

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“PROGRAMA TERAPÉUTICO COGNITIVO - CONDUCTUAL ENFOCADO
EN DISMINUIR LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES
DE 13 A 17AÑOS”**

Autora:

PRISCILA J. HERNÁNDEZ CASTILLO.

Trabajo de Graduación para optar por el
título de Magíster en Psicología Clínica.

PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2018.

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN	Psicología Clínica
FACULTAD DE	Psicología
NÚMERO DE CÓDIGO	CE-PT-327-14-06-18-172
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	Priscila J. Hernández Castillo Ced. 7 -701-840
TÍTULO QUE ASPIRA	Maestría en Psicología Clínica
TEMA DE LA TESIS	Programa Terapéutico Cognitivo- Conductual enfocado en disminuir los síntomas de ansiedad.
RESUMEN EJECUTIVO	
NOMBRE DEL ASESOR	<u>Profesor: Ricardo López.</u>
FIRMA DEL ASESOR	_____
APROBADO POR	
_____ COORDINADOR DEL PROGRAMA	_____ DIRECTOR DE POSTGRADO

DEDICATORIA

A mi madre, por el regalo de la vida y hacer de mí la persona que soy hoy en día; le doy las gracias por todo el amor, dedicación y esfuerzo brindado.

A mi padre, que con sus cuidados y enseñanzas me ayudó a ser fuerte y levantarme cuando creí que no había esperanzas, ayudándome a fortalecer mis debilidades, gracias por su apoyo incondicional.

A mi esposo, por estar siempre conmigo apoyándome en las buenas y en las malas, brindándome siempre ese rayito de luz para seguir adelante.

A mis hijos, por el privilegio de ser madre, por comprender el esfuerzo durante el periodo de estudio.

A mis hermanas (os), por su apoyo y ayuda en mis decisiones tomadas.

A mis profesores y colegas que siempre brindaron su apoyo y conocimientos durante la maestría.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por haberme dado fortaleza, fe y entusiasmo para culminar una meta más dentro de mi profesión.

A mi profesor asesor de tesis, Profesor Ricardo López, por su dedicación, sencillez, profesionalismo y apoyo en la elaboración de este trabajo.

A los participantes en este programa de intervención psicoterapéutica quienes me brindaron su confianza y compartieron conmigo parte de sus vidas.

A la C.S.S (ULAPS de Capira), por haberme permitido realizar este trabajo en el departamento de Odontología, a las jóvenes que dedican sus vidas al servicio de la necesidad de las personas y colaboran en todo para la buena atención del asegurado.

Para todos aquellos que de una u otra forma me apoyaron en el desarrollo de este trabajo y en mi formación personal.

ÍNDICE GENERAL.

Portada	i
Registro de tesis	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	v
Índice general	vii
Índice de cuadros	x
Índice de gráficas	xii
Resumen/Abstract	xiii
Introducción	1
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	4
1.1 La Ansiedad	5
1.1.1 Etiología de la ansiedad	9
1.1.2 Concepto de la ansiedad	9
1.1.3 Trastornos de ansiedad por fobias específicas	10
1.1.4 Ansiedad normal	12
1.1.5 Ansiedad patológica	12
1.2 Concepto de la ansiedad dental	13
1.2.1 Etiología de la ansiedad dental	14
1.2.2 Prevalencia de la ansiedad dental	15
1.2.3 Síntomas cognitivos de la ansiedad dental	16
1.2.4 Síntomas fisiológicos de la ansiedad dental	16
1.2.5 Síntomas conductuales de la ansiedad dental	17
1.3 Factores que generan ansiedad en el paciente	18
1.4 Nivel de ansiedad en la sala de espera odontológica	19
1.5 La Terapia cognitivo-conductual (T.C.C.)	19
1.5.1 Objetivos de la T.C.C.	20
1.5.2 Evolución histórica de la T.C.C.	21
1.5.3 Técnicas de la T.C.C.	24
1.5.3.1 Desensibilización sistemática.	24

1.5.3.2 La relajación	25
1.5.3.3 Método de reestructuración	26
1.5.3.4 Técnicas de exposición	27
1.5.3.5 Exposición en imagen	28
1.5.3.6 Exposición en vivo	28
1.5.3.7 Distracción	29
1.5.3.8 Métodos de adquisición de destrezas	29
1.6 Programa de tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad	30
1.6.1 Objetivos del programa terapéutico cognitivo-conductual	30
CAPÍTULO II METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
2.1 Planteamiento del problema	32
2.1.1 Objetivos Generales	32
2.1.2 Objetivos Específicos	32
2.1.3 Pregunta de investigación	32
2.1.4 Hipótesis	33
2.1.4.1 Hipótesis de investigación	33
2.1.4.2 Hipótesis Experimental y estadística	33
2.2 Diseño de investigación	33
2.3 Tipo de investigación	33
2.4 Definición de las variables	33
2.4.1 Variable independiente	34
2.4.2 Variable dependiente	35
2.5 Población y selección de la muestra	36
2.6 Técnica de medición	36
2.7 Criterios de inclusión	37
2.8 Criterios de exclusión	37
2.9 Procedimientos para la realización del programa T.C.C.	40

CAPÍTULO III RESULTADOS Y ANÁLISIS	58
3.1 Estadísticas descriptivas.	59
3.2 Discusión de resultados.	68
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	70
4.1 Conclusiones	71
4.2 Recomendaciones	72
Referencias Bibliográficas	73
Anexos.	78
Anexo 1: Consentimiento informado	79
Anexo 2: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	80
Anexo 3: Hoja del autorregistro.	81

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Complemento del (BAI).	37
Cuadro N° 2 Ficha técnica del (BAI).	38
Cuadro N° 3 Muestra de estudio por género.	43
Cuadro N° 4 Estructura del programa T.C.C.	49
Cuadro N° 5 Datos sociodemográficos.	51
Cuadro N° 6 Resultado del postest de la conducta ansiosa.	59
Cuadro N° 7 Resultados en % del pretest muestra completa.	61
Cuadro N° 8 Resultado en % del postest muestra completa.	61
Cuadro N° 9 Comparación de los resultados del pretest y postest del (BAI).	63
Cuadro N° 10 Resultados en % por géneros de la evaluación del pretest y postest.	64
Cuadro N° 11 Comparación en % de los resultados por géneros del postest.	64
Cuadro N° 12 Resultados del pretest y postest para una cola.	68
Cuadro N° 13 Prueba “t” para medias de las muestras emparejadas.	69

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N° 1	
Comparación de resultados del pretest y postest del (BAI).	63
Gráfica N° 2	
Comparación de resultados del pretest y postest del factor 1: cognitivo del (BAI).	65
Gráfica N° 3	
Comparación de resultados del pretest y postest del factor 2: fisiológico del (BAI).	66
Gráfica N° 4	
Comparación de resultados del pretest y postest del factor: conductual o motor del (BAI).	67

RESUMEN

Con la presente investigación se intenta comprobar la efectividad de un programa terapéutico basado en el enfoque Cognitivo-Conductual para disminuir los síntomas de ansiedad en los pacientes de 13 a 17 años que se encuentran en la sala de espera del departamento de odontología de la ULAPS de Capira.

El Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual, trabajó en la modificación de esos pensamientos automáticos que generan ansiedad a estos pacientes cuando van al odontólogo, logrando así atenderse sin ningún temor.

Primero se diseñó el programa para luego aplicarse a los pacientes. El diseño metodológico fue Cuasi -experimental con mediciones pre-test y post test. Cuyo instrumento de medición fue el (BAI) Inventario de Ansiedad de Beck que "se construyó para medir los síntomas de la ansiedad que apenas son compartidos con los de la depresión" (Beck y Steer, 2011, p. 10). La muestra fue por conveniencia y casos de estudio, de acuerdo con los criterios de inclusión, con una duración de 12 semanas, trabajando grupalmente con una frecuencia de una vez por semana en sesiones de 2 horas aproximadamente.

Sólo habrá grupo experimental, no contando así con grupo control.

PALABRAS CLAVES. Ansiedad. Fobias, Pensamientos automáticos, Distorsiones. Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual.

ABSTRACT

The objective of this research is to verify the effectiveness of a therapeutic program, based on the Cognitive-Behavioral approach in order to reduce the symptoms of anxiety found in patients from 13 to 17 years old, who are awaiting, in the waiting room, to be assisted by the dentists in Ulaps of Capira.

The Cognitive-Behavioral Therapy Program worked on the modification of those automatic thoughts that provoke anxiety to these patients when they go to the dentist, thus managing to attend without any fear. First, the program was designed to be applied to patients. The methodological design was quasi-experimental with pre-test and post-test measurements, and its measuring instrument was the (BAI) Beck Anxiety Inventory that "was created to measure the symptoms of anxiety that are barely shared with those of depression" (Beck and Steer, 2011, p.10). The tests were applied for convenience and case studies, according to the inclusion criteria and lasted 12 weeks, working as a group with a frequency of one time per week, in sessions of two hours, approximately.

There will only be an experimental group, without counting with a control group.

KEYWORDS. Anxiety. Phobias, Automatic thoughts, Distortions. Cognitive-Behavioral Therapy Program.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un sentimiento normal en la existencia de la vida de las personas, la experimentamos cuando nos enfrentamos a situaciones difíciles o consideradas no amenazantes para la vida, en ocasiones va desencadenando síntomas emocionales, conductuales y fisiológicos complicando las cosas. Esta reacción del ser humano es dada por la percepción de una amenaza o peligro, buscando protegerte de lo que puede ser considerado amenazante.

Nuestro interés por el tema de la ansiedad surge por la observación de la conducta de los pacientes que esperan la atención de un odontólogo, los cuales muestran niveles de ansiedad, un incremento de preocupación, frecuencia en la severidad y mucho temor al momento de ingresar al consultorio. Partiendo de este precedente, nuestro trabajo aporta un programa práctico para ser utilizado en forma efectiva en esta condición psicológica que perjudica la atención odontológica.

Este proyecto de investigación tiene como instrumento de medición una prueba psicométrica llamada Inventario de Ansiedad Beck (BAI), el cual se aplicó antes y después del Programa Terapéutico y nos permitió comparar los resultados para disminuir los síntomas de ansiedad en el aquí y ahora de estos pacientes. En las siguientes páginas se describirá cómo se realizó toda la operación.

El formato de nuestro programa de tratamiento es grupal, con jóvenes de ambos sexos seleccionados por conveniencia. El periodo de duración fue de 6 meses en 12 sesiones de dos horas cada una. Allí se analizaron los daños o respuestas fisiológicas que provoca la exposición a las situaciones temidas.

La Institución donde se realizó esta investigación científica fue en la Caja de Seguro Social, ULAPS (Unidad Local de Atención Primaria de Salud) de Capira en el departamento de Odontología que brinda atención diaria a los pacientes de esa área.

El capítulo I presenta una variedad de conceptos relacionados con la ansiedad, prevalencia y síntomas, es decir, el marco teórico.

El capítulo II explica la metodología utilizada en el trabajo de investigación, el diseño del programa experimental, el sustento teórico del programa, el desarrollo de la investigación, objetivos, hipótesis, variables y criterios.

El en capítulo III se presentan y analizan los resultados obtenidos y las evidencias inferidas a través del análisis de estos.

Al finalizar se hacen algunas recomendaciones y conclusiones cuyos aportes pueden ser significativos para minimizar una de las fobias causadas por la situación de enfrentar una atención odontológica.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1 La Ansiedad

La ansiedad es algo psíquico, es un patrón de preocupaciones que todos experimentamos en mayor o menor medida en la vida cotidiana, pudiendo considerarse que existe una ansiedad normal, adaptativa que sirve para prepararnos para responder en las mejores condiciones posibles ante circunstancias amenazadoras o de riesgos como ejemplos: la salud de algún miembro de la familia, estudios, al ambiente etc., mientras que una ansiedad patológica es la que conlleva a las personas a tener pensamientos catastróficos, a errores cognitivos, a sobre generalizar la situación etc., que lo aqueja como por ejemplo. En la salud, sacarse un diente. Surgen pensamientos tales como: se va a quebrar el diente y me dejarán un pedazo dentro de la boca, me moriré etc.

En cuanto a los errores cognitivos son aquellos pensamientos negativos y las creencias mal adaptativas que han sido descritas como “errores de pensamientos” (Weinten, 1997) y “distorsiones cognitivas” (Burns, 1990). Citados por (Agudo, 2007).

(Agudo, 2007) en la sobre generalización, la persona considera que todas las situaciones son similares y llevaran la misma consecuencia, ejemplo si anteriormente le fue mal con una extracción de un diente, le ira mal cada vez que se tenga que sacar otro diente.

Existen muchos autores que tratan de definir el término ansiedad, todos ellos de una manera distinta a otra, pero coinciden en un punto específico, donde señalan que la ansiedad pertenece a un estado de alerta e inquietud, provocado por alguna situación de peligro, activando el organismo y buscando una solución al problema.

(Caballo, 2007). Menciona que el manual de diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales existen cinco tipos principales de fobia específica: tipo animal, tipo ambiente natural, tipo sangre/inyecciones/sufrir daño, tipo situacional y otros tipos. La introducción de estos tipos se basó en una serie de informes del grupo de trabajo para los trastornos por ansiedad(...) que mostraba que los tipos de fobia específica tienden a diferenciarse en un grupo de dimensiones, incluyendo la edad de aparición, la composición por género, los patrones de variación entre fobias, el centro de la aprensión (p. ej., ansiedad basada en sensaciones físicas), el momento en que se presenta, el grado de

predicción de la respuesta fóbica, y el tipo de reacción física durante la exposición al objeto o situación temidos.

Martínez et al (2008). Nos dice que” la ansiedad es un estado de activación del sistema nervioso central (SNC), por el que el organismo se prepara ante situaciones extraordinarias. Esta ansiedad permite al individuo adaptarse a estímulos externos que pueden ser un peligro generando, una respuesta adecuada”.

Cuando la ansiedad no es normal o adaptativa, se puede convertir en un problema más serio, porque los síntomas duran más tiempo, se dan con más frecuencia, generan pensamientos automáticos irracionales y distorsionados antes situaciones que realmente no deberían ser estresantes, afectando lo que pensamos, lo que hacemos, entonces hablamos de una ansiedad patológica, diferenciándose así de la ansiedad normal.

Según El Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). “Los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con importantes niveles de incapacidad y con un impacto considerable en el bienestar personal y en las relaciones sociales y laborales. El agravante de su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de estos trastornos los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad crónica, por lo que en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria, existiendo además cierta variabilidad en su manejo. La falta de una pauta común de presentación, la somatización y asociación con enfermedades crónicas, así como necesidad de una terapéutica específica”.

Spielberg (citado por Boisier, 2008). “Es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo” Asociación Psiquiátrica Americana (APA), (1975) “La define como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.” DSM-IV-TR (2001) “Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.”

Otros autores como Baeza (2008). Sugieren que como criterio valorar si el daño infiere en el ámbito social, en el medio en el que se desenvuelve señalando que “el hombre, como ser vivo, se desenvuelve en constante interacción con el medio. El medio es fuente de oportunidades para la satisfacción de sus necesidades e intereses, pero también de riesgo y amenazas. En esencia, la relación del individuo con el medio consiste en procurarse y conservar las primeras, combatir, evitar; minimizando contrarrestar las segundas. La evolución ha ido dotando a la especie de complejos mecanismos destinados a preservar y optimizar la adaptación en diferentes entornos y circunstancias. Entre ello ha alcanzado especial relevancia y desarrollo los sistemas de alerta y de defensa. El sistema que llamamos ansiedad cumple con estas funciones, por lo que la ansiedad no es más que un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que nos afectan y en la que tenemos algo que ganar o perder. El concepto de ansiedad está pues estrechamente vinculado a la percepción de amenaza a la disposición de respuestas frente a ellas. La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo frente a situaciones de riesgos cierto o probable, quimérico o real, de forma que pueda salir airoso de ella”. Dependiendo de la naturaleza de las amenazas, o adversidades, la ansiedad nos preparará:

- Para luchar, enfrentar o atacar el posible peligro o problema;
- Para huir del posible peligro o amenaza;
- Para evitar las situaciones aversivas o temidas;
- Para activar conductas de sumisión que neutralicen conductas hostiles de otros
- Para buscar apoyo, elementos de seguridad y protección;
- Para darnos de las herramientas o conocimientos que permitan sortear los riesgos y/o acceder a nuestros objetivos.

Para Bunge, Gomar y Mandill (2011). Afirma que “La ansiedad es una emoción que se siente cuando estamos frente a un peligro que puede ser real o imaginario y genera una reacción en nuestro cuerpo y mente”. La ansiedad puede ser amiga o enemiga. Es nuestra amiga cuando funciona como una alarma natural que se enciende cuando encontramos situaciones peligrosas o difíciles (...). Cuando estamos ansiosos podemos

pensar y correr más rápido, darnos cuenta instantáneamente de las cosas que nos amenazan, pensar en soluciones de emergencias en un abrir y cerrar de ojos. Señala que a veces la ansiedad es nuestra enemiga cuando ocurre en forma muy intensa y frecuente, podemos estar constantemente ansiosos y temer a cosas irreales o que no son una amenaza verdadera. Por ejemplo, temerle a la oscuridad y que aparezca algo que nos haga daño” etc.

Ríos (2014). También propone una definición de ansiedad. Su particularidad está en que “los aspectos cognitivos displacenteros implicarían una inferencia con la concentración, hipervigilancia atencional e incapacidad para recordar ciertos eventos. Por otro lado, los aspectos fisiológicos tienen que ver con un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, lo que lleva en ocasiones a una falta de respiración, transpiración y palpitaciones. Finalmente, el componente motor implica comportamiento pocos ajustados y escasamente adaptativos que pueden ir desde la evitación hasta el escape de la consulta dental. La ansiedad dental también puede presentarse de manera anticipada, con solo pensar en el encuentro con un estímulo que provoca miedo. Es así como el personal sabe que tiene cita con el dentista, tiene la expectativa de que una experiencia aversiva se aproxima, generando altos montos de ansiedad. Otra definición de ansiedad dental es un estado de aprensión de que algo terrible pasará en relación con el tratamiento dental, lo que va acompañado de un sentimiento de pérdida de control”.

Al analizar las definiciones anteriores, encontramos que todos los autores coinciden en un punto específico: la ansiedad es un sistema que alerta a nuestro cuerpo ante determinadas situaciones sea o no amenazante. Hoy día alrededor del mundo hay personas que sufren de trastornos de ansiedad, ya que desconocen sus síntomas y causas.

Investigaciones desarrolladas a lo largo de muchos años avalan la viabilidad de la Terapia Cognitiva Comportamental para el tratamiento de diversos trastornos entre ellos los trastornos de ansiedad, por lo que esta Terapia C.C. propone una clasificación de diferentes tipos de técnicas y se expone su aplicación práctica a través de pequeñas viñetas clínicas, ayudando a los pacientes que padecen estos trastornos o síntomas.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (actualización 2017), el término ansiedad proviene del latín *anxietas* (angustia), refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.

1.1.1 Etiología de la ansiedad

(Bunge, 2011) señala que la Etiología del trastorno se debe a una combinación de elementos:

- Vulnerabilidad biológica, por ejemplo: un bajo umbral de activación del "arousal" afectivo.
- Procesamiento sesgado de la información por parte del niño, por ejemplo: magnificar los peligros y desvalorizar los recursos de afrontamiento.
- Transmisión cultural del "sesgo catastrófico" en ambientes significativos como la familia.
- Experiencias de aprendizaje, por ejemplo: un patrón de apego ansioso en la crianza. Se puede distinguir entre los factores predisponentes como los genético-hereditarios, el temperamento y el aprendizaje infantil, por un lado, y por el otro, los factores precipitantes, los acontecimientos aversivos actuales.

1.1.2 Concepto de la Ansiedad

Al analizar los diferentes enfoques teóricos sobre la ansiedad, cada autor la conceptualiza de manera diferente. Por ejemplo, en el enfoque psicodinámico, encabezado por Freud, se conceptualiza la ansiedad como "angustia" por cuanto es un proceso más biológico (fisiológico) insatisfecho (la respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual (lívido), para posteriormente llegar a otra interpretación en la cual la angustia sería la señal psicológica de alarma en situaciones peligrosas, cuando estímulos pulsionales inaceptables, fundamentalmente de origen sexual, amenazan con salir a la superficie. Así la angustia permitiría poner en marcha los mecanismos de defensa, entre ellos la represión. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del superyó y el poderío de los instintos prohibidos (ellos); donde estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad. (Bobes, Sáiz, González y Bousoño 1999)

Para los teóricos conductistas, en cambio, el concepto básico es que se trata de "que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o

desfavorables adoptando así una connotación que va a mantener posteriormente. La ansiedad sería explicable según esta teoría como resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido enormemente a asociar estímulos en un principio neutro con acontecimientos vividos como traumáticos y por lo tanto amenazantes, de manera que cada vez que procede el contacto con dichos estímulos, se desencadena la angustia asociada a la amenaza. Este modelo explica el desarrollo de la agorafobia y de las fobias específicas, así como el manejo de la ansiedad anticipatoria en el trastorno de la angustia espontánea y la ansiedad sin angustia de Pavlov, existen otros modelos por lo que el individuo puede “aprender” a desarrollar ansiedad; así, la teoría del “aprendizaje social” de Bandura propugna que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa sobre acontecimientos traumáticos, sino a través del “aprendizaje observacional” de las personas significativas del entorno (por ejemplo, la madre). (Bobes et al. 1999).

La teoría cognitivista, considera en la actualidad un complemento de la anterior y contempla la ansiedad como el resultado de “cogniciones” patológicas. Un individuo percibe las situaciones externas o internas, las evalúa y saca sus conclusiones (cogniciones). De acuerdo con la valoración realizada y con experiencias previas va a dar una respuesta emocional (observable o no) ante las mismas. El individuo “etiqueta” mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinada.

Esta teoría enfatiza que determinados estilos de pensamientos defectuosos o distorsionados acompañan, e incluso preceden, a los trastornos ansiosos, sobre todo al trastorno de pánico. Bobes, et al (1999).

1.1.3 Trastornos de Ansiedad por Fobias Específicas según el DSM-V (2014).

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Fobia específica

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.

- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si:

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

300.29 (F40.218) Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)

300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)

300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)

Nota de codificación: Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue:

F40.230 miedo a la sangre;

F40.231 miedo a las inyecciones y transfusiones;

F40.232 miedo a otra atención médica; o

F40.233 miedo a una lesión.

300.29 (F40.248) Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)

300.29 (F40.298) Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados).

Nota de codificación. Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se debe hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables (p. ej., miedo a las arañas y a viajar en avión,

F40.218 fobia específica, animal

F40.248 fobia específica, situacional)

1.1.4 Ansiedad Normal

La ansiedad normal, es aquella que se presenta como una señal de alarma; nos proporciona la ventaja evolutiva para reconocer y evitar situaciones peligrosas, nos advierte de un peligro inminente y nos permite tomar medidas para prevenir las amenazas o reducir sus consecuencias.

Este tipo de ansiedad es favorable para la vida de las personas ya que permite el manejo normal de las exigencias de la vida cotidiana. Juega un papel muy necesario en la respuesta general del estrés.

Una ansiedad normal surge ante un peligro real, no imaginario, donde la persona esta consciente de la situación, su intensidad es coherente con la magnitud del peligro, es adaptativa ya que permite solventar situaciones amenazantes, concluye cuando termina la amenaza no se extralimita ni se prolonga en tiempo, evalúa objetivamente las amenazas, los riesgos y habilidades permitiendo identificarla y adoptando una respuesta adecuada para afrontar los peligros.

1.1.5 Ansiedad Patológica

La ansiedad patológica, no tiene una causa lógica, se presenta en las personas con preocupación constante, de forma excesiva, al grado que la persona anticipa un desastre, esta ansiedad hace que la persona viva día a día con unos síntomas muy elevados de ansiedad deteriorando el funcionamiento adaptativo, prolongándolo en el tiempo.

La ansiedad patológica surge cuando las emociones, la falta de aceptación y los estímulos se convierten en un obstáculo para nuestro comportamiento, aparece una respuesta no adaptativa dando así una respuesta inadecuada, donde nuestros pensamientos están acelerados, nuestro

cuerpo tenso, con una respiración acelerada, y tasa cardiaca elevada por una causa que en muchas situaciones no son reales sino imaginarias, por eso es considerada patológica.

Para Spielberg (citado por Boisier, 2008). Es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo” Asociación Psiquiátrica Americana (APA), (1975) “La define como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.”

Según el manual de diagnósticos y estadístico de los trastornos mentales. “Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo”.

- Aparentemente inmotivada
- Desadaptativa (produce un malestar importante y desadapta al sujeto en lugar de ajustarlo).
- Inadecuada o desproporcionada al estímulo.
- Mayor expresión corporal.

Este tipo de ansiedad patológica interfiere en nuestro vivir y disminuye el rendimiento normal de cada persona que la padece, manifestándose de manera intensa y desproporcionada ya que ella aparece de manera espontánea sin ningún estímulo que la desencadene. Solo con pensar en el objeto o situación generadora de ansiedad se activan los componentes del organismo fisiológicos y los pensamientos catastróficos propios del miedo.

1.2 Concepto de la Ansiedad Dental

La ansiedad dental, es aquella que se presenta en las personas en forma de síntomas ya sean cognitivos, fisiológicos y conductuales ante determinada situación dental como ejemplos: síntomas cognitivos “el temor a perder piezas dentales”, surgen pensamientos catastróficos, automáticos y distorsionados, síntomas fisiológicos “palpitaciones, dolores estomacales, nauseas” y están los síntomas conductuales “evitar las citas, tolerar dolor” etc.

Rowe (citado por Caycedo, 2008) señala que: “la ansiedad ante el tratamiento odontológico también es llamado fobia dental, ansiedad dental u odontofobia”.

Álvarez (2008) manifiesta que “la ansiedad dental, específicamente, consiste en una respuesta de activación del sujeto ante cualquier objeto o situación odontológica, interfiere con el tratamiento rutinario y requiere una atención especial”. Manifiesta que estos síntomas de ansiedad pueden presentarse el mismo día de la cita o inclusive un día antes de la misma, mencionando que presentan vergüenzas por su deterioro en su salud dental, lo que hace que desconfían del dentista, presentando berrinches, gritos, llantos etc., presentando algunos síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales en el sillón dental llevándolos a tener pensamientos distorsionados de escape lo que hacen que retrase al odontólogo y en ocasiones no puedan realizar los tratamientos en boca.

Caycedo., et al (2008) al igual que Álvarez, consideran que la ansiedad ante el tratamiento odontológico, llamada también fobia dental, ansiedad dental u odontofobia (Rowe, 2005), está considerada en la categoría de fobias específicas (...). La fobia ante el tratamiento odontológico es definida como el miedo excesivo, desproporcionado y persistente, ante la anticipación o la presencia de un instrumento del equipo dental, o ante el propio tratamiento dental, esto conlleva a que el paciente sienta temor y no acuda a las citas odontológicas. Pueden presentarse síntomas evidentes de ansiedad tales como los cognitivos, fisiológicos y conductuales que podrían ocasionar un ataque de pánico cuando el individuo se expone a los estímulos fóbicos (equipo dental, odontólogo o tratamiento).

Según Ríos (2014) manifiesta que existe una evidencia clara de que la ansiedad dental genera una disminución del estado de salud oral del individuo, aumentando la presencia de caries (...). Esto es evidente en poblados donde no existe una atención primaria a los pacientes, y en muchas ocasiones el factor económico de cada familia ocasiona el estado de salud de los pacientes, además, se ha demostrado que los pacientes ansiosos tienen más probabilidades de evitar o retrasar el tratamiento y de cancelar la cita con el dentista. Señalando que “la ansiedad dental es un estado de aprensión de que algo terrible pasará en relación con el tratamiento dental, lo que va acompañado de un sentido de pérdida de control”.

1.2.1 Etiología de la Ansiedad Dental.

Según la etiología de la ansiedad proviene de diferentes factores tales como genéticos, educación en su infancia de los aprendizajes de padres a hijos, la misma personalidad ansiosa,

estrés postraumático, acontecimientos estresantes etc. Elementos, que desencadenan la ansiedad dental:

- Determinantes Congénitos: miedo en la pérdida de control, sufrir lesiones en cara y cuello. Esta es innata por lo cual inmodificable.
- Antecedentes traumáticos o experiencia aversivas: parece ser la principal causa de miedo y ansiedad dental. Estas experiencias traumáticas pueden originarse por dolor durante el tratamiento dental ya sea por una mala praxis por parte del Odontólogo o alguna experiencia desagradable en la consulta; la mayor parte de estas situaciones suceden durante la infancia (un 85% de los pacientes ansiosos recuerdan haber iniciado su condición en esta etapa).

Pero para que la ansiedad se desarrolle Lautch menciona que debe ser necesario al menos dos experiencias de estas características.

Otros factores que pueden desencadenar ansiedad:

- Malos hábitos higiénicos, por lo que el tratamiento dental lo llegan a sentir muy doloroso.
- Tiempo prolongado en la consulta
- Un excesivo número de pacientes en la sala de espera, que pueden contar sobre malas experiencias que alteren al paciente.
- Tener la boca abierta mucho tiempo durante el tratamiento.
- El olor de los materiales que usan o en el gabinete
- Que el odontólogo se atrase en el tratamiento
- Tener visión directa de la aguja
- La sensación de la inyección
- El ruido de la turbina.

1.2.2 Prevalencia de la Ansiedad Dental

Álvarez (2008). Citado por la revista Scielo (2018). Según señalan diversos estudios entre un 5 y un 20 por ciento de la población tiene miedo de ir al dentista, y un 50 o 70 por ciento siente un nivel de miedo y ansiedad que hace difícil el tratamiento. Los niños y los jóvenes son los que más miedo pasan en la consulta estomatológica. Según un estudio epidemiológico

realizado en la población de Islandia, se plantea una prevalencia de la odontofobia de un 1,8%. Mientras que una investigación llevada a cabo en Sao Paulo arroja una prevalencia para la fobia dental de un 2,8%. En nuestro país el 10,5 % del total de la población la padece.

Ríos, E. et al 2014). La ansiedad dental presenta una importante prevalencia, con tasas que van del 4% al 23% en países europeos, siendo un fenómeno "sumamente extendido" en el Reino Unido. En Sudamérica, estudios dan cuenta de tasas del 34,7% en preescolares, mostrando a su vez que los padres de dichos niños también presentan una alta incidencia de ansiedad dental (41,1%). En Estados Unidos, de 10 a 12 millones de personas sufren de una severa fobia dental (el estado más grave de ansiedad dental), mientras que 35 millones de personas sufren de ansiedad dental.

1.2.3 Síntomas Cognitivos de la Ansiedad Dental

Los síntomas cognitivos se basan en las experiencias anteriores que han creado un pensamiento negativo respecto al tratamiento dental, provocando una conducta no deseada y evitativa con respecto a la experiencia odontológica futura.

A esto le podemos llamar esquemas cognitivos (Agudo, et al 2007), señala que los esquemas cognitivos, se activan en las personas cuando ocurren situaciones negativas similares y desagradables en diferentes situaciones, pueden pasar meses o años y la persona responderá de la misma manera negativa como lo ha hecho siempre. Por lo que dice que: "El esquema es la manera en que el niño percibe una situación, respondiendo cognitivamente frente a una situación."

Basándose en percepciones y evaluación subjetiva frente a estímulos como:

Durand, Mark y Barlow (2,001) señalan:

- Miedo a las inyecciones (anestesia bucal).
- Temor a perder piezas dentales (extracciones, imágenes catastróficas).
- Escuchar gritos, llantos, reflexiones de lo que está pasando.
- Escuchar casos en noticias o experiencias negativas comentadas de otros pacientes.
- Observar la condición de otros pacientes (dolor, hinchazón).
- Nerviosismo al observar sangre.

- Pacientes ansiosos al momento de escuchar el sonido de las piezas de mano.
- Ver el instrumental que se utilizará (percepción).
- Reflexiones sobre lo que pueda pasar en la sala de espera.
- Hipersensibilidad a los tratamientos dentales.
- Manifestaciones de sentimientos negativos en forma de vulnerabilidad y baja autoestima.
- Existen recuerdos de experiencias traumáticas.

1.2.4 Síntomas Fisiológicos de la Ansiedad Dental

Están son dadas como respuesta al miedo; y se reportan cambios como:

- Boca seca
- Sudoración
- palpitaciones
- Temblor
- Ansiedad
- Dolores de estómago
- Dificultad para respirar
- Insomnio

La manifestación de estos síntomas puede presentarse el mismo día de la cita o inclusive un día antes de la misma; se hacen notar cuando el paciente se encuentra en la sala de espera o durante los procedimientos dentales, inclusive existen pacientes que al recordarles por teléfono su cita, pueden manifestar estos síntomas.

1.2.5 Síntomas Conductuales de la Ansiedad Dental

Comportamientos más frecuentes:

- Evitar la cita con el dentista
- Tolerar la presencia de dolor.
- Inquietud motora.
- Modificaciones en hábitos alimenticios, por dificultad en la masticación y sensibilidad de piezas dentales.

- Estos comportamientos tienen repercusiones a nivel social, salud e interacción odontólogo-paciente; dando consecuencias psicosociales negativas como: Llegar a severa infección por la falta de asistir con el dentista, impidiendo realizar un adecuado trabajo instantáneo.
- La mala apariencia dental impide o repercute en conseguir un mejor puesto de trabajo.
- Daño en la salud por la falta de descanso nocturno.
- Llegar a estados extremos de dolor hasta hacerse insostenible.
- Al atender pacientes con este estado (ansiedad).

Muchos odontólogos pueden fatigarse e incluso tener fracaso en el tratamiento dental, ya que estos requieren 20% más de tiempo en el sillón dental, además de la falta de cooperación por parte de estos. Ignorar este tipo de conducta emocional y sus dificultades puede ser inicio de traumas en pacientes que aún no lo padezcan, por lo que los odontólogos deben de acatar la importancia de tratar al paciente y no sólo su enfermedad.

1.3 Factores que generan ansiedad en el paciente

Rowe, 2005 y Canto, 2007 citado por Caycedo et al 2,008 está considerada en la categoría de fobias específicas y por extensión, se consideran los mismos criterios diagnósticos establecidos en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales para esta categoría. La fobia ante el tratamiento odontológico es definida como el miedo excesivo, desproporcionado y persistente, ante la anticipación o la presencia de un instrumento del equipo dental, o ante el propio tratamiento dental. Pueden presentarse síntomas evidentes de ansiedad que podrían ocasionar un ataque de pánico cuando el individuo se expone a los estímulos fóbicos (equipo dental, odontólogo o tratamiento) y finalmente, el paciente puede exhibir conducta de evitación ante todos los estímulos relacionados con tratamientos dentales, o, en caso de enfrentar las situaciones en que los estímulos relacionados con intervenciones dentales estén presentes, es posible que experimente estados elevados de ansiedad e incomodidad, generando serias interferencias con la vida del individuo, afectando la mayoría de sus áreas de ajuste.

Entre otros factores causantes de ansiedad dental en los pacientes se encuentran los ruidos de la turbina, el eyector, comentarios de experiencias aversivas, entre ellos; de situaciones que le causaron dolor y malestar, o tan solo estar en la sala de espera.

1.4 Nivel de Ansiedad en la sala de espera odontológica

La causa de ansiedad en la sala de espera odontológica puede ser iniciada por situaciones previas al tratamiento, entre ellas de diferentes tipos, escuchar las experiencias positivas o negativas de los demás pacientes, observar la condición de los demás pacientes, escuchar el sonido desde la sala de espera (gritos, llantos, peleas), estadía en sala de espera, escuchar sonidos que no sean agradables o situaciones traumáticas etc.

Estudios más recientes (Márquez y cols., 2004) citados por Caycedo (2008) “permiten concluir que, aunque situaciones como inyecciones en las encías, o sangrado de la boca generan ansiedad, los niveles más altos están relacionados con eventos como la posibilidad de contagiarse de una infección por medio del instrumental odontológico”.

1.5 La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), abarca un conjunto de técnicas, útiles para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a modificar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores y la parte conductual ayuda a la gente a modificar la manera en que reaccionan ante las situaciones que provocan ansiedad, con el propósito de mejorar las conductas desadaptativas de las personas, las cuales están influenciadas por sus pensamientos (interpretaciones y suposiciones). Se utiliza para tratar una gama de trastornos, incluyendo la ansiedad, fobias, depresión y adicción.

Para trabajar con la T.C.C., se requiere conocer los instrumentos terapéuticos y sus fundamentos, se debe saber cómo se aplican estos instrumentos y cuál es el adecuado para cada persona. Estos procedimientos de la T.C.C., consisten en entrenar al paciente para que puedan identificar sus pensamientos distorsionados, y así puedan corregirlos.

En la Terapia Cognitivo-Conductual se considera que la modificación de los pensamientos automáticos, negativos de las personas influye en el estado afectivo y en su conducta. Durante la Terapia, esperamos que los pacientes puedan llegar a darse cuenta de sus distorsiones

cognitivas, y corregir los pensamientos automáticos erróneos para producir una mejoría clínica que se reflejará en su conducta.

(Bunge et al., 2011). El postulado fundamental de la TCC es que los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta (...) afirma que “lo que usted piensa puede determinar los que usted siente”, a esto se le llama “diálogo interior”. Estos pensamientos, y no los hechos reales, son los que podrían determinar su estado de ánimo... considerándose que estos pensamientos irracionales determinan la conducta del individuo. El objetivo de la Terapia Cognitivo-Conductual se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información ya que no padecemos por las situaciones en sí, sino por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos.

Una vez conocido su postulado, podemos decir que la TCC utiliza un conjunto de estrategias adicionales para generar cambios positivos en cuanto a la conducta del individuo, como ejemplo, los terapeutas entrenan a las personas en habilidades sociales de comunicación, habilidades en manejo de dificultades, empatía, entre muchas otras. Esto se hace con el fin de que los pacientes tengan suficientes recursos para enfrentar los problemas que se le presentan cotidianamente.

La TCC tiene una gran ventaja sobre otras terapias, la TCC modifica la racionalidad de las personas, y al mismo tiempo, expone al paciente a las situaciones que lo indisponen, el paciente es capaz de demostrar a sí mismo que es posible manejar esa situación de manera afectiva.

La TCC es breve y focalizada, orientando al paciente a promover habilidades para enfrentar diferentes situaciones en la vida cotidiana enseñándoles a que aprendan a pensar diferente ante diversas situaciones que afectan su estado de ánimo y conducta para así corregir esos errores de manera positiva. La TCC busca que el paciente aprenda a ser independiente y no a depender del terapeuta, aplicando lo que, aprendido en otras áreas, también ayuda a prevenir recaídas mediante el trabajo con recursos que le permitirán enfrentar situaciones problemáticas.

1.5.1 Objetivos de la TCC.

La terapia Cognitivo-Conductual busca el cambio actuando sobre el pensamiento y la conducta, tratando de descubrir en cada paciente cuáles son las creencias y pensamientos que lo han determinado para actuar de una manera y otros de otra. La TCC se nutre, sencillamente, de

la investigación psicológica contemporánea, caracterizándose como un marco metodológico, pasando por pruebas empíricas que exigen los criterios metodológicos.

1.5.2 Evolución Histórica de la TCC

Para entender el surgimiento de las terapias Cognitivo-Conductuales (TCC), es importante conocer el proceso evolutivo de las psicoterapias a partir del modelo psicodinámico que, hacia 1940, era la única psicoterapia para los trastornos funcionales, aceptada en los países más desarrollados como E.E.U.U.

El enfoque psicodinámico parte de la premisa que la conducta se origina de impulsos (drive) que provienen del interior de la persona. Su principal sustento teórico proviene de las investigaciones de Sigmund Freud, quien expone sus teorías en una obra sobre estudios de la histeria, publicada en 1895; la interpretación de los sueños en 1900; tres ensayos sobre la sexualidad en 1905 y un sinnúmero de obras recopiladas en 24 volúmenes en la edición clásica en inglés. La contribución más importante de Freud al campo de la psicología fue el descubrimiento de las fuerzas del inconsciente.

La teoría freudiana da mucha relevancia al papel de la familia en el moldeamiento de la personalidad en la salud mental del niño. También da prioridad a los instintos innatos enfatizando el núcleo biológico del hombre. Eleva considerablemente el papel de los procesos irracionales inconscientes e infravalora al mismo tiempo, los poderes racionales del hombre. Aunque aborda la influencia de la sociedad, no le da un lugar preponderante como factor causal de los estados de salud y enfermedad mental.

Para esa misma época en que el modelo psicodinámico mantenía la hegemonía en el campo clínico, la terapia conductista, basada en la teoría del condicionamiento y el aprendizaje habían empezado a difundirse, pero no presentaban ningún desafío para las terapias psicodinámicas, especialmente porque estaban dirigidas a sujetos verbal y culturalmente limitados.

Kimble (1985), la teoría de la conducta y el aprendizaje fueron desarrolladas a partir de las investigaciones del ruso Iván Pavlov, alrededor de 1912, llamado condicionamiento clásico que luego fue expandido o mejorado en Norteamérica por Watson (1914-1949), Skinner (1904-1990); Thorndike, Hull, Dollard y Miller entre otros. Las teorías de la conducta y del aprendizaje afirman que el condicionamiento válido surge de la experiencia y necesita ser confirmado con

ésta de forma continua. Su expresión más importante es la relación estímulo-respuesta evento (E-R). donde el estímulo (E) se refiere a cualquier evento que sirva de activador de una respuesta del organismo y la respuesta es la reacción de este último. A esta combinación le denominan conducta correspondiente.

Pellón (2013). Sin embargo, Skinner también señala “la existencia de conductas operantes, las cuales ocurren en forma espontánea sin que necesariamente ese presente un estímulo. Según la teoría, una conducta respondiente u operante tiende a repetirse si es acompañada por satisfacción debido al efecto de un reforzador. O sea, cualquier cosa que aumente la probabilidad de una respuesta”.

La terapia conductista se convirtió en una confederación de terapias de teorías basadas en el aprendizaje, compartiendo una metodología de la ciencia conductual común. Gradualmente, la base de condicionamiento pavloviano de la teoría conductista empezó a incorporar cada vez más aspectos de las ciencias naturales, sociales y de la cognición, en menor medida, el efecto se incorporó poco a poco en un nuevo marco.

De este modo, hacia el final de los años ochenta la identidad claramente definida de la Terapia Conductual como algo único entre las terapias empezó a desdibujarse. Cada vez se hizo más difícil decidir cuál era y cual no era la terapia conductista. Como resultado, al final de los años noventa estas terapias empezaron a definirse como cognitivas y conductuales, convirtiéndose en mayoría. De algún modo, las terapias conductistas habían introducido tantos elementos cognitivos que ya no podían ser consideradas como tal.

Las terapias cognitivo-conductuales se basan en un enfoque general del comportamiento en el que los procesos cognitivos tienen un rol determinante. Esta concepción obedece a una evolución que experimentó el modelo Conductual tradicionalmente de Skinner durante la década de los ochentas y en el que influyeron autores e investigadores cognoscitivos importantes como Ellis (1955); Bandura (1977-1986); Beck (1981); Neichenbaum (1985); Kendall y Braswel (1993). El resultado final fue la fusión de los principios más relevantes de ambos modelos.

Como hemos visto anteriormente, en el modelo Conductual de Skinner, la explicación de la conducta se enfoca en factores del ambiente, llevando estas creencias y conceptos heredados de

su antecesor Jhon Watson a un extremo razonablemente lógico. De esta perspectiva, su psicología no se centra en la persona sino únicamente en aquellas variables del ambiente que influyen en la conducta del individuo y que pueden ser observadas, medidas y cuantificadas.

Pellón (2013). En palabras del propio Skinner, la conducta voluntaria aparece “sin la intervención de un estímulo antecedente observable” y su característica más importante es que se origine, mantenga o modifique por sus consecuencias, conocidas normalmente con el nombre de reforzadores, con los cuales mantiene una relación sinérgica (Hineline, 1980). De esta forma, no es necesario plantear fuerzas internas o estados motivacionales como causales de la conducta. El enfoque Skinneriano representa el más puro conductismo. Skinner, contrario a Pavlov, Thorndike o Watson, nunca fue reduccionista en el sentido expuesto anteriormente. No pretendía buscar la explicación de la conducta fuera de ella misma o de su relación con el ambiente, y siempre se mostró contrario “a cualquier explicación de un hecho observado que haga referencia a acontecimientos que tienen lugar a otro nivel de observación, descrito en términos diferentes y medido, si es medido, en dimensiones diferentes”.

En su teoría, Bandura cree, como Skinner, en la extrospección como punto de partida en la explicación de la conducta, pero también cree que se deben considerar variables internas como la auto eficiencia, es decir la percepción que tiene una persona respecto a su propia productividad. La teoría del aprendizaje cognoscitivo social de Bandura destaca la idea de que buena parte del aprendizaje humano se da en el medio social. Al observar a los otros, la gente adquiere conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes. También aprende acerca de la utilidad y conveniencia de diversos comportamientos fijándose en modelos y en las consecuencias de su proceder, y actúa de acuerdo con lo que cree que debe esperar como resultado de sus actos.

Según Bandura, citado por Mercado (2010), el único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe a otro individuo, o modelo, llevar a cabo una determinada conducta. De tal manera, los seres humanos son como una esponja que va absorbiendo, todo lo puede ver para luego imitarlo. Según Bandura el comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente del medio y su acondicionamiento operante y clásico, sino también a través de lo que aprende indirectamente mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones.

1.5.3 Técnicas de la TCC.

La TCC emplea para sus tratamientos, técnicas cognitivas y conductistas que han ido incorporando teorías de otros modelos. Le tocará al terapeuta identificar las mejores técnicas para cada caso y aplicarlas en forma oportuna. En las siguientes páginas describiremos algunas de estas técnicas más utilizadas.

1.5.3.1 La Desensibilización Sistemática

“La desensibilización sistemática (DS) es una técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y las conductas motoras de evitación ante determinados estímulos. Se trata de una de las técnicas pioneras en modificación de conducta, propuesta por Wolpe en los años cincuenta” (Labrador, 2008).

Joseph Wolpe (citado por Oviedo, 2017). “Menciona que la desensibilización sistemática funciona así: En su primera sesión con el terapeuta, él o ella le instruye sobre la manera de relajarse físicamente: se le pide que apriete un grupo de músculos tales como los de su estómago durante varios segundos y luego soltar, y poner mucha atención en sentir estas dos condiciones tenso y relajado. Esto se hace para todos los grupos principales de músculos de su cuerpo. Con la ayuda de un gráfico, tiene que practicar esta rutina todos los días durante una semana. Descubrió que las escenas imaginadas eran más fáciles de estructurar, evocaban niveles de ansiedad casi idénticos y producían resultados transferibles a situaciones de la vida real. La desensibilización sistemática no es más que la exposición gradual y jerárquica a las situaciones temidas combinándose así con los ejercicios de relajación”.

Dos principios de la desensibilización sistemática son:

- Una emoción puede modificar otra emoción.
- Es posible habituarse a las situaciones amenazadoras.

La (DS) es un tratamiento efectivo para combatir fobias específicas, miedos crónicos y reacciones de ansiedad. Está indicada para disminuir ansiedades activadas por estímulos que la provocan, cuya característica principal es la aproximación sucesiva del sujeto a situaciones similares a las que le producen ansiedad reflejándose en las conductas (emocionales, cognitivas

o de motricidad. Afirma que, el paciente aprende una nueva asociación, lo que antes le provocaba miedo, ahora queda conectado a un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda.

La idea básica de la Desensibilización Sistemática consiste en enseñar al paciente a relajar los músculos voluntarios durante una confrontación imaginaria con el estímulo del miedo (Labrador, 2008). Su objetivo es volver a enseñar a responder sin miedo, inhibiendo progresivamente la ansiedad, rompiendo el vínculo entre la situación causante del estrés y la respuesta de ansiedad y requiere de tres condiciones:

1. Saber relajarse mediante la técnica de relajación progresiva.
2. Crear una “jerarquía” de situaciones que producen ansiedad.
3. Recorrer las situaciones graduadas relajándose en cada una y dominándola antes de pasar a la siguiente.

Con la (DS) en la imaginación se pueden reducir miedos a voluntad, no hay que esperar que suceda. Esta técnica es la más utilizada para el tratamiento de las fobias, tratando de ordenar de forma graduada los diferentes estímulos que proporcionan temor, de menor a mayor grado de intensidad mediante una jerarquía de miedos.

1.5.3.2 La Relajación

Las técnicas de relajación son cualquier conjunto de conductas, procedimiento o actividad previa que ayudan a una persona cuando se encuentra bajo los efectos de la ansiedad ayudando a reducir su tensión física o mental. Van desde estar sentado en un sofá favorito, o leer un libro, hasta la gran cantidad de técnicas de relajación que se utilizan con diferentes niveles de habilidades. Estas Técnicas de relajación permiten que el individuo alcance un mayor nivel de calma, reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira, están vinculadas con la psicoterapia, la relajación muscular, el desarrollo personal entre otros. Cada técnica tiene una forma distinta desde las corporales hasta las técnicas cognitivas como la meditación, visualización etc. Por lo que la relajación física y mental está íntimamente relacionada con la alegría, la calma y el bienestar personal del individuo, los cuales tienen múltiple beneficio para la salud.

El objetivo de la relajación es disminuir los síntomas subjetivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad.

En este programa utilizaremos la relajación progresiva de Edmund Jacobson, desarrollada en la década de los años 1920, su método se basó en disminuir la ansiedad provocando un estado de tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares asociadas a la ansiedad. Él argumentaba que, la tensión muscular acompaña a la ansiedad, uno puede reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular.

Ríos et al (2014). “La relajación busca una distensión tanto psíquica como muscular, facilitando la recuperación y equilibrio, hacia un estado de tranquilidad en pacientes odontológicos que presenten ansiedad, existiendo distintos estudios que dan cuenta de la efectividad de esta técnica”.

El saber relajarse es similar a cuando nos dormimos profundamente y nos levantamos con una gran satisfacción de descanso, la relajación progresiva de Jacobson se basa en la conciencia de las tensiones musculares que tenemos en nuestro cuerpo, la cual se les enseña a los pacientes a través de ejercicios lo que nos permite distinguir entre tensión y distensión de los diferentes músculos. El entrenamiento se enseña en vivo, donde el terapeuta va indicando con voz muy suave y lenta lo que hay que realizar. Primero enseñamos a nuestros pacientes a relajarse para luego dar el siguiente paso en el programa, también como menciona Álvarez, (2008).

Álvarez (2008)., Sugestión verbal: “El terapeuta introduce ideas a sus pacientes desde una posición de autoridad, y le dice frases como: su angustia se está aliviando, ahora se siente más tranquila”.

1.5.3.3 Método de Reestructuración Cognitiva

El método de reestructuración cognitiva se emplea para identificar, rediseñar, remodelar, modificar el sistema de pensamientos, ideas, creencias, supuestos básicos, distorsiones perceptuales de pensamientos erróneos que presenta el paciente con el fin de que sean más acorde, racionales y no catastróficas, que atribuyen a revivir experiencias traumáticas. Se basa en hacer una revisión explícita con los pacientes antes y después del trauma o situaciones que producen ansiedad.

Beck (1985) citado por Ruíz y Cano (1992). Menciona que se parte de la idea de que el sujeto, a lo largo del desarrollo, ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones, esas

activaciones saldrían a la luz como distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento a nivel cognitivo que producirá a su vez activación a nivel emocional y a nivel conductual. “Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos” (Ruíz, et al. 1992).

Janet y Rush (1988), citado por (Ruíz et al.1992). Señala que” los esquemas cognitivos de la ansiedad tienen contenidos temáticos referentes a amenazas, peligros, daño (...). Entre las distorsiones cognitivas más frecuentes en los trastornos de ansiedad, según Beck (1985), están los pensamientos catastróficos y la minimización, pero también pueden aparecer otras distorsiones”.

Con este método lo que se pretende es ayudar al paciente a adquirir una perspectiva más equilibrada y realista de la situación para disminuir la ansiedad asociada al evento, en otras palabras, en hacer que el paciente cambie su forma de pensar referente a la situación

La terapia cognitivo-conductual está enfocada en la vinculación del pensamiento y la conducta, recogen los aportes de distintas corrientes dentro de la psicología científica; como la psicología cognitiva y la psicología conductista, suelen combinar técnicas reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición. Durante el proceso terapéutico el terapeuta utiliza diversas estrategias cuyo objeto es la flexibilización y modificación de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos que se desprenden de estos.

1.5.3.4 Técnicas de exposición

Se piensa que la exposición al objeto o situación temidos es un componente esencial de todo tratamiento con éxito de la fobia específica (Marks, 1987), aunque no están claros todavía los mecanismos a través de los cuales la exposición ejerce sus efectos. Antes de empezar con la exposición, se debe tener una idea de las clases de situaciones que se evitan y de la dificultad relativa de dichas situaciones. Una vez que estas se identifican, se debe desarrollar una jerarquía de exposición. La jerarquía debería incluir de 10 a 15 situaciones temidas colocadas en orden de dificultad. Una vez que se logre la lista de situaciones atemorizantes se coloca al paciente ante estímulos de forma graduada ante la situación causante del miedo, comenzando con ítems más

fáciles de la jerarquía y progresivamente hacia la más difícil sin olvidar que no puede avanzar hasta dominar la anterior con éxito y así puedan lograr disminuir los temores provocados por la ansiedad, por ejemplo, cuando se trata una fobia a las inyecciones, el terapeuta puede evaluar si el punto donde se inserta la aguja afecta al temor del paciente colocando una jeringa en distintas partes (p. ej., en el brazo, en el antebrazo, etc.). Se expone al paciente a los estímulos externos o internos que generan ansiedad. Se explicará el tiempo de permanencia, aunque es frecuente que el terapeuta esté presente. Esta técnica se repite hasta que desaparezca el miedo, incluso en términos cognitivos.

La duración y el número de prácticas de exposición depende de las necesidades individuales del paciente, para algunos tipos de fobias (p. ej., a los animales, a las inyecciones), una única sesión de tratamiento puede ser suficiente para lograr resultados duraderos. En cualquier caso, las sesiones deberían durar de 1 a 3 horas, hasta que el paciente haya experimentado una reducción del miedo o sea capaz de realizar tareas más difíciles.

1.5.3.5 Exposición en imagen

Exposición en imaginación implica imaginar, afrontar las situaciones problemáticas generadoras de ansiedad. Esto no es más que el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas. La exposición en imaginación puede consistir, por ejemplo, en recordar con detalle una experiencia traumática, revivir una pesadilla o reproducir preocupaciones o pensamientos obsesivos. Este tipo de exposición consiste en imaginar de forma deliberada, sistemática y lo más vívidamente posible las situaciones o estímulos temidos. La exposición en imaginación es útil cuando se emplea sola, pero es menos eficaz que la exposición en vivo necesita ser complementada con práctica en la vida real y tiene la desventaja de que muchas personas tienen dificultades para imaginar con detalles las situaciones o escenas e implicarse en ellas.

1.5.3.6 Exposición en vivo

La exposición en vivo implica exponerse a situaciones temidas reales en la vida diaria. Estudios han demostrado que las sesiones de exposición entre más tiempo mejor resultado da y son más eficaces que las sesiones más cortas en la mayoría de los casos, y funcionan mejor si no hay mucho distanciamiento entre sesiones.

Öst citado por Caballo (2007). La exposición en vivo a los estímulos fóbicos es el tratamiento conductual más eficaz para hacer frente a las conductas de evitación en los trastornos fóbicos. La exposición en vivo ha demostrado ser superior frente a la exposición en imaginación, la cual puede resultar de interés cuando la exposición en vivo es de difícil aplicación o como motivación adicional para aquellos que dé inicio no se atreven con la exposición en vivo. Con este programa, se pretende reducir la dependencia de terceras personas y facilitar el mantenimiento de los resultados conseguidos. Sin embargo, los individuos con fobias a los animales, sangre y a las inyecciones pueden ser tratados con éxito o curados en una sola sesión de tratamiento por medio de la exposición sistemática y del modelado del terapeuta.

1.5.3.7 Distracción.

Ríos., et al (2014). La distracción tiene como objetivo manejar la ansiedad, el estrés y el dolor que provocan los procedimientos clínicos, mediante la focalización de la atención fuera de los procedimientos dolorosos, siendo la música una forma de distracción. Ésta puede aliviar el dolor y la ansiedad trasladando conscientemente la atención lejos de los síntomas. Según la teoría del control del dolor, los receptores de dolor actúan en conjunto para enviar señales de sufrimiento al cerebro, por lo tanto, los distractores como la música, pueden bloquear ciertas vías de dolor y disminuir la cantidad de dolor percibido

1.5.3.8 Métodos de Adquisición de destrezas

Es la parte práctica de la TCC a través de la que se ayuda al paciente a darse cuenta de su situación con la vida cotidiana. Incluye técnicas de relajación, manejo de ira, destrezas para la resolución de problemas, estrategias para la asertividad y capacitación para la comunicación diádica y familiar.

Aquí en la adquisición de destrezas se les mencionó y explicó a los padres de familia unos ejemplos para la ayuda con sus niños:

- Ayudar a su hijo a identificar las cosas positivas de su hijo.
- Ayudar a su niño a identificar las afirmaciones de afrontamientos para los momentos difíciles que encuentre.
- Separe un tiempo para su hijo.
- Preste atención a los sentimientos de su hijo.

- Ayude a su hijo a conectarse con sus sentimientos con sus pensamientos.
- Ayude a su hijo a ver cuando sus pensamientos son irracionales.
- Ayude a su hijo con habilidades sociales. (Agudo, 2007).

DZurilla y Golfried (1971), citado por Becoña y Oblitas (1997). Parten de que los seres humanos somos solucionadores de problemas y de que cada persona posee sus propias habilidades. Señalan que consta de cinco etapas las cuales se mencionarán orientación general, definición y formulación de problemas, generación de alternativas, toma de decisiones, verificación, una vez aplicada al problema existente se minimizará.

1.6 Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Ansiedad

Para la presente investigación diseñamos un programa terapéutico de intervención de la ansiedad, basado en el modelo Cognitivo-Conductual, que busca disminuir los síntomas de ansiedad en los pacientes, lo primero que se realizó fue la identificación del problema en sí y luego la intervención del problema identificado. A continuación, los objetivos a desarrollar.

1.6.1 Objetivos del Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual.

- Confeccionar la historia clínica de los adolescentes seleccionados.
- Elaborar diagnósticos multiaxial siguiendo los lineamientos del DSM V.
- Aplicar un Programa Terapéutico basado en el enfoque Cognitivo-Conductual.
- Disminuir los síntomas de ansiedad que experimentan los adolescentes que se atienden en el depto. de odontología de la Ulaps de Capira.
- Modificar los pensamientos automáticos negativos y distorsionados del paciente.
- Reducir y controlar las preocupaciones.
- Disminuir las actividades fisiológicas.
- Modificar las conductas evitativas.
- Validar la efectividad del programa terapéutico Cognitivo-Conductual para disminuir los síntomas de ansiedad, en adolescentes de 13 a 17 años, que asisten a las citas odontológicas referidas por las Dras., de dicha institución.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Planteamiento del problema.

Se investiga el efecto de un programa terapéutico cognitivo-conductual, sobre los síntomas de ansiedad dental. Para tal objetivo se realizarán a 12 sesiones con un tiempo de 2 horas por semanas.

La muestra fue por conveniencia y estudio de caso dando como resultado 5 pacientes de 13 a 17 años que asisten a la ULAPS de Capira en el departamento de Odontología.

Por lo tanto, nos interesa saber si:

¿Existirá una diferencia significativa de los síntomas de ansiedad dental, antes y después de someterse al programa terapéutico cognitivo-conductual en pacientes de 13 a 17 años?

2.1.1 Objetivos Generales de la Investigación

- Diseñar un programa de intervención Terapéutico Cognitivo-Conductual.
- Someter un programa terapéutico basado en el enfoque Cognitivo-Conductual a pacientes con ansiedad dental de 13 a 17 años.
- Validar la efectividad del programa terapéutico Cognitivo-Conductual para disminuir los síntomas de ansiedad, en adolescentes de 13 a 17 años.

2.1.2 Objetivos Específicos.

- Confeccionar la historia clínica de los adolescentes seleccionados.
- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad antes y después de la aplicación del programa terapéutico.
- Descubrir las características generales sociodemográficas de una muestra de pacientes de 13 a 17 años con síntomas de ansiedad.
- Disminuir los pensamientos automáticos y distorsionados del paciente.
- Modificar las conductas evitativas
- Reducir y controlar las preocupaciones.

2.1.3 Pregunta de investigación

1. ¿Conocen los pacientes qué es la ansiedad?
2. ¿Reconocen los pacientes esos signos y síntomas que se le presentan al momento de la atención odontológica?
3. ¿Afecta realmente la ansiedad a los pacientes en atención odontológica?
4. ¿El programa terapéutico Cognitivo-Conductual será un recurso efectivo para disminuir los síntomas de ansiedad en estos pacientes?

2.1.4 Hipótesis

2.1.4.1 Hipótesis de investigación.

Hi: La aplicación del Programa Terapéutico Cognitivo- Conductual será eficaz para disminuir los síntomas de ansiedad en pacientes de 13 a 17 años

2.1.4.2 Hipótesis Experimental y Estadística.

Hi: Los pacientes que reciban el programa terapéutico cognitivo conductual obtendrán una disminución de ansiedad estadísticamente inferior en el posttest, que el obtenido en el pretest.

Ho: $\mu d \leq 0$

Hi: $\mu d > 0$

1 cola, ∞ 0.05

2.2 Diseño de investigación

Diseño pre-experimental con un solo grupo: pretest-posttest, se aplicó la intervención y se midió su influencia sobre la variable dependiente (ansiedad).

La muestra no fue por aleatorización, fue escogida por conveniencia y no hubo grupo de comparación (Hernández, S. 2010)

El muestreo por conveniencia es una técnica no probabilística donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. Este proceso no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados.

2.3 Tipo de investigación

Este es un estudio explicativo, porque mediante una intervención aplicada a pacientes, buscó una relación de causa y efecto entre la terapia de grupo orientada cognitiva-conductualmente y los niveles de ansiedad dental en los pacientes.

2.4 Definición de variables

2.4.1 Variable independiente

El Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual

✓ **Definición Conceptual.**

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), emplea un conjunto de técnicas con el propósito de modificar la conducta desadaptativa del paciente alterando sus interpretaciones, suposiciones y formas de comportarse. La información básica se obtiene mediante las narraciones que hace el paciente en la entrevista que permite identificar las cogniciones o formas de pensamientos del individuo, se espera que mediante la terapia los pacientes puedan llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas y corregir los “constructos erróneos” para producir una mejoría clínica que se reflejará en la conducta.

✓ **Definición Operacional.**

El diseño del programa Terapéutico Cognitivo-Conductual tendrá los siguientes puntos:

- 12 sesiones a 2:00 horas cada sesión por semana.
- Sesión de seguimiento un mes después.
- Anamnesis completa.
- Plan para áreas métodos de intervención y para la secuencia de éstos.

Intervenciones del Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para los síntomas de ansiedad.

Técnicas cognitivas:

- **Reestructuración cognitiva:** sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más racionales. El trabajo se estructura en un modelo de entrenamiento en habilidades, para ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad de identificar las cogniciones desadaptativas, contrastarlas con la realidad y desactivarlas generando pensamientos racionales propios.
- **Distracción cognitiva y detención del pensamiento:** centrar la atención en estímulos neutros no amenazantes (contar números mentalmente de reversa).

Técnicas Conductuales:

- **Técnicas de exposición:** exposición a los estímulos que provocan la ansiedad, con el objetivo de prever y reducir las respuestas adaptativas
- Desensibilización sistemática
- Exposición gradual
- **Adquisición de destrezas:** tras analizar las conductas problema y reentrenarlas.

2.4.2 Variable dependiente.

Ansiedad o ansiedad dental, indicada en los pacientes en estudio.

✓ Definición Conceptual

(Keegan, 1998) citado por Bunge 2011. La ansiedad es una reacción emocional que se da ante la percepción de una amenaza o peligro y tiene como finalidad la protección del individuo. Las personas que presentan estos síntomas de ansiedad tienden a ver todo de manera catastrófico, de lo que les surgen la ansiedad causada por estos pensamientos, además, creen estar expuestas a una amenaza física o social. Si la amenaza está objetivamente presente o no, es irrelevante para la experiencia de la ansiedad, ya que lo esencial es la interpretación de la situación como amenaza personal, es la significación de los hechos lo que determina la emoción más que los hechos mismos.

✓ Definición Operacional

A través de la evaluación clínica de acuerdo con los criterios del DSM-V y el Inventario de Ansiedad de Beck se evaluará y diagnosticará al paciente que participe del programa terapéutico Cognitivo-Conductual.

Se presenta en las siguientes maneras:

- Síntomas cognitivos: Escuchar gritos, llantos, reflexiones de lo que está pasando.
- Síntomas fisiológicos: Vómitos, sudoración, temblores.
- Síntomas Conductuales: Evitar la cita con el dentista, tolerar la presencia de dolor, cerrar la boca etc.

2.5 Población y muestra.

Nuestra población son aquellos jóvenes de 13 a 17 años que asisten a odontología en la ULAPS de Capira y presentan síntomas de ansiedad.

En cuanto a la muestra, seleccionamos por conveniencia a 5 jóvenes cuyas edades oscilan entre 13 a 17 años con síntomas de ansiedad y que cumplen con los criterios de inclusión. Esta estrategia de selección de la muestra se conoce como muestreo por conveniencia.

2.6 Técnicas de medición.

✓ La entrevista clínica

La entrevista clínica es un instrumento muy importante para las investigaciones, porque nos permite recolectar información muy valiosa para la investigación. Con la entrevista clínica se llega a un:

- Rappor.
- Diagnóstico
- Conocer a la persona
- Crear y mantener la relación interpersonal
- Comprometer al paciente en el tratamiento
- Respetar el tiempo
- Responder a las expectativas del paciente

✓ Instrumento de evaluación.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

El Inventario de Ansiedad de Beck es un breve cuestionario autoadministrado con gran aceptación para medir ansiedad en adulto y jóvenes, que viene siendo utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual.

El Inventario (BAI) fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, los cuales se analizan en tres factores que son: cognitivos, fisiológico y conductuales o motor. Además, es una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.

Este cuestionario de Ansiedad fue aplicado a la muestra seleccionada por conveniencia de 5 pacientes jóvenes, se procedió a la entrega a cada paciente dándole las indicaciones de cómo contestarlo, y se les mencionó de los criterios para la puntuación del (BAI). Su aplicación va desde los 13 años a los 85 años aproximadamente. El (BAI) presenta una media centil de 63.

Cada criterio o ítems se puntúa de la siguiente manera, según el grado de ansiedad que experimente cada paciente.

0 Mínima, 1 leve, 2 moderada y 3 grave.

Se les indicó que respondieran con sinceridad, y al final se les agradeció por su participación. El BAI, consta de 21 ítems, donde el análisis de factores realizado en este estudio sugiere que el BAI en su versión al español está constituido por tres factores principales.

Cuadro N° 1:

Complementos del BAI.

FACTORES	ÍTEMS	TOTAL	NIVELES y RANGO
COGNITIVA	5, 9, 10, 14, 16, 17, 19 y 20	8	Mínimo 0-7
FISIOLÓGICAS	1, 2, 4, 8, 11, 15, 18 y 21	8	Leve 8-15
MOTORAS O CONDUCTUALES	3, 6, 7, 12 y 13	5	Moderado 16-25
			Grave 26-63
TOTAL: 21		21	0-63

Hernández C. 2018.

El inventario del (BAI), presenta tres factores para disminuir la ansiedad el factor cognitivo, el factor fisiológico y el factor motor o conductual descrito en el cuadro anterior, estos 3 factores evalúan los niveles de ansiedad en las personas.

El factor cognitivo consta de 8 ítems así mismo como el factor fisiológico, pero el factor motor consta de 5 ítems que unidos da un total de 21 ítems.

La prueba se aplica antes del tratamiento (pre-test), y después del tratamiento (pos-test).

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas de ansiedad, evalúa los desórdenes de ansiedad, así como en los cuadros depresivos.

Cuadro N° 2:

Ficha Técnica dl (BAI).

Nombre:	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
Nombre original:	Beck Anxiety Inventory (BAI)
Autores:	Aaron T. Beck y Robert A. Steer
Autor de la adaptación española	Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández
Fecha de la última revisión del test en su adaptación española	2011
Constructo evaluado	Ansiedad
Área de aplicación	Psicología clínica, del deporte, Educativa, forense y Neuropsicología
Aplicación	Individual y colectiva
Ámbito de Aplicación	Adolescentes y adultos
Duración	Individual: 5-10 minutos Colectiva: 5-10 minutos
Finalidad	Es una escala que mide de manera autoinformada el grado de los síntomas de ansiedad emocionales, físicos y cognitivos en adolescentes y adultos. Cada uno de los elementos del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad.

Fiabilidad

El estudio de la fiabilidad de la adaptación española se restringe a la consistencia interna, produciendo en diversas muestras un valor del coeficiente alfa alto (superior a 0.8).

Validez.

En relación con la validez diagnóstica, un análisis de la curva de las características operativas del receptor o curva ROC reveló que el BAI mostraba un rendimiento diagnóstico (área bajo la curva ROC = .80) adecuado (> 0.70 ; Swets, 1988) para discriminar entre estudiantes universitarios con trastorno de ansiedad y estudiantes sin trastorno de ansiedad evaluados mediante una entrevista diagnóstica estructurada. Este análisis de rendimiento diagnóstico permitió identificar varias puntuaciones de corte del BAI con índices adecuados de validez diagnóstica para detectar personas con trastorno de ansiedad (p. ej., sensibilidad y especificidad $> 70\%$; valores predictivos positivo y negativo $> 50\%$; kappa $> .40$). Respecto a la validez de criterio para diferenciar grupos contrastados, la puntuación total media del BAI de los pacientes con trastornos psicológicos fue significativamente mayor que las de los adultos de la población general y los estudiantes universitarios (Beck y Steer, 2011).

En el Inventario de Ansiedad de Beck, el clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se encuentran obteniéndose una puntuación de 0 a 63 puntos.

2.7 Criterios de inclusión.

- Ser panameño y paciente de odontología, puede ser de ambos sexos.
- Tener entre 13 a 17 años.
- Presentar síntomas de ansiedad, según los criterios diagnósticos del DSM-V para los trastornos de ansiedad.
- Que no presente otros trastornos psicológicos o psiquiátricos.
- No ausentarse durante la sesión.
- Disposición de participar y asumir las condiciones que el tratamiento requiere.
- Saber leer y escribir.
- Firmar la nota de consentimiento informado

2.8 Criterios de exclusión.

- Retardo mental.
- Ausentarse durante la sesión, o no asistir a más de dos citas.

- Mostrar conductas agresivas hacia su investigadora
- Presentar algún otro trastorno, sin decir a la investigadora.
- No poseer un diagnóstico de síntomas de ansiedad según los criterios de DSM-V.
- Aquellos que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Estar participando de otros tratamientos psicológicos.

2.9 Procedimiento.

En primer lugar, se realizó una entrevista con las Dras., en la ULAPS de Capira (depto., de odontología) para obtener la muestra, luego se procedió a localizar los padres de estos jóvenes, se les entrevistó para saber las particularidades de cada uno, sus características sociodemográficas, se explicó las normas y generalidades del programa. Se firma el consentimiento informado, después se pidió permiso de forma verbal a la directora de la Ulaps para realizar las sesiones y se diseñó el programa terapéutico cognitivo-conductual.

La intervención del programa terapéutico Cognitivo-Conductual nos basamos en 12 sesiones, las cuales contamos con una variedad de técnicas para el manejo de los síntomas de la ansiedad como lo es la reestructuración cognitiva, las técnicas de relajación, la técnica de distracción, la desensibilización sistemática y técnicas de adquisición de destrezas.

✓ Diseño del programa de la investigación

En cuanto al diseño del programa terapéutico como tratamiento, fue una revisión de la actualidad mundial en lo relacionado al comportamiento humano, encontrando la ansiedad como frecuente tanto entre adultos, jóvenes y niños. Luego se procederá a ver cuáles son las diversas técnicas más utilizadas para disminuir estos síntomas de ansiedad, donde los pacientes aprenderán a relajarse en dichas situaciones estresantes causadas por la ansiedad.

Luego se seleccionó y analizó los fundamentos basados en el enfoque Cognitivo-Conductual que constituyeron el sustento del programa. El enfoque empleado fue: cuantitativo ya que numéricamente se sometió al programa de Microsoft Excel para obtener los resultados de ambas pruebas antes (pretest) y después (postes), basada en el Inventario de Ansiedad de Beck utilizada para la valoración de ansiedad, seleccionado por su terminología sencilla y concreta, necesarias para determinar los síntomas de la ansiedad.

✓ **Sustento Teórico del Programa**

En el modelo Cognitivo-Conductual conceptualiza la ansiedad como un signo de alerta ante determinadas situaciones, advirtiéndole al ser humano ante posibles peligros, los cuales no necesariamente se consideran amenazantes, reactiva al organismo de distintas maneras como síntomas entre ellos cognitivos, fisiológicos y conductuales. La terapia Cognitiva Conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, la parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

Ellis y Beck (citado por Camerini, 2008). "La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964). Por lo tanto, la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación."

El objetivo de este programa terapéutico es disminuir los síntomas de la ansiedad presentados en los pacientes de odontología, modificando de esta manera sus pensamientos negativos distorsionados respecto a los tratamientos dentales y sus conductas.

✓ **La introducción:**

Se realizó durante una sesión de 2 horas, así para cada sesión, contó con las normas y generalidades del programa, la modalidad de la terapia a utilizar, enseñanza del autorregistro, aplicación del pretest, dinámicas, la cantidad de sesiones y duración de estas.

✓ **Metodología del Programa. Evaluación cognitiva y comportamental de la Ansiedad.**

La intervención de los pacientes en cuanto a los pensamientos y conducta de la ansiedad en este programa se llevará a cabo en dos fases, la evolución de las cogniciones y el comportamiento de la ansiedad dental y la intervención propiamente dicha. El objetivo es identificar las variables de los diferentes dominios que explican cómo los pensamientos

automáticos irracionales influyen en la conducta del paciente. Esto nos permite planificar los contenidos y acciones del tratamiento se desarrollados en sesiones de trabajos posteriores.

El método más idóneo para evaluar los pensamientos y el comportamiento de la ansiedad dental fue la entrevista clínica. Este instrumento nos permitió explorar e identificar las variables que estén presentes en el paciente. El proceso de entrevista consistió en abordar directamente la situación de lo que piensa el paciente reflejando así su comportamiento ansioso a través del interrogatorio. La formación personal y la historia del paciente deberán recopilarse por separado en otra sesión destinada a ese fin.

Durante la entrevista el paciente va presentando situaciones y la tarea del terapeuta es asegurarse de clasificarlas en una de las variables. Por ejemplo, aquellas situaciones que el paciente interpreta como amenazantes y que elevan su nivel de activación, los pensamientos que subyacen a estas situaciones y los valores culturales a través de los cuales percibe, evalúan e interpretan los estímulos. El terapeuta debe preguntar directamente lo que le molesta o le hace perder el control y ponerse ansioso ante dichas situaciones. ¿Por qué metes las manos? ¿Por qué gritas?, etc.

También debe prestar atención a las frases o expresiones lingüísticas a través de las que refleja sus convicciones personales sobre cómo manejar esta situación, los esquemas o patrones de pensamientos y las rutinas de comportamiento del paciente en las situaciones valoradas como amenazantes.

Durante la entrevista, el terapeuta también debe observar si ocurren errores en las funciones como la memoria, la atención y cómo el paciente responde a ellas.

Al finalizar la fase de evaluación del paciente ansioso, el terapeuta debe tener una idea bien clara de las variables involucradas, además debe de haber identificado cuál es el problema que conduce al paciente a pensar y comportarse de manera ansiosa ante las situaciones dentales y saber cómo va a empezar a trabajar.

También puede establecerse una lista de pensamientos y conductas específicas en orden de jerarquías de menor a mayor situación de temor para trabajar sobre ellas en ese mismo orden, involucrando al paciente en la desensibilización sistemática junto con las técnicas de relajación.

✓ **Tratamiento:**

Se realizaron 12 sesiones grupales de 2 horas cada una. Se inicio con la reestructuración cognitiva explicación, enseñanza, debate y voluntarios. Continuando con La enseñanza del A-

B-C (Beck), Resolución de tareas, dinámicas, lluvia de ideas y afrontamientos, luego se continuo con los esquemas cognitivos de donde proceden etc., cada sesión consto con tareas, lluvia de ideas autorregistro, hasta llegar a las técnicas de relajación que después de ciertas sesiones se convirtió en relajación condicionada así sucesivamente llegamos a la desensibilización sistemática donde se le presentaba al paciente un orden jerárquico de situaciones temidas y todas las técnicas mencionadas con anterioridad.

✓ **Metodología del Programa. Intervención de los pensamientos y comportamiento de la Ansiedad.**

Luego de la evaluación, el terapeuta utiliza la información recopilada en las entrevistas individuales para guiar los cambios en los esquemas cognitivos de los pacientes. Este trabajo se desarrolla en forma grupal, con grupos de 5 sujetos, estableciendo una frecuencia de reuniones de una vez por semana en un periodo de 12 sesiones. La duración de las sesiones es de dos horas. El terapeuta debe estar seguro de dominar la información de cada paciente.

Las sesiones deben darse en un ambiente tranquilo y privado. Se debe establecer un reglamento o, por lo menos, un listado de conductas no permitidas durante las sesiones, por ejemplo, el uso del celular. Cada paciente va estableciendo el ritmo de avances del tratamiento de acuerdo con el logro de ciertos objetivos, aun cuando el tratamiento es grupal.

La validación del instrumento de medición de ansiedad (BAI) ante la ansiedad se realizó con una muestra de 5 pacientes, distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro N° 3:

Muestra de estudio por género.

Género	Población
Hombres	2
Mujeres	3
Total	5

Hernández C. 2018

Las sesiones, se desarrollan de forma grupal donde el terapeuta los reúne haciendo una mesa redonda para que los pacientes tomen conciencia de su comportamiento en cuanto a los síntomas de ansiedad y los pensamientos relacionados a ella. En la mesa, el terapeuta permite que afloren

aquellos pensamientos automáticos en cuanto a la atención odontológica, mientras va explicando y enseñando todo lo relacionado a los mismos, utilizando el método de la reestructuración cognitiva. Se explica las diferentes situaciones aprovechando cada ocasión en la que se presente un pensamiento automático disfuncional para señalárselas y hacerle saber que acaba de ocurrir. El terapeuta debe desplegar su habilidad para alertarlos a hablar sobre la conducta manifestada y promover el diálogo con el resto de los miembros del grupo. En la intervención conseguimos ayudar al paciente a modificar su estructura cognitiva introduciendo cambios en el pensamiento relacionado a los síntomas de ansiedad. Una vez estén plenamente consciente de su conducta y los pensamientos relacionados a ella, se les estimula a sustituir sus pensamientos automáticos por otros más adecuados. En nuestro programa, la primera sesión comienza con una breve discusión sobre la naturaleza de la ansiedad y el miedo. Explicándoles acerca de la existencia de una ansiedad normal, buena para alertarnos del peligro a diferencia de la ansiedad patológica que perdura más tiempo y genera pensamientos distorsionados cuando estamos en alguna situación de temor. Concretamente, se enseña a los pacientes también que el miedo es una emoción normal, adaptativa y por lo general la mayoría de las personas temen alguna situación. Además, se habla sobre los posibles factores etiológicos de la fobia del paciente (p. ej., condicionamiento directo, aprendizaje por observación, información errónea sobre la situación temida).

Luego procedemos a la enseñanza y aplicación de la relajación progresiva de Jacobson, en cada sesión, hasta que sea una relajación condicionada, al igual que las técnicas de respiración útiles para afrontar los síntomas de ansiedad, las técnicas de distracción útiles para cuando estén dentro del consultorio dental. En cuanto a la técnica de relajación se utiliza junto con la desensibilización sistemática. En sesión se realizó debate y lluvia de ideas en cuanto a las distorsiones cognitivas, sobre las creencias catastróficas, pensamientos automáticos negativos y análisis personal, utilizando frases de afrontamientos con la colaboración del terapeuta y auto debate.

Luego de esta plática, se procede a la exposición en la imaginación, es decir, imaginando situaciones de ansiedad y manteniéndolas en la mente de manera constante hasta que se produce un cambio en la sensación. Este tipo de exposición se hace muy a menudo de forma paulatina, empezando por aquellas situaciones que producen poca ansiedad y se unen las imágenes a la

relajación. Cuando se hace de tal manera es posible llegar a imaginar la situación mientras se está relajado y se asocian las imágenes y pensamientos a sentimientos de relajación, en lugar de la ansiedad; se conoce como desensibilización sistemática.

Se intenta hacer la exposición de forma gradual, es decir, se va mostrando las situaciones por orden de dificultad, empezando por las más fáciles. Vamos desensibilizando y poco a poco se va aumentando la dificultad hasta alcanzar las situaciones que producen los niveles mayores de ansiedad. En este proceso se trata de que la ansiedad disminuya y se compruebe y se sienta esa disminución. Se pide voluntarios para la desensibilización sistemática.

Una vez que los pacientes hayan logrado modificar sus pensamientos automáticos para disminuir los síntomas de ansiedad en la exposición de sensibilidad sistemática podrán aplicar los cambios en otros ambientes como la escuela, hogar en la calle etc.

El componente cognitivo de la ansiedad son los pensamientos de que se aproxima la catástrofe y es necesario hacer cualquier cosa para evitarla.

Estos pensamientos no son ni explícitos ni nítidos ni completos. Esta falta de claridad se debe, en parte, al proceso de automatización usados por los humanos cuando pensamos. Ya que cuando hemos tenido un pensamiento muchas veces, cada vez vamos resumiendo más y más su contenido, para ir ahorrando tiempo y energía. En este proceso, llegamos a dejarlo en una frase, un sonido o una imagen que produce el mismo efecto del pensamiento completo y cumple su función de prepararnos a actuar; finalmente puede llegar a automatizarse del todo y no nos damos cuenta de que lo hemos pensado, salvo por la sensación que nos aparece sin que hayamos sido conscientes de ningún pensamiento.

Para eliminar los pensamientos automáticos, es preciso primeramente identificarlos. Para realizar este proceso se puede ir eliminando palabras ambiguas (algo, esto, etc.), cuantificadores universales (siempre, todo, nunca, etc.), construcciones de frases no claras o incompletas por otras que modifiquen la forma de pensar.

Cuando se ha obtenido el pensamiento completo se puede hacer un primer análisis de contenido para saber si es lógico o no y si responde o no a la realidad actual. Beck (1975) fue el descubridor de la importancia de los pensamientos automáticos y creó la terapia cognitiva, cuya base es el análisis lógico de los pensamientos automáticos. Beck, realiza un análisis de su

contenido, partiendo del punto de vista de la patología, la cual se desarrolla debido a los pensamientos ilógicos o erróneos y basta cambiarlos por otros verdaderos y lógicos para lograr mejoras.

En la práctica clínica, se encuentran casos donde los pensamiento automático son ilógico y se puede cambiar acudiendo solamente al análisis de su contenido, son esquemas automatizados manteniéndose exclusivamente por su característica de ser inconscientes y basta hacerlos explícitos para desactivarlos, pero por desgracia no todos los pensamientos automáticos que queremos cambiar son ilógicos y, aunque lo fuesen, muchas veces somos conscientes de que no tienen sentido, pero no por ello desaparecen.

En las sesiones, se realizaron dinámicas de grupo, se resolvía las tareas dejadas a cada paciente, con la finalidad que venzan el temor y su ansiedad.

Hemos tomado como variable principal del estudio a la ansiedad, debido a que se ha observado que los pacientes en su mayoría presentan síntomas de ansiedad previo a la atención odontológica (prueba objetiva).

El primer objetivo terapéutico es ayudar a tomar conciencia de sus pensamientos y comportamiento ansioso. El terapeuta utilizó el método de reestructuración cognitiva donde empleó las estrategias para identificar, rediseñar, remodelar, los esquemas cognitivos modificando el sistema de pensamientos, ideas, creencias, supuestos básicos, distorsiones perceptuales de pensamientos erróneos, catastróficas, referentes a las amenazas ante ciertas situaciones saliendo a la luz como distorsiones cognitivas que contribuyen a revivir experiencias traumáticas. Se basa en hacer una revisión explícita con los pacientes antes y después del trauma o situaciones producto de la ansiedad.

El terapeuta dejará que surjan espontáneamente los pensamientos y conductas ansiosas, momento que aprovechará para señalar al paciente la conducta ocurrida. Luego hará preguntas acerca de si se había percatado de la misma y si puede identificar qué estaba pensando en ese momento. El terapeuta ya conoce esta información, la cual obtuvo durante la evaluación individual, por lo tanto, está en capacidad de guiar la atención del paciente hacia respuestas esperadas o desviarlas cuando se dirige a direcciones no esperadas.

En el logro de este objetivo, el terapeuta no debe ser insistente ni coercitivo.

Si el paciente se muestra muy ansioso o nervioso, debe abandonar el intento hasta otra oportunidad o abordar a otro paciente del grupo. Si obtiene éxito en el intento, debe mantener la conversación el máximo tiempo posible e incluir a los demás pacientes del grupo en la conversación, alentándolos a opinar. Este proceso se debe repetir una y otra vez cada sesión hasta cuando el terapeuta considere su objetivo logrado.

Si los pacientes no evolucionan al mismo ritmo, puede empezar a inducir actividades de las siguientes frases con los pacientes que han logrado el primer objetivo. El terapeuta también puede incluir comentarios o temas de conversación para promover el debate sobre temas como los valores, las normas, Etc.

El segundo objetivo terapéutico es ayudar a los pacientes a modificar los pensamientos automáticos y distorsionados, así como reducir y controlar las preocupaciones. La acción del terapeuta consiste en dar como tema de conversación, a las explicaciones que dan los pacientes acerca de su conducta ansiosa.

El tema se trae a conversación en forma espontánea, cuando ocurra una conducta ansiosa y el paciente explique por qué lo hizo. El terapeuta también puede aprovechar cualquier situación para introducir el tema o el de reducir las preocupaciones sutilmente. Luego les pide a ellos mismos o al grupo que sugieran otro modo de pensar como alternativa y los alienta a ponerlos en práctica.

En el logro de este objetivo el terapeuta tampoco debe ser coercitivo ni insistente. Al igual en el objetivo anterior, si el paciente responde favorablemente a la dirección esperada, debe alentarlos a continuar. Si no, debe abandonar el intento y dirigirse a otro paciente del grupo. Es importante que limite sus intervenciones, dejando recaer la mayor parte de la responsabilidad sobre el propio paciente o el grupo. De igual modo, el terapeuta tratará de que los pacientes se comprometan, al menos, a ensayar nuevos modos de pensar. Cuando estos se reflejen a través de la conducta esperada o actitudes de los pacientes, deberá reforzarlas mediante elogios, hablando de la situación en el grupo donde lo que buscamos es extender la conducta nueva hacia otros ambientes, fuera del grupo de trabajo. Para iniciar, lanzará al grupo ideas de hacer contratos en el que se comprometen a realizar la conducta nueva, ambientes fuera del grupo de trabajo como la escuela, el hogar, etc., y evitar incurrir en la conducta anterior.

El terapeuta dará inicio con aquellos pacientes interesados, obviamente dándole prioridad a los que han logrado los objetivos anteriores. Cada paciente interesado será quien señale qué

conducta específica se está comprometiendo a no hacer. Se espera que incluya la conducta ansiosa. Luego negociará los términos del acuerdo con reforzadores, incentivos, etc. Estos términos se harán por escritos.

El trato se debe negociar delante del grupo, sugiriendo que los demás también opinen, el terapeuta deberá asegurarse la congruencia entre las conductas y los reforzadores negociados. También buscará los medios adecuados para verificar si el paciente está cumpliendo el compromiso. Es importante incluir a terceras personas como testigo del contrato, preferiblemente personas que estén al tanto de la conducta del niño como maestro, padres, etc.

Antes de iniciar el contrato, el terapeuta ilustrará a las personas a cargo del joven sobre las conductas a supervisar y cómo mejorar la situación. También no se debe ser demasiado estricto, pudiendo pasar por alto algunas pequeñas fallas. Es especialmente importante mantener una comunicación más cercana con los pacientes involucrados.

El tratamiento termina después de la sesión 12. Finalizando, debe hacerse una nueva medición de la conducta ansiosa para evaluar los cambios. El terapeuta considerará si se alcanzaron los objetivos.

✓ **La evaluación del postest.**

Aplicación de la última parte de la investigación sobre la efectividad del programa de tratamiento fue la realización del post-test para la conducta ansiosa. Para tal efecto se hizo una nueva entrevista individual para verificar si habían ocurrido cambios en los pensamientos de los jóvenes. Al igual que en la primera entrevista, se abordó el tema de la conducta ansiosa, que en la mayoría de los casos ya no se presentaba, procediendo los jóvenes a explicar por qué habían cambiado y antes no.

Hablaron de su experiencia en el sillón dental, con las citas programadas durante el programa terapéutico.

Al finalizar el trabajo se integra toda la información obtenida de las diferentes fuentes y realizar las preliminares para su corrección, una vez aprobada se redacta el informe final y se sustentó el trabajo realizado.

Cuadro N° 4

Estructura del programa T.C.C.

Sesión	Componente Cognitivo	Componente Fisiológico	Componente Comportamental
1	Entrevista inicial, explicación sobre las generalidades del proceso terapéutico. Explicación y enseñanza de la ansiedad y el miedo.		Explicación diaria autoregistro. Dinámica grupal. Realización del Pre-tests.
2	Explicación de la reestructuración cognitiva, métodos A-B-C, debate sobre las creencias catastróficas.		Realización del autoregistro, sobre las situaciones en las que se activan los síntomas ansiosos.
3	Explicación de los esquemas cognitivos, debate y modificación de pensamientos distorsionados y automáticos.	Relajación progresiva de Jacobson (16 grupos musculares)	Tarea de exposición situacionales. Dinámica grupal.
4	Se trabajó las técnicas de relajación con diferentes situaciones ansiosas.	Relajación progresiva de Jacobson (16 grupos musculares)	Tarea de exposiciones situacionales.
5	Debate y modificación de ideas y preocupaciones a partir de la identificación de distorsiones cognitivas y su análisis personal.	Relajación progresiva de Jacobson (16 grupos musculares)	Realización de tareas de exposiciones situacionales. Voluntarios. Dinámica grupal.
6	Realización de auto-debate y usos de frases de afrontamientos	Relajación progresiva de Jacobson (16 grupos musculares)	Realización de tareas de autorregistro, exposiciones situacionales.
7	Enseñanza y aplicación de la desensibilización sistemática por orden de jerarquía de menor a mayor gravedad.	Relajación progresiva de Jacobson (16 grupos musculares)	Realización de tareas de exposiciones situacionales. Dinámica grupal.
8	Se trabajo la desensibilización sistemática junto con la relajación.	Relajación condicionada.	Realización de tareas de exposiciones situacionales. Y la realización de esta en sesión.
9	Exposición cognitiva graduada.	Relajación condicionada.	Realización de tareas de exposiciones situacionales. Y la realización de esta en sesión. Pedir voluntarios. Dinámica grupal.
10	Exposición cognitiva graduada	Técnicas de respiración y distracción.	Realización de tareas de exposiciones situacionales en sesión. Escoger paciente.
11	Exposición cognitiva graduada	Técnicas de respiración y distracción	Realización de tareas de exposición situacionales.
12	Exposición cognitiva graduada. Prevención de recaídas y ejercicios guiados	Utilización de las técnicas aprendidas.	Prevención de recaídas. Dinámica grupal. Y realización del pos-test.

Hernández, C. 2018.

Nota: Durante el programa Terapéutico se identificaron las tres áreas (cognitivo, fisiológico y conductual), se evaluó la capacidad de imaginación con una escena neutra; después de ello se expuso cada una de las áreas a través de escenas específicas (por jerarquías) durante 25 minutos; evaluando cada cinco minutos la unidad subjetiva de malestar e identificando al paciente que le aqueja e indagándolo sobre las mismas. Después de la exposición en imaginación se les pidió a los pacientes que generaran la mayor cantidad de alternativas posibles ante las consecuencias temidas. A continuación, se exponen con mayor detalle los pasos:

1. Se les proporcionó a los pacientes las enseñanzas sobre el uso de las técnicas y se les explicó el procedimiento de manera detallada.
2. Los pacientes realizaron un listado de preocupaciones y en compañía de la terapeuta se concentraron las preocupaciones en tres áreas jerarquizadas según el grado de ansiedad.
3. Se comprobó que los pacientes no presentaron dificultades para imaginar escenas de forma clara y vívida.
4. Cada vez se logró reducir la ansiedad a mínimas, se continuó con las siguientes áreas en la jerarquía.

Resultados y Discusión

El tratamiento para este programa terapéutico cognitivo-conductual disminuyeron significativamente, se obtuvo un puntaje bajo en el (postest) de un 80%, lo cual indicaba la disminución de estos síntomas.

✓ **Datos sociodemográficos.**

Los resultados de la investigación se presentarán en dos partes.

En la primera se presentará un cuadro con los datos sociodemográficos, que caracterizan la investigación de la muestra estudiada y en la segunda parte los datos estadísticos de la investigación del pretest y pos-test y la prueba de hipótesis.

Estos datos fueron obtenidos en la entrevista clínica con los padres de los pacientes, la entrevista individual de cada paciente y el análisis del pretest aplicado en la primera sesión.

A continuación, los datos sociodemográficos de cada paciente.

Cuadro N° 5:

Datos sociodemográficos

Paciente	Sexo	edad	Características
1	M	17	Estudiante de cuarto año en el I.P.T.C, vive en Capira, repetidor de un año escolar, hijo único, vive con su madre, paciente de odontología señala ser temeroso.
2	F	15	Estudiante de noveno grado, reside en Capira es hija mayor de dos hermanas de 6 y 4, vive con ambos padres. Presenta temor a la sangre por una mala experiencia.
3	M	15	Estudiante de tercer año, vive con ambos padres en Capira, hijo mayor de una hermana de 10 años, pensamiento que las personas se burlan de él por sus dientes.
4	F	14	Estudiante de octavo año de la I.P.T.C., vive con ambos padres en Capira, hija única, padres muy punitivos, pensamientos catastróficos, mala experiencia al sacarle un diente.
5	F	13	Estudiante de séptimo en la I.P.T.C, hermana menor de dos hijas, vive con ambos padres en Capira, presenta pensamientos y conductas erróneas en cuanto a los tratamientos odontológicos.

Hernández, C. 2018

Paciente # 1:

En el caso del joven # 1, paciente masculino de 17 años, vive con su madre en Capira, abandonado desde los 8 años por su padre, repetidor (1 año), cursa cuarto año de escolaridad en el I.P.T.C., manifestó durante la entrevista clínica tener mucho miedo al dentista, ya que desde pequeño sólo lo llevaban a sacarse dientes. El paciente refiere sentir miedo a una amplia gama de situaciones dentales: mencionó temor a las agujas, a que le saquen dientes, al mismo dentista

etc. Presentó síntomas como preocupación constante por su boca, tensión muscular que se traduce en dolor en la mandíbula, cuello, sudoración en las manos sin motivos aparentes, miedo al entrar al consultorio dental. Las dificultades expresadas por el paciente se han presentado desde la niñez, sin embargo, los síntomas se agudizaron al someterse a un tratamiento de ortodoncia que requiere de extracciones dentales.

Mediante la entrevista clínica se estableció que los síntomas ansiosos se manifestaron inicialmente en su niñez, más o menos desde los 5 años, señala que sus dientes no tenían salvación para esa época.

En su historia personal, durante su infancia tuvo una relación cercana con su padre mientras estuvo en casa, luego debió afrontar la separación de su padre al marcharse de casa y ser abandonado. Señaló, que en tercer grado repitió de grado por ser abandonado por su padre, se deprimió.

El paciente se describe como “temeroso” a todo lo que tiene que ver con odontología, manifiesta miedo a exponerse a situaciones dentales.

Al realizar la exploración de sus esferas mentales se identificaron las siguientes características: significativa actividad motora, miedo a todo lo que tiene que ver con odontología, estado de ánimo ansioso al ver inyecciones, presencia de pensamientos erróneos constantes, preocupaciones (rumiadoras), exageración ante las situaciones amenazantes.

No obstante, se decidió trabajar sobre los tres componentes (cognitivo, fisiológico y conductual), agregando la desensibilización sistemática de forma graduada como mecanismo para dar mayor control sobre las preocupaciones al paciente.

Después del tratamiento empezó a modificar sus pensamientos distorsionados, y a crear conciencia que no todas las situaciones dentales, son para hacernos daño, actuará con más madurez ante estas situaciones presentadas en su vida. Tuvo una puntuación de 8 puntos en el (BAI), con una ansiedad leve.

Paciente # 2

Paciente femenina de 15 años, vive con sus padres en Capira, es la mayor de dos hermanas pequeñas de 4 y 6 años. Cursa noveno de secundaria en la I.P.T.C. Durante su infancia tuvo una

mala experiencia con una dentista y recuerda mucho sangrado en sus encías y esto prevalece en su mente hoy día. Sus pensamientos estaban en que mejor “no asistir al odontólogo, si total ella se cepilla los dientes en casa”. Su comportamiento es no acudir a las citas. Es temerosa y nerviosa. Siente preocupación de ser lastimada.

Mediante la entrevista clínica se estableció que los síntomas ansiosos se manifestaron inicialmente desde su niñez al tener mala experiencia en odontología, en su esquema mental, está la presencia del dolor.

En su historia personal, durante su infancia recuerda que lloraba cada vez que la llevaban al dentista, hoy día permanece ese temor en la adolescencia.

El paciente se describe como “nerviosa y miedosa” a todo lo que tiene que ver con los dentistas, manifiesta que le produce miedo exponerse a situaciones dentales.

Al realizar la exploración de sus esquemas mentales se identificaron las siguientes características: estado de ánimo ansioso, miedo al instrumental, pensamientos catastróficos constantes, preocupaciones (rumiadoras), exageración ante las situaciones amenazantes.

No obstante, se decidió trabajar sobre los tres componentes (cognitivo, fisiológico y conductual), agregando la desensibilización sistemática de forma graduada como mecanismo para dar mayor control sobre las preocupaciones a la paciente.

Después del tratamiento logró modificar esos pensamientos en relación con las malas experiencias, orientó su pensamiento en que no todo es malo, empezó a concentrarse en la respiración cerrando los ojos. Comprendió el bienestar para su salud bucal, todo es por su bien. Esta joven obtuvo una puntuación de 10, con una ansiedad leve, presentándose con un poco de miedo y angustia. etc.

Paciente # 3

Paciente masculino de 15 años, vive con ambos padres en Capira y una hermana de 10 años, cursa noveno de escolaridad en el I.P.T. C.. Se lastimó la boca cuando chico y recuerda haber pasado mucho dolor en los tratamientos que se le realizaron en boca para esa época. Menciona que durante su infancia también le sacaron muelas que le dolieron y sufrió mucho. Actualmente tiene los dos dientes delanteros cariados, pero por temor al dentista, no acude a citas, es

molestado en el colegio por sus compañeros de clases. Señala tener temor a las agujas, su conducta es reforzada al ver cuando atienden a su hermana y le colocan anestesia se llena de mucho temor y no se dejaba atender.

Mediante la entrevista clínica reveló el inicio de sus síntomas ansiosos al escuchar comentarios feos a cerca de su boca, sus compañeros se burlaban de él, por su dentadura, le decían Ronaldinho, “hay viene Ronaldinho” en su esquema mental, prevalece la ansiedad de arreglarse sus dientes, pero señaló que le teme al odontólogo por las extracciones antes realizadas en boca y su mayor temor es que le saquen dientes para arreglar su boca.

El paciente se describe como “miedoso” señala “esto de sacar dientes no es lo mío” le produce miedo exponerse a situaciones dentales.

Al realizar la exploración de sus esquemas mentales se identificaron las siguientes características: estado de ánimo ansioso, miedo a las inyecciones, pensamientos catastróficos constante, exageración ante las situaciones amenazantes.

No obstante, se decidió trabajar sobre los tres componentes (cognitivo, fisiológico y conductual), agregando la desensibilización sistemática de forma graduada como mecanismo para dar mayor control sobre las preocupaciones a la paciente.

Durante el tratamiento, empezó a convencerse de lo errado de su forma de pensar y actuar, se convenció de no prestarle atención a sus pensamientos y sentimientos distorsionados.

Este joven en el Inventario de Beck (BAI) sobre la ansiedad marcó en él pre-test una puntuación de 18 pts., siendo una ansiedad moderada. Mostrándose inseguro y nervioso.

Paciente # 4

La paciente tiene 14 años. Vive con ambos padres en Capira, es hija única. Cursa octavo años de escolaridad en la I.P.T.C, Sus padres son muy punitivos, por ser hija única quieren lo mejor para ella.

Antes del tratamiento tenía la creencia de que todos los procedimientos eran dolorosos, pues anteriormente tuvo una mala experiencia en su boca. Señala: “Fui a una limpieza y me sacaron un diente y me lastimaron mucho”, “le temo a las inyecciones y a la sangre”. Señaló. Sentía que su corazón se aceleraba tan rápido que creía que se le iba a salir. Esto lo refleja mayormente

cuando acude a citas con el odontólogo, por esto se requirió hablar con su Dra., para explicarle todo detalladamente antes de iniciar el tratamiento con ella.

Mediante la entrevista clínica se estableció que los síntomas ansiosos se manifestaron inicialmente desde su niñez, prevalece ese esquema de dolor.

En su historia personal, señala tener temor a la sangre por los hechos sucedidos con ella durante su infancia. Tuvo que afrontar la situación, pero no la superó.

El paciente se describe como: temer a la sangre, extracciones y a todo lo que tiene que ver con odontología.

Al realizar la exploración de sus esquemas mentales se identificaron las siguientes características: significativa actividad motora, miedo a todo relacionado con odontología, a la sangre en especial, al dolor y su estado de ánimo ansioso al ver inyecciones.

No obstante, se decidió trabajar sobre los tres componentes (cognitivo, fisiológico y conductual), agregando la desensibilización sistemática de forma graduada como mecanismo para dar mayor control sobre las preocupaciones al paciente.

Después del tratamiento entendió que muchas personas pasaban por situaciones similares y no todas actuaban así también aprendió a llevar una buena plática con las Dras., o con cualquier otro Dr. En su evaluación con el (BAI), obtuvo una puntuación de 21 con una ansiedad moderada. Presentando mucho temor, nerviosismo. etc.

Paciente # 5

La paciente de 13 años cumplidos vive con sus padres en Capira. Cursa el séptimo grado de secundaria en la I.P.T.C. Es hermana menor de 2 hijas.

Su esquema inicial se centraba en la idea de que todo lo relacionado con odontología duele. Señala: me hicieron una calza con mucho dolor, esto le produjo incomodidad y miedo. Esto puede guardar relación con el hecho de que sus padres dejaban a su hermana mayor a cargo de ella en casa, y era la encargada de llevarla a las citas, quien la amenazaba con pegarle, así se crio con mucho miedo a su hermana. Esta joven es muy temerosa y nerviosa.

Mediante la entrevista clínica se estableció que los síntomas ansiosos se manifestaron desde su infancia. Señaló que en su infancia sufrió mucho dolor y no fue escuchada al momento, mencionó que le decía a la doctora y a su hermana y ésta la regañaba.

En su historia personal, durante su infancia tuvo una relación difícil con su hermana, por ser la encargada de cuidarla en ausencia de sus padres, la cual abusaba de autoridad, creando esquemas mentales de temor en la menor.

La paciente se describe como “temerosa” a todo lo que tiene que ver con odontología, manifiesta que le produce miedo exponerse a situaciones dentales.

Al realizar la exploración de sus esquemas mentales se identificaron las siguientes características: significativa actividad motora, miedo a todo lo que tiene que ver con odontología, estado de ánimo ansioso, todo lo relaciona con dolor, posee pensamientos erróneos constantes, preocupaciones (rumiadoras), exageración ante las situaciones amenazantes.

No obstante, se decidió trabajar sobre los tres componentes (cognitivo, fisiológico y conductual), agregando la desensibilización sistemática de forma graduada como mecanismo para dar mayor control sobre las preocupaciones al paciente.

Después del tratamiento, empezó a creer que algo en ella no estaba bien ya que siempre se torna nerviosa para todo, y más cuando tiene cita con el odontólogo, tomó conciencia de ser más fuerte y controlar sus nervios. En sus puntuaciones del (BAI), marcó un promedio para el pre-test de 43 puntos, siendo esta una ansiedad grave, prevaleciendo que es nervioso.

A todos los pacientes se les presentó un consentimiento informado sobre el estudio, luego de aceptar su participación; se le realizó el instrumento de recolección de datos que incluía el “Inventario de Ansiedad de Beck.”

Luego de analizar cada entrevista clínica de los 5 pacientes llegamos a la conclusión de que lo(as), pacientes presentan síntomas de ansiedad específicas. (fobias específicas).

A partir de los datos recolectados en las entrevistas se identifica la presencia de todos los síntomas establecidos por el DSM -V para un Trastorno de Ansiedad con fobias específicas. Siendo las características que más se presentan: preocupación excesiva por una amplia gama de cosas y situaciones, estado constante de preocupación, inquietud motora, irritabilidad, tensión muscular, temblor en las manos, piernas, taquicardia, sudoración excesiva.

En cuanto al instrumento de recolección de datos utilizamos la entrevista clínica de acuerdo con los criterios de evaluación del DSM-V, las medidas subjetivas de malestar de cada paciente, los autorregistros y el inventario de ansiedad de Beck (BAI).

Nuestro trabajo de investigación se orientó al diseño de un programa terapéutico de tratamiento para disminuir los síntomas de ansiedad, basado en el enfoque Cognitivo-Conductual. El mismo va orientado a comprobar si el programa de tratamiento diseñado es efectivo en el control de la conducta ansiosa en adolescentes, haciéndose de los resultados un análisis desde varias perspectivas, iniciando con los cambios cognitivos.

CAPÍTULO III
RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.1 Estadísticas descriptivas

✓ **Resultado del pretest (antes del tratamiento).**

Como señala la teoría, para que haya un cambio en la conducta, debe haber antes un cambio de pensamiento. No es fácil, pero no imposible, que nos permitan un instrumento eficaz fue la entrevista clínica, con resultados una investigación cualitativa de los pensamientos presentados por los pacientes adolescentes tanto antes como después de la intervención. Las palabras empleadas por los adolescentes a lo largo de la entrevista, para describir sus pensamientos ansiosos fueron más representativas. Contestaron de la misma manera una y otra vez a la misma pregunta hecha de diferentes formas. Cada palabra fue explicada, ejemplificada y experienciada por los adolescentes. Nos aseguramos de haber entendido bien el significado que cada paciente le dio a cada término dado por el paciente.

Algunos adolescentes en la primera entrevista tuvieron dificultad en el uso de términos, a ellos se les preguntó una y otra vez a qué se refería y se les pedía dar un ejemplo de lo descrito.

✓ **Resultado del post-test (después del tratamiento).**

Nuestro objetivo es modificar las conductas ansiosas presentadas por los jóvenes referentes a odontología, tratando de disminuirlas. Nuestro primer paso consistió en identificar sobre qué conductas se debía trabajar, las cuales se reflejan en el cuadro y más adelante detallaremos la frecuencia de estas conductas antes del tratamiento y los cambios ocurridos después del tratamiento.

Cuadro N° 6:

Resultados del post-test de la conducta ansiosa

No.	Conductas ansiosas
1	Evitar situaciones
2	Nerviosismo
3	Miedo
4	Palpitaciones
5	Temor a la sangre.

Las conductas indicadas se seleccionaron en base a la entrevista clínica y con las doctoras en la ULAPS de Capira del departamento de Odontología.

✓ **Resultado Estadístico de los datos y prueba de hipótesis.**

Para el análisis estadístico de la investigación, se aplicó una primera evaluación o “pretest”, en el cual se obtuvieron los niveles de ansiedad que manejan los adolescentes previos al programa terapéutico.

Luego de calificar y obtener los resultados del pretest, se aplicó el Programa terapéutico para disminuir la ansiedad dental. Se basó en 12 sesiones. En la sesión 1 se trabajó la ansiedad y el miedo. En la sesión 2, los pensamientos automáticos, irracionales y distorsionados. En la sesión 3, trabajamos los esquemas cognitivos. En la sesión 4, se trabajó las técnicas de relajación. En la sesión 5, la exposición en imagen. En la sesión 6, se aprendieron las técnicas para disminuir los síntomas de la ansiedad junto con las técnicas de relajación y respiración. En la sesión 7, 8, 9, 10 y 11, abordamos la desensibilización sistemática en orden de jerarquía desde el de menor a mayor. En la sesión 12 se hizo una retroalimentación con técnicas de recaídas y ejercicios guiados.

Durante la aplicación del programa terapéutico se pudo observar que los adolescentes presentan esquemas cognitivos distorsionados en cuanto a los tratamientos dentales, siendo esta una consecuencia de los niveles de ansiedad dental. Luego de la aplicación de los talleres, se realizó una segunda evaluación o “pos-test”, con la que se verificó la efectividad del programa terapéutico.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos, en las aplicaciones de pretest y post-test, del programa terapéutico, por medio del Inventario de Ansiedad de Beck, aplicado a los 5 pacientes de la muestra de ambos sexos en edades comprendidas entre 13 a 17 años, para medir el nivel de ansiedad antes y después de la implementación del” Programa terapéutico de reducción de ansiedad”.

✓ **Resultado del pre-test y pos-test en gráficas y estadísticas.**

Cuadro N° 7:

Resultado en % del pretest muestra completa

RANGO	PUNTUACIÓN	CASOS	PORCENTAJES
Mínimo	0-7	0	0%
Leve	8-15	2	40%
Moderada	16-25	2	40%
Grave	26-63	1	20%
Total	Total	5	100%

Hernández, C. 2018.

Nota: Según los datos presentados en el cuadro N° 6, se puede observar que al realizar el pre-test, el 20% de la muestra presentaba un nivel de síntomas de ansiedad mínima, un 40% fue presentado por un nivel de síntomas de ansiedad leve, el 40% de la muestra presenta un nivel de síntomas de ansiedad moderado y un 20% presenta un nivel de síntomas de ansiedad grave. Lo que nos muestra que estos pacientes presentan niveles de síntomas altos de ansiedad dental.

Cuadro N° 8:

Resultado en % del pos-test muestra completa

RANGO	PUNTUACIÓN	CASOS	PORCENTAJES
Mínimo	0-7	4	80%
Leve	8-15	1	20%
Moderada	16-25	0	0%
Grave	26-63	0	0%
Total	Total	5	100%

Hernández, C. 2018

Nota: Según los datos presentados en el cuadro N° 7, de resultados de la aplicación del Pos-test, se puede observar que luego de la aplicación del Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual diseñado para disminuir los síntomas de ansiedad dental, un 80% presento un nivel mínimo de síntomas de ansiedad y un 20% se mostro con un nivel de síntomas de ansiedad leve, los niveles de síntomas de ansiedad moderado y grave se encontraron con el 0% de ansiedad dental. Lo que significa que el Programa Terapéutico ayudó a disminuir los síntomas de ansiedad dental.

Cuadro N ° 9:

Comparación de los resultados entre el pretest y el pos-test del BAI.

Pacientes	Puntuaciones del Pretest	Puntuaciones del Pos-test
1	8	4
2	10	5
3	18	6
4	21	7
5	43	12

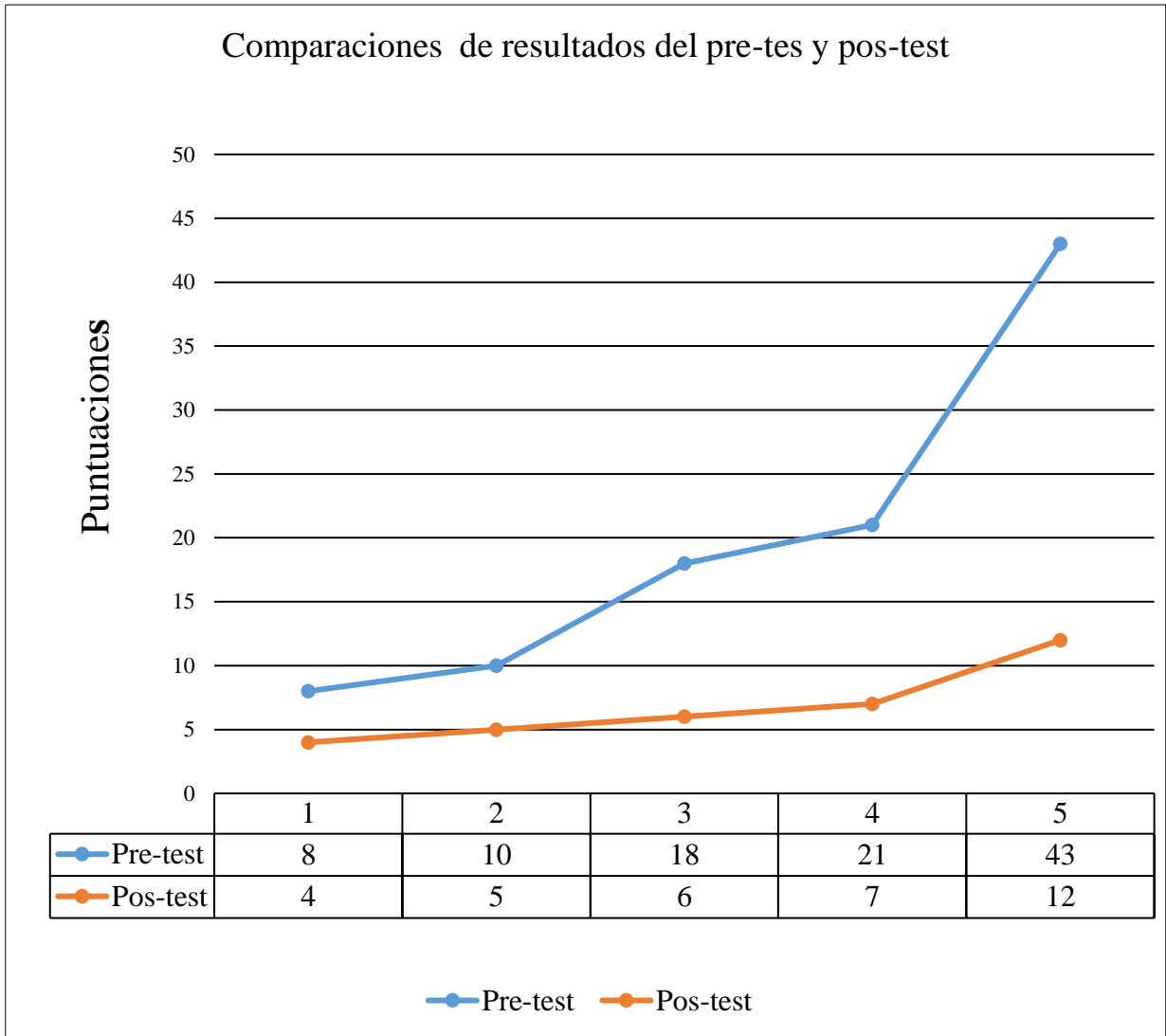
Hernández, C. 2018

Nota: en el presente cuadro se observa el resultado del pretest antes de aplicar el programa terapéutico cognitivo-conductual a los pacientes de la muestra y el posttest luego de haber recibido el programa de intervención basado en el enfoque cognitivo-conductual.

Se obtuvo una disminución de los síntomas de ansiedad dental. Demostrado en el cuadro anterior, por lo que estos datos se someterán a análisis estadísticos de la “t de student”.

Gráfica N° 1

Comparación de resultados pretest y pos-test del BAI.



Hernández, C. 2018

Nota: Al observar la gráfica podemos comparar que las puntuaciones de los pacientes en el pos-test son significativamente diferentes a las del pre-test. Existe una disminución en la variable ansiedad de todos los pacientes que participaron en el Programa Terapéutico Cognitivo -Conductual.

Como valor agregado al estudio, se hará ahora una comparación de los datos recabados del pre-test y pos-test, entre los pacientes masculinos y femeninos de la muestra.

Cuadro N° 10:

Resultado en % por género de la evaluación pretest y pos-test.

Pacientes	Mínimo		Leve		Moderado		Grave	
	PORCENTAJE	CASOS	PORCENTAJE	CASO	PORCENTAJE	CASO	PORCENTAJE	CASO
Femenino	0%	0	20%	1	20%	1	20%	1
Masculino	0%	0	20%	1	20%	1	0%	0

Hernández, C. 2018

Nota: En la gráfica anterior, se presentan los datos obtenidos en el pre-test de los pacientes del género masculino y femeninas, en esta gráfica se evidencia que los pacientes masculinos obtuvieron un 0% en el nivel mínimo de los síntomas de ansiedad dental, al igual que las pacientes femeninas un 0% de los síntomas de ansiedad dental, en los niveles leve de ansiedad dental las pacientes femeninas obtuvieron un 20% de los síntomas de ansiedad dental y los pacientes masculinos un 20% también, los pacientes masculinos y femeninas mostraron un 20% cada uno en los niveles moderados de los síntomas de ansiedad dental y solo un 20% del género femenino mostró niveles grave de los síntomas de ansiedad. Las pacientes femeninas mostraron niveles más altos que los pacientes masculinos.

Cuadro N° 11:

Comparación en % de los resultados por género del pos-test.

Pacientes	Mínimo		Leve		Moderado		Grave	
	PORCENTAJE	CASOS	PORCENTAJE	CASO	PORCENTAJE	CASO	PORCENTAJE	CASO
Femenino	40%	2	20%	1	0%	0	0%	0
Masculino	40%	2	0%	0	0%	0	0%	0

Hernández, C. 2018

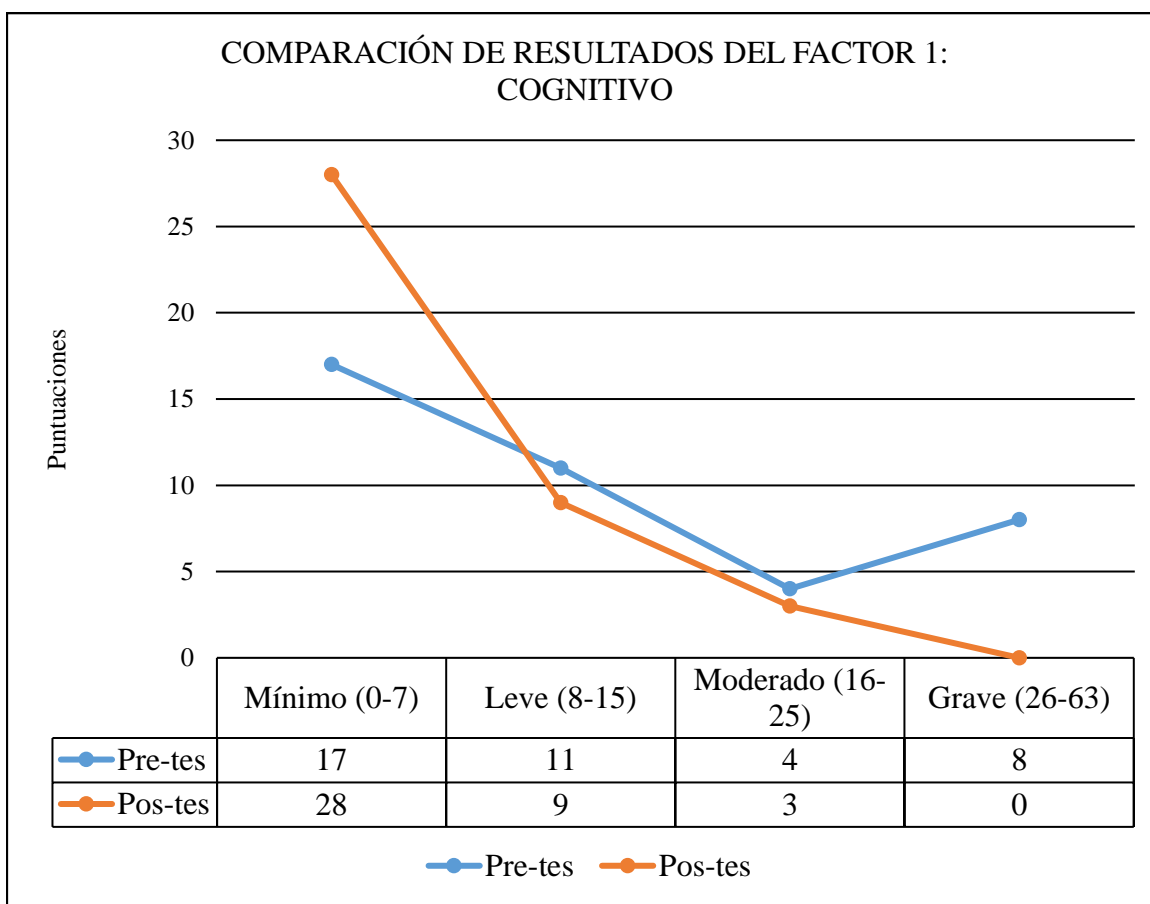
Nota: En la gráfica anterior se presentan los resultados obtenidos en el pos-test, del Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual, de los pacientes masculinos y femeninas, en esta gráfica se evidencia que el 40% de los pacientes masculinos lograron disminuir sus síntomas de ansiedad dental después de haber recibido el programa terapéutico Cognitivo-Conductual, mientras que las pacientes femeninas lograron disminuir su sintomatología a un 40%, solo un 20% disminuyó a leve demostrando que el Programa Terapéutico es efectivo para disminuir los síntomas de ansiedad dental, quedando como evidencia que los pacientes con mayor prevalencia de ansiedad dental fueron las pacientes femeninas.

Análisis Estadístico de datos por factores del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

FACTOR 1: COGNITIVO

Gráfica N° 2:

Comparación de resultados del pre-test y pos-test del factor 1: cognitivo del BAI.



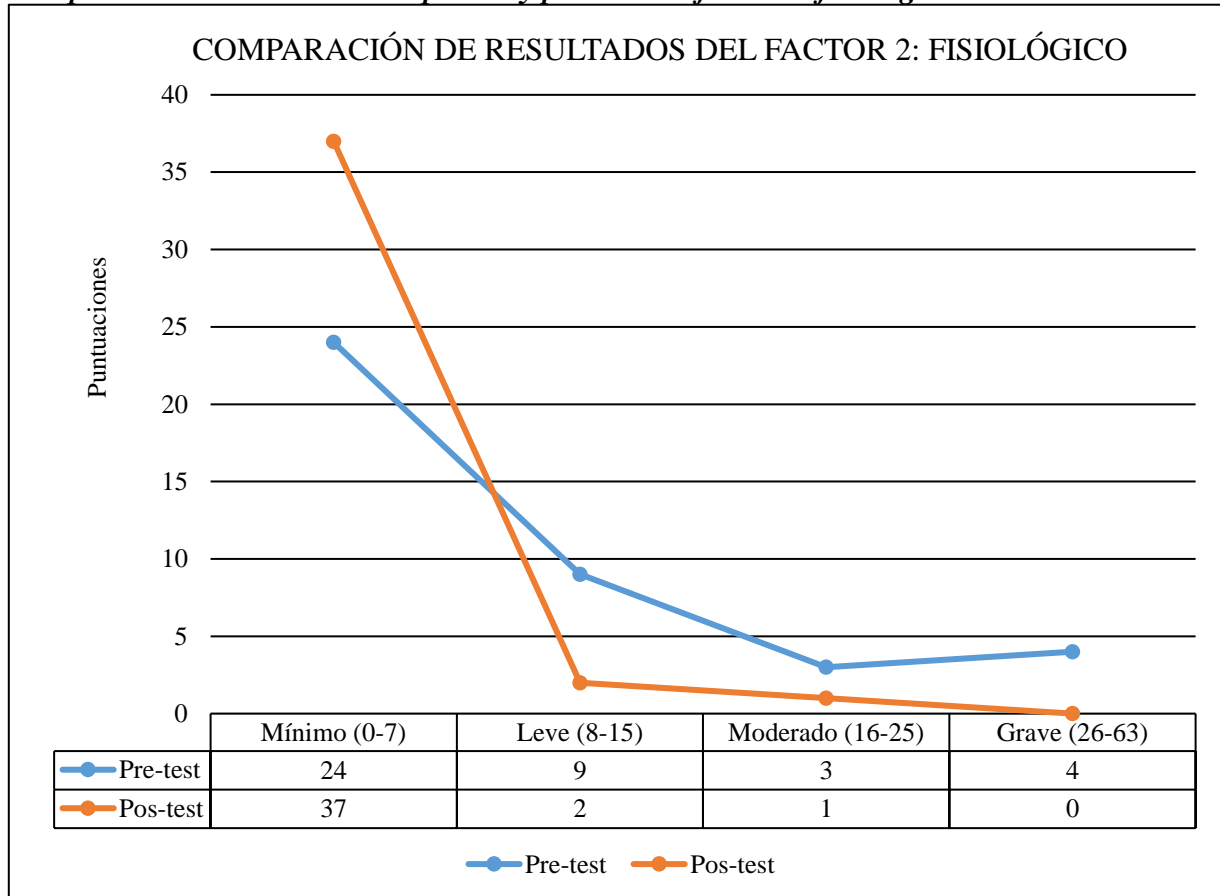
Hernández. C 2018.

Nota: En la gráfica número # 2, se puede observar los resultados de los niveles de ansiedad dental encontrados en el factor 1: cognitivo del pre-test y pos-test. En el pre-test se obtuvo una puntuación de 17 puntos para el nivel mínimo, 11 puntos en el nivel leve, unos 4 puntos para el nivel moderado y 8 puntos para el nivel grave. En el pos-test el nivel mínimo fue de 28 puntos, el nivel leve fue de 9 puntos, el nivel moderado fue de 3 puntos y el nivel grave se redujo a 0 puntos, así comprobamos que las puntuaciones del pos-test son significativamente diferentes a las obtenidas en el pre-test, existiendo una disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes.

FACTOR 2: FISIOLÓGICO

GRÁFICA N° 3

Comparación de resultados del pre-test y pos-test del factor 2: fisiológico del BAI



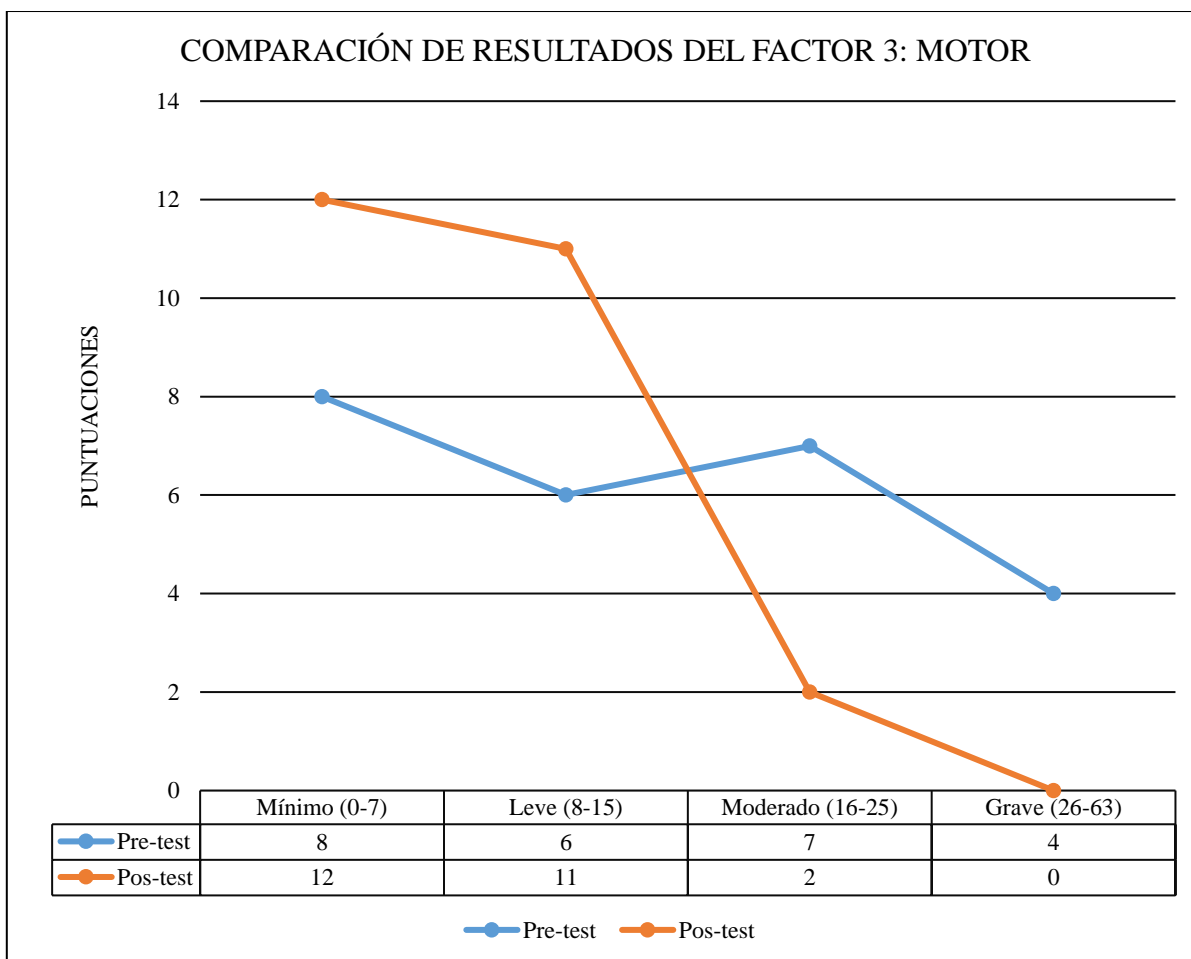
Hernández, C. 2018.

Nota: En la siguiente gráfica # 4, encontramos los resultados del factor 2: fisiológico del pre-test y pos-test donde podemos observar que en el pre-test se obtuvieron los siguientes puntos: en el nivel mínimo un 24, 9 puntos en el nivel leve, en el nivel moderado 3 puntos y en el nivel grave 4 puntos, mientras que en el pos-test, el nivel mínimo fue de 37 puntos, en el nivel leve fue de 2 puntos, en el moderado 1 punto y en el nivel grave 0 puntos quedando demostrado que en el pos-test las puntuaciones disminuyeron significativamente con relación al pretest.

FACTOR: 3 MOTOR O CONDUCTUAL.

GRÁFICA N° 4

Comparación de resultados del pre-test y pos-test del factor 3: motor del BAI



Hernández, C. 2018.

Nota: En la gráfica # 5 del factor 3: Conductual o motor del BAI, podemos observar los resultados obtenidos en el pre-test y pos-test. En el pre-test se obtuvieron los siguientes puntos: en el nivel mínimo 8 puntos, en el nivel leve 6 puntos, en el nivel moderado 7 puntos y en el nivel grave 4 puntos, mientras que en el pos-test, el nivel mínimo fue de 12 puntos, el nivel leve fue de 11 puntos, el moderado 2 punto y el nivel grave 0 puntos quedando demostrado que en el pos-test las puntuaciones disminuyeron significativamente comparado al pre-test.

3.2 Discusión de resultados

✓ Análisis e hipótesis Estadística

Para la distribución de los datos muestral se utilizó la “t de student”, la cual tiene una tabla asociada con las probabilidades para uno de los valores establecidos “t”.

Por medio de este estadístico, se pudo realizar la prueba de “t de student” (Hi y Ho) para dos muestras correlacionadas y así determinar si existe diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones.

Prueba de Hipótesis entre el pretest y el postest de la muestra.

Cuadro # 12

Resultados del pretest y postest para una cola.

Pacientes	Pretest	Postest	Resultados
1	8	4	4
2	10	5	5
3	18	6	12
4	21	7	14
5	43	12	31

Regla de decisión:

Rechazar Ho si “t” es > a 2.13

1 cola, ∞ 0,05

Se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), para ambas aplicaciones antes y después del programa terapéutico lo que valido su fiabilidad y validez.

Así mismo, se puede evidenciar con ello, que sí disminuyeron los síntomas de ansiedad luego de participar en el programa terapéutico cognitivo-conductual para disminuir los síntomas de ansiedad dental.

Obteniendo los siguientes resultados:

Cuadro N° 13

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	<i>Pre-test 1</i>	<i>Pos-test 2</i>
Media	20.0000	6.8000
Varianza	194.5000	9.7000
Observaciones	5.0000	5
Coefficiente de correlación de Pearson	0.9957	
Diferencia hipotética de las medias	0.0000	
Grados de libertad	4.0000	
Estadístico t	2.7206	
P(T<=t) una cola	0.0265	
Valor crítico de t (una cola)	2.1318	
P(T<=t) dos colas	0.0530	
Valor crítico de t (dos colas)	2.7764	

Hernández, C. 2018.

Nota: El valor calculado obtenido del estadístico “t” fue de (2.72) para la muestra, se comparó con los valores críticos de la distribución t, observando una probabilidad de 0.05 donde el “estadístico “t” de la muestra es mayor a 0.05 de la “t” de distribución disminuyendo los síntomas de ansiedad dental, puntuaciones obtenidas en el post-test.

Conclusión: Debido a que t. es de 2.72, con grados de libertad 4.00 tiene un valor de probabilidad mayor que 0.05, entonces se acepta la H_1 : los pacientes jóvenes de 13 a 17 años de la ULAPS de Capira, disminuyeron significativamente los síntomas de ansiedad dental después de participar en un programa terapéutico cognitivo-conductual y se rechaza la H_0 , lo cual significa que hay una disminución significativa de los síntomas de ansiedad en la muestra de 5 adolescentes que asistieron al programa terapéutico cognitivo -conductual en la Ulaps de Capira.

Interpretación: Los síntomas de ansiedad en adolescentes de 13 a 17 años después de participar en el “Programa terapéutico cognitivo-conductual” para disminuir los síntomas de ansiedad, disminuyeron, debido a que siguieron los consejos, las prácticas, tareas y técnicas aplicadas en sesión, demostrando la efectividad del programa terapéutico para disminuir los síntomas de ansiedad dental, con lo cual se da por comprobada la hipótesis planteada.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- El Inventario de Ansiedad de Beck ha resultado en la muestra de este estudio fiable y válida, con una consistencia satisfactoria.
- La prevalencia de ansiedad dental en la muestra de estudio de esta investigación ha resultado ser mínima 0-7 respectivamente.
- La prevalencia de ansiedad dental muy alta disminuyó considerablemente al someter a los pacientes al programa terapéutico.
- El nivel de ansiedad obtenido en los 5 pacientes jóvenes que formaron parte de esta investigación en la ULAPS de Capira en Panamá Oeste presentó síntomas de ansiedad con rangos leves, moderados y graves, en la prueba del pretest mostrando de esta forma que presentan un nivel de ansiedad elevado.
- La mayoría de las pacientes refirieron haber tenido experiencias previas y malas con el odontólogo.
- El 100% de los pacientes asistieron a las sesiones terapéuticas, durante las 12 sesiones.
- El 80% de los pacientes obtuvieron un rango mínimo después de haber recibido el programa terapéutico Cognitivo-Conductual, sólo un 20% obtuvo un rango de ansiedad leve.
- No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la relación del nivel de ansiedad con las variables sexo y edad.

4.2 Recomendaciones

- Tomar en cuenta los factores externos que estimulan y pueden afectar el nivel de ansiedad de los pacientes.
- Hacer uso de otras pruebas psicométricas para la medición del nivel de ansiedad de pacientes en un ambiente odontológico.
- Realizar una investigación para determinar si el nivel de ansiedad del operador modifica el nivel de ansiedad del paciente.
- Crear diferentes ámbitos en sala de espera, con diferentes factores de relajación y observar si existe modificación en los niveles de ansiedad.

Bibliografía

- Aguado, H.; Silverman, R. y Manrique, E. (2007). *Las asignaciones para la casa en Terapia Cognitivo-Conductual: Fundamentos conceptuales y lineamiento prácticas*. Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán VIII (1), 70-82.
- Alfaro, L., Ramos, K., Redondo, A., Rangel, T. y González, F. (2014). *Intervención para disminuir el miedo y la ansiedad dental en niños de 5 a 9 años*. Tesis de en la Universidad de Cartagena. Recuperado de <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/2739/3/tesis%20documento%20final.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. (DSM V). España: Editorial Médica Panamericana. <http://elcajondekrusty.com/wp-content/uploads/2016/06/Gu%C3%ADa-criterios-diagn%C3%B3sticos-DSM-V.pdf>
- Baeza, V. (2008). *Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad*. Madrid y Barcelona.
- Baeza, V. (1994): *Afrontamiento espontaneo Contraproducente en Trastornos por Ansiedad*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Barlow, D. y Mark, V. (2001), *Psicología Anormal, un enfoque integral, 2da. Edición*. México. Thomson Learning, Internacional. ISBN 970-686-046-0
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck (Adaptación española de Sanz, J.)*. Madrid: Pearson Educación. Becoña, E.
- Becoña, E., y Oblitas, L. (1997). *Terapia Cognitivo – Conductual: Antecedentes Técnicas*. Revista de Psicología Veritas, (63-68).
- Bobes García, P.-A. Sáiz Martínez., M. P. González García-Portilla y M. Bousño García. (1999). *Trastornos de Ansiedad, Área de Psiquiatría*. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. p 40-41
- Boisier, I. (2008, octubre 12). *Trastorno de ansiedad generalizado*. (pp3). Retrieved from Power point: www.schilesaludmental.cl/ansiedad/Ansiedad.pps

- Bono, R. (2012). *Diseño Cuasiexperimentales y Longitudinales*. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento Facultad de Psicología Universidad de Barcelona. Pp(2)<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20longitudinales.pdf>
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandill, J. (2011). *Terapia Cognitiva con niños y Adolescentes: aportes técnicos*-2da.ed. Buenos Aires. Argentina. Editorial Arkadia. (pp 26, 109-111).
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento-Cognitivo de los trastornos psicológicos: trastornos por ansiedad, sexuales afectivos y psicóticos*. España. Editorial. Siglo XXI de España Editores, S.A. p.p.(3,4,31) Recuperado de: URL (<https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/caballo-2007-manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los--trastornos-psicologicos-vol-1-pdf>).
- Caballo, V. E. (2005). Simon, M. A. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente, trastornos específicos*. España. Pirámide.
- Camerini, Öst. (2008). *Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada*. Buenos Aires, Argentina. Editorial ARGENTINA. Pp. (14)
- Campbell, D. y Stanley J. (1966). *Diseños Experimentales y Cuasi experimentales en la investigación social*. Buenos Aires Argentina. Editorial Amorrortu S.A.
- Caycedo, C., Cortés, O., Gama, R., Rodríguez, H., Colorado, P., Caycedo, M., Barahona, G. y Palencia, R. (2008). *Ansiedad al tratamiento odontológico: Características y diferencias de género*. Suma Psicológica, vol. 15, pp. 259-278 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Colombia. PP. (261). <http://www.google.com>
- Engler, B. (1996). *Teorías de la personalidad*. México. Editorial McGraw-Hill
- Gaytan García, M. (2014). *“Programa Terapéutico de Reducción de Ansiedad ante los exámenes, dirigido a los estudiantes del centro NUFED n°40 de la Aldea de San Lorenzo El Cubo”*. (Tesis de grado). Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Gaytan-Maria.pdf>
- Hernández, S., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5°Ed.Chile: Mc Graw – Hill.

- Hernández, C., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. (Versión electrónica). Recuperado de:
http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod_invest.pdf.
- Hmud, R. y Walsh, L. (2009). *Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo*. Revista De Mínima Intervención En Odontología, 2, 237-245.
- Kasdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ra. Ed.). México: Pearson.
- Kerlinger, Fred. (1998). *Investigación del comportamiento*. Segunda edición. Editorial McGraw Hill de México
- Kimble, G. (1985). *Condicionamiento y aprendizaje*. Editorial Trillas, México. Pp. (40-43).
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conductas*. Editorial Pirámide. ISBN: 9788436822298 Recuperado:
<https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/labrador-tc3a9cnicas-de-modificacion-de-conducta.pdf>
- Lima, M., Guerrier, L., y Toledo, A. (2008). *Técnicas de relajación en pacientes con ansiedad al tratamiento estomatológico*. Humanidades Médicas, p.p. (2-7) Recuperado en 06 de mayo de 2018, por la revista Scielo de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202008000200004
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V (2014). Madrid. Ed El sevier Mansson (pp759-764). <http://www.psicoaragon.es/wp-content/uploads/2017/06/DSM-5.pdf>
- Martínez, S., Sáiz, P., y García-Portilla, M. (2008). *Trastornos de ansiedad en atención primaria. Área de Psiquiatría*. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Oviedo. Asturias. España. (pp 9).
Recuperado de http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/9/00090014_LR.pdf
- Mercado, L. (2,010). *Aprendizaje por observación según Albert Bandura*. Como requisito parcial del curso: TEDU220. Recuperado de <http://slideplayer.es/slide/1031999/>

- Ministerio de Salud y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid. España. Editorial Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías. (pp21). Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- MINSA (2015). *Análisis de situación de salud y tendencias de salud*. Panamá. Pp 289.
- Noemí Guillamón (2006). *Clínica de la ansiedad*. Psicólogos y Psiquiatras. Barcelona y Madrid.
- Nue, V., Mazzotti, G., Villaran, C. y Cáceres, D. (2001) *Prevalencia y Correlaciones de Trastornos de ansiedad generalizada: Depresivo Mayor y de Pánico en pacientes asmáticos adultos según grado de severidad*. Revista de Neuro – Psiquiatría, 64(1).
- Olivares, J. y Méndez, F. (1999). *Técnicas de modificación de Conductas*. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.
- Oviedo, N.M. (2017). *La Desensibilización Sistemática y su aplicación para reducir la ansiedad*. vol.4, n.7. Mexico. Editorial Escuela Superior de Atotonilco de Tula
- Pellón, R. (2013). *Watson, Skinner y algunas disputas dentro del conductismo*. Revista Colombiana de Psicología, 22(2), pp. (20), 389-399. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v22n2/v22n2a12.pdf>
- Pineda, R. (2015). *Nivel de Ansiedad en pacientes adultos que se encuentran en la sala de espera de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos Guatemala*. Tesis de cirujano dentista publicada, Universidad de San Carlos, Guatemala.
- Ríos, M., Herrera, A. y Rojas, G. (2014). Revista Scielo. *Ansiedad dental: evaluaciones y tratamientos*. Av Odontoestomatol vol.30 no.1 Madrid., pág. 30,39-46. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v30n1/original4.pdf>
- Ruiz, S. y Cano, S. (1992). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Pp.184
- Roca, E. (2008). *cómo superar el pánico*. ACDEEDICIONES. pág.194. Recuperado de <http://wwwcop.es/colegiados/pv00520/tecnicas%20ansiedad.pdf>

Sampieri, R. (1996). *Metodología de la Investigación. Mexico*. Editorial McGraw Hill.

Revista Verita (2005). Técnicas. pp (63-68).

Virues, R. (2005). *Estudio sobre la Ansiedad*. Mexico. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>.

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo: _____

Con cédula de identidad personal: _____, con fecha de nacimiento:

Por medio del presente documento, deseo expresar mi consentimiento voluntario para participar en la investigación sobre: la aplicación de la terapia cognitiva-conductual para adolescentes víctimas de Bullying, dirigida por el investigador principal: Priscila J. Hernández C., Psicólogo de profesión con la cédula de identidad personal: 7-701-840, bajo las siguientes condiciones.

1. Entiendo que la investigación tiene el objetivo de aplicar un modelo terapéutico para disminuir las incidencias del bullying en estudiantes de secundaria.
2. Entiendo que es un programa de 12 sesiones y estoy dispuesto a participar.
3. Entiendo que debo participar activamente en las actividades terapéuticas.
4. Entiendo que tendré disponible la información sobre mi progreso terapéutico.
5. Entiendo que los resultados serán utilizados para corroborar la hipótesis de que el modelo terapéutico sea efectivo.
6. Comprendo que mi información personal será confidencial y que los datos sobre los resultados de las evaluaciones que aplicare serán tratados con el cuidado de no divulgar mis datos personales.

Atentamente: _____

Fecha: _____

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ficha N° 1: Autoregistro de peligros

Dia/	Semana 1: Peligro que imaginé	Semana 2: Peligro que imaginé	Semana 3: Peligro que imaginé
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			