



24/ 683

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TEMAS DE PSICOLOGIA APLICADOS A LA
ODONTOLOGIA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
SUSANA PEREZ LINARES

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

T E M A R I O

PROLOGO

INTRODUCCION

1. RELACION PACIENTE - DENTISTA

1.1 Generalidades

1.2 Importancia de la Comunicación
Paciente-Dentista en el trata-
miento odontológico.

1.3 Factores que Influyen en la Co-
municación entre Paciente-Dentista

1.3.1 Ritmo

1.3.2 Distancia

1.3.3 Ambiente

1.3.4 Tiempo

1.3.5 Vestimenta

1.4 Psicología Aplicada al Decorado del
Consultorio

1.4.1 Sala de Espera

1.4.2 Color en el Decorado

1.4.3 Iluminación

1.4.4 Sonidos Molestos

1.4.5 Música

1.4.6 Diplomas

1.4.7 Limpieza del Consultorio

1.4.8 Empleo de la Comunicación para
Nuevas Perspectivas en la Atención
Dental

2. *CONSIDERACIONES BASICAS EN LA PRESENTACION DEL TRATAMIENTO*
 - 2.1 *Problemas más Frecuentes en la Aceptación del Tratamiento*
 - 2.1.1 *Dolor*
 - 2.1.2 *Honorarios*
 - 2.1.3 *Desconfianza del Servicio*
 - 2.1.4 *Alteración del Aspecto Facial*
 - 2.1.5 *Ideas Erróneas Acerca de la Odontología*
 - 2.1.6 *Alteraciones del Lenguaje*
 - 2.2 *Visita del Paciente por Primera Vez a Nuestro Consultorio*
 - 2.2.1 *Obtención de Datos o Historia Clínica*
 - 2.2.2 *Lo Principal de la Anamnesis*

3. *ANGUSTIA*
 - 3.1 *Concepto de Angustia*
 - 3.2 *Tipos de Angustia*
 - 3.3 *Fuentes de Angustia*
 - 3.3.1 *Soledad*
 - 3.3.2 *Verguenza*
 - 3.3.3 *Culpabilidad*
 - 3.4 *Mecanismos de Defensa ante el Sentimiento de Angustia*
 - 3.4.1 *Represión*
 - 3.4.2 *Proyección*

- 3.4.3 *Regresión*
- 3.4.4 *Racionalización*
- 3.4.5 *Sobrecompensación*
- 3.4.6 *Agresión*
- 3.4.7 *Sublimación*
- 3.4.8 *Identificación*
- 3.4.9 *Fantasma*
- 3.5. *Modos de Conducta Anormales*
- 3.5.1 *Reacciones Psicofisiológicas*
- 3.5.2 *Trastornos Psiconeuróticos*
- 3.5.3 *Conducta Psicótica*
- 3.6 *Angustia y Dolor*
- 3.7 *Ansiedad y Mutilación Corporal*
- 3.8 *Angustia y Pérdida de una parte del cuerpo*

- 4. *STRESS*
- 4.1 *Definiciones*
- 4.2 *Psicología del Stress*
- 4.2.1 *Sistema Nervioso Simpático*
- 4.2.2 *Sistema Nervioso Parasimpático*
- 4.2.3 *Efectos de la Estimulación Simpática y Parasimpática.*
- 4.2.4 *Función de la Médula Suprarrenal*
- 4.2.5 *Sintomatología del Stress*
- 4.3 *Psicofisiología del Stress*
- 4.3.1 *Sistema Endócrino*
- 4.3.2 *Obesidad*
- 4.3.3 *Diabetes Mellitus*

- 4.3.4 *Hipertiroidismo*
- 4.3.5 *Trastornos Ginecológicos en el Estado de de Stress*
- 4.3.7 *Reumatismo Psicógeno*
- 4.3.8 *Artritis Reumatoide*
- 4.3.9 *Alteraciones de la Piel*
- 4.3.10 *Urticaria*
- 4.3.11 *Padecimientos del Aparato Cardiovascular*
- 4.3.12 *Astenia Circulatoria o Síndrome de Esfuerzo*
- 4.3.13 *Síncope*
- 4.3.14 *Hipertensión*
- 4.3.15 *Jaqueca*
- 4.3.16 *Padecimiento del Aparato Respiratorio*
- 4.3.17 *Asma*
- 4.3.28 *Catarro Común*
- 4.3.19 *Padecimientos del Aparato Digestivo*
- 4.3.20 *Úlcera Péptica*
- 4.4 *Manifestaciones Bucales del Stress*
 - 4.4.1 *Bruxismo*
 - 4.4.2 *Bruxismo Excéntrico*
 - 4.4.3 *Bruxismo Céntrico*
- 4.5 *Manifestaciones del Stress en las diversas etapas cronológicas*
 - 4.5.1 *Infancia y Desarrollo Temprano*
 - 4.5.2 *Niño Sociable*

- 4.5.3 *Hiperactivo o hiperquinético*
- 4.5.4 *Niño angustiado y Retraído*
- 4.5.5 *Otras conductas*
- 4.5.6 *El Adolescente*
- 4.5.7 *El Adulto*
- 4.5.8 *Senectud*
- 4.6 *Técnicas para Disminuir el Estado de Stress*
- 4.6.1 *Tranquilización*
- 4.6.2 *Estructuración*
- 4.6.3 *Reflexión de Sentimientos*
- Conclusiones*
- Bibliografía*

PROLOGO

La formación con enfoque teórico y el desarrollo progresivo de la Odontología entre - otras causas, han hecho necesaria la creación de un concepto nuevo y completo de la misma, abarcando aspectos más importantes - que los meramente económicos, matiz desfavorable del concepto antiguo.

El Cirujano Dentista actual, es un profesionalista de la salud cuyo servicio es importante e imprescindible en la sociedad; es por tanto que él debe tener conciencia de sus alcances, atendiendo a todos y cada uno de los aspectos que pudieran influir, en un diagnóstico acertado, cuyo objetivo principal - será un óptimo desempeño de su labor.

INTRODUCCION

Los avances y conocimientos técnicos y científicos - en la odontología, son cada vez mayores y estos ofrecen así nuevas alternativas para un mejor desempeño de la - profesión. Importante es conocer teorías, técnicas, patologías y tratamientos, así como vital es considerar al paciente de una manera integral, funcional y pensante. Por tanto, será necesario tenerlo no como un patrón fisiológico simplemente, sino además, como un ser cuya -- conducta y comportamiento es producto del medio que le rodea y en el cual se desenvuelve.

En diversas ocasiones estamos convencidos de que la relación que se tiene con el paciente es estrecha, y en realidad ignoramos todo acerca de sus temores, angustias y cuestionamientos, que son indudablemente, factores -- tangibles en él durante la práctica diaria en el consultorio.

Si bien es cierto que poseemos una cierta "intuición" para captar distintos tipos de personalidades, no nos -- conformemos con esta simple idea y comencemos a prepararnos mejor en estos aspectos citados, en donde obtendremos sin duda alguna éxitos mayores en nuestro ejercicio.

La necesidad de conocer temas de psicología aplicada a la odontología, surge al tratar pacientes que presentan diversas conductas y actividades que al detectarlas, nos permitirán tener una explicación adecuada a ellas, un tratamiento dental certero y además una mejor cooperación -- por parte del mismo paciente.

La psicología interviene en la profesión odontológica, no como parte ajena sino como una disciplina identificable y complementaria a los fines que perseguimos.

La psicología médica, se ha visto limitada en su conocimiento y posterior aplicación por la misma especialización odontológica, debido a la mayor atención que se imparte a un determinado órgano, lo cual conlleva a una abstracción del mismo, del resto del organismo. Esto puede traer como consecuencia limitaciones en el tratamiento, ya que -- cuando se presentan manifestaciones meramente psíquicas, -- el manejo de la persona es inadecuado por desconocer el verdadero origen del padecimiento.

El propósito de contemplar conceptos psicológicos en -- la práctica diaria, obedece a una necesidad cuyo principio básico es el hombre como unidad indivisible biológica, psicológica y social.

Con lo anterior, no se pretende hacer de un cirujano -- dentista un psicólogo ni mucho menos, pero sí que éste conozca algunos principios básicos aplicables en el trato directo con pacientes.

La práctica que he adquirido hasta ahora con pacientes cuyo patrón de comportamiento varía, me ha dado pauta para la realización de este trabajo, que pretende provocar la idea de un mayor conocimiento de la conducta de las personas aunado a un dominio mejor de técnicas y conceptos teóricos de la profesión para brindar sin duda alguna, un servicio odontológico más humano.

1. RELACION PACIENTE - DENTISTA

1.1 Generalidades

Es preciso recordar, que casi todos los pacientes - no acuden a un consultorio dental por su propio gusto, y es por lo tanto difícil cambiar la idea de que la asistencia buco-dental es una situación desagradable para él. Por tal motivo, es que debemos de disminuir al máximo -- sus ansiedades y el consiguiente esclarecimiento de sus - expectativas. De éstas últimas probablemente la más grave sea el temor.

El paciente inicia la relación paciente-dentista, antes de que se tenga un verdadero contacto profesional entre ambos ya sea por recomendaciones de terceras personas, comentarios familiares o experiencias anteriores -- principalmente. En este inicio de la relación ciudadã, existe en la mayoría de los casos, el mito de que el sufrimiento es parte consustancial en la visita al dentista. +/

La primera cita o entrevista con el paciente es de suma importancia, y es en donde los aspectos personales - del profesional tales como expresión facial, presentación, pulcritud, paciencia y seguridad del mismo, así como ciertas condiciones ambientales, determinarán un inicio positivo o negativo de la relación mencionada.

Para el paciente existe la libertad de elegir --

+/ De la Fuente Muñiz, Ramón. "Psicología Médica". Méx. 1978

al profesional de su preferencia y esta elección dependerá de los factores de su personalidad. Es decir: "Los rasgos de autoridad en el médico presentarán un atractivo para los individuos sumisos; la sensibilidad de otros se verá reconfortada con una actitud cálida y paciente; sujetos obsesivos y puntillosos sentirán preferencia por individuos con carácter perfeccionista, -- entre otros."

Con esta idea en mente, se exponen y amplían a continuación algunos de los factores que contribuyen a una mejor interrelación personal.

1.2 Importancia de la Comunicación Paciente-Dentista en el tratamiento odontológico.

Un ingrediente básico en la relación paciente-dentista es sin duda la COMUNICACION. Es importante saber que los medios comunicativos que utilizemos para llegar a una mejor relación, no solo constituyen un recurso -- social, sino que tienen un valor terapéutico.

Poco se ha informado acerca del trato que podemos llevar con nuestro paciente haciendo uso de una buena - comunicación, no obstante que ésta podría dar la pauta - para conocer los problemas dentales que éste tenga y los mejores medios para resolverlos. El dentista por tanto, deberá aprender a comunicarse con sus pacientes con diálogo fluido y lenguaje común, para tratar de llegar a los problemas físicos y afectivos, y a la comprensión de los factores socioculturales en los que dicha persona se desarrolla. El individuo de escasa cultura frecuentemente

se siente agredido con un lenguaje demasiado científico, y similarmente sucede con una persona de nivel cultural alto, con quien se emplea un lenguaje informal. ++

En algunas ocasiones, a las personas se les hace difícil reconocer al dentista como un médico encargado del órgano bucal, esto es un obstáculo que pudiera propiciar una actitud reacia por parte del paciente al momento de tener que obtener datos adicionales acerca de la salud física y emocional del mismo. Este obstáculo será vencido en cuanto se demuestre un interés real por la salud y situación emocional del paciente.+++

Una relación carente de confianza y comunicación entre paciente y dentista, dará como resultado un tratamiento poco satisfactorio.

Tal es el caso en que el sexo era una limitante -- que se ha transformado en estos últimos años. De hecho, no hace mucho, la atención dental impartida por mujeres era menospreciada y a veces objeto de desconfianza.

++Comunicación No Verbal en Práctica Odontológica, Mex. 1980

+++Hollander, N. Lloyd. Práctica Dental Moderna. España 1988

1.3 Factores que Influyen en la Comunicación entre Paciente-Dentista.

La comunicación no es un método o forma de expresión que se limita a hablar y escuchar, abarca mucho más que eso, incluye también gestos, ambientes, actitudes, etc.

A continuación se mencionan algunos factores que son sin duda alguna, modos de comunicación, que influirán en la relación con nuestros pacientes.

1.3.1 Ritmo

Hay profesionistas nerviosos e hiperactivos, de la misma manera que los hay excesivamente estáticos. Por lo general una actitud animada y vivaz es la que produce -- reacciones positivas. Un odontólogo cuya conversación sea excesiva y efectuada mucho antes de empezar a operar en la boca, causará aumento de la tensión nerviosa y propiciará por tanto la dificultad del tratamiento.

Una tranquilidad en el ritmo personal, transmitirá a los pacientes calma, sin necesidad de explicaciones a veces no requeridas. ++

1.3.2 Distancia

El acercamiento produce aún mas tensión, por lo que hay cierto rechazo por parte del paciente al percibir gestos de confusión, gravedad, resignación, etc. Tomando -- esto en consideración es bueno recordar que para transmitir tranquilidad debemos evitar dar pormenores del caso -

++ Ibid, Comunicación No Verbal.

próximo en su cara y esperar mejor un momento y ambiente más adecuado.

Si bien el sillón dental pone al paciente en la posición más cómoda posible para recibir un tratamiento, coloca a éste en situación inferior para conversar, ya que el simple hecho de que el dentista haga indicaciones y observaciones de pie, pone a este a una mayor altura e incrementa su posición de autoridad y predominio ante el paciente. ++

Este aspecto es usualmente descuidado por el odontólogo. Como el trabajo lo obliga a colocarse muy cerca de su paciente, suele considerarlo como algo natural. Pero es seguro que si no tiene en mente este factor, el paciente no recibirá las instrucciones de buen grado y por lo tanto no se va a desarrollar una relación armónica con el dentista.

1.3.3 Ambiente

Las explicaciones al paciente acerca de lo que se refiere a su boca y tratamiento será conveniente participarlas en un lugar fuera de la posibilidad de interrupciones tales como llamadas telefónicas o personales, de tal manera que el paciente y el dentista puedan plantear opciones, señalen observaciones y aclarar dudas pertinentes en iguales condiciones. ++

La mayor discreción posible en cuanto a filos, --puntas, aparatos e instrumentos agresivos, constituirá --

++ Ibid, Comunicación No Verbal

una actitud prudente hacia el paciente. ++

Es decir, la exposición al paciente de un caso particular debe de desarrollarse en una atmósfera en la cual éste considere que existe un real interés --- hacia él como persona y no solo como un usuario de los tantos que acuden al consultorio a la solución de sus problemas dentales.

1.3.4. Tiempo

Este factor es fundamental en la relación paciente-dentista, ya que un profesional que conceda su tiempo para que el paciente exprese dudas, ideas y pormenores de sus padecimientos, demostrará un verdadero interés no sólo por los dientes de la persona, sino por toda ella.+

El denotar impaciencia o apresuramiento por parte del odontólogo, resultará negativo. El paciente al estar explicando todo lo que siente, esta convenciéndose a sí mismo del tratamiento que va a recibir en el consultorio. Dentro de los límites razonables, el profesionista debe - dejar un margen de tiempo para dar oportunidad de expresar las inquietudes del paciente.+

1.3.5 Vestimenta

Para algunos pacientes el uso de filipina tiende a subrayar la idea de asepsia mediante el uso de colores puros, de aspecto higienico.++ En contraste, para otros -

+ Holander, N. Lloyd. Odontología Dental Moderna. España 1970

++ Ibid, Comunicación No Verbal

puede producir el uso de uniformes, reacciones fóbicas - en las que se asocia la ansiedad con vestimentas médicas, aunque en realidad no sean peligrosas, sino solo símbolos de experiencias o conflictos pasados.

Es importante tratar de agradar a todos los pacientes, tratando de no usar artículos de vestir que pudieran ser interpretados como una expresión de personalidad débil o estrambótica.+

Con todo lo anterior, lo que se debe entender, es - que el paciente busca en el momento de la consulta aceptación, comprensión, simpatía y ayuda en la disminución de - sus temores, además de un diagnóstico o prescripción adecuados, encontrándose notoria mejoría por parte de ellos - cuando la relación es amistosa y complementaria a sus intereses.++

+ Ibid, Comunicación No Verbal.

++ Cinotti, William. Psicología Aplicada a la Odontología Argentina, 1964.

1.4 *Psicología Aplicada al Decorado del Consultorio.*

William Cinotti, en su libro "Psicología Aplicada en Odontología" recalca como cada detalle del que se rodee el local íntegro del consultorio, será importante -- para la preparación psicológica del paciente.

A continuación, se presenta una serie de factores en los que el autor hace hincapié en dicha obra.

1.4.1 *Sala de Espera*

El propósito de una sala de espera, es que los -- pacientes estén cómodos antes de entrar a su consulta. - Psicológicamente ésta debiera de dar al paciente la sensación de hospitalidad y confort a la vez de alentar su relajación.

Nunca se deberá permitir que un paciente espere - su turno de pie ni por mucho tiempo; esto es desagradable y a la vez descortés, y producirá ideas con efecto - negativo al entrar a su consulta. El paciente mientras espera, debe experimentar calidez y comodidad de la citada sala de espera.

Al elegir los elementos decorativos más apropiados para el consultorio, es conveniente optar por artículos con escenas sobre la naturaleza u hogareñas; obras abstractas ayudarán a una mejor relajación y distracción.

La actitud del paciente ante la sala de espera se verá influida por la limpieza, atractivos visuales, colorido e iluminación. Esta última deberá ser amortiguada y de suficiente intensidad para leer amenamente. Se deberá tratar de tener revistas actualizadas de todo tipo, -- fáciles de hojear y de lectura ágil, con el propósito de distraer la atención al mismo tiempo de evitar el aburrimiento. Para los niños se sugieren historietas cómicas.

La música y la vida vegetal no deben faltar. Una maceta o planta bien ubicada, podría servir para dividir o dar más privacidad entre un espacio y otro.

1.4.2 Color en el Decorado

Los colores pueden relajar o excitar a los pacientes. Se debe tener una atmósfera de relajación en el consultorio, con el objeto de crear este sentimiento a los - pacientes que nos visitan. Los colores de la sala de espera deben denotar calidez y relajación, ésto se logrará con colores moderados, no muy brillantes y chocantes, ni demasiado claros o indiferentes. La pared debe armonizar con los muebles, cortinas y sillones.

Un fenómeno interesante, es que el color puede inducir el sentimiento de temperatura, así el verde o azul denotarán frío, en contraste con colores naranjas, amarillos y cafés, que indican a una persona en una temperatura más cálida. Una tendencia moderna en el decorado de consultorios, es la que trata de evitar toda idea relacionada con clínica de cualquier tipo, empleando papel tapiz - de colores alegres en las paredes.

*El objeto de estos detalles es crear un ambiente -
confortable y de tranquilidad en cada persona que acude -
al consultorio.*

1.4.3 Iluminación.

*La luz natural es la más adecuada, pero como esto
no siempre es posible, el consultorio debe disponer de -
iluminación suficiente para las necesidades, recurriendo
a la luz artificial (de gas neón de preferencia).*

*La luz del consultorio será más intensa que la de
la sala de espera y ésta última que se mencionó anterior-
mente, deberá tener luz de suficiente intensidad para una
lectura ágil y relajación adecuada.*

1.4.4. Sonidos Molestos

*Hay sonidos que son frecuentes en el consultorio y
los cuales deben eliminarse o atenuarse en lo máximo posi-
ble. El silbido de la turbina de alta velocidad se cuenta
entre los sonidos más perturbadores para los pacientes.
Los sonidos de tránsito, motores de combustión interna,
etc., deben ser igualmente eliminados.*

*El medio más eficaz para eliminarlos, es el acondi-
cionamiento que se haga en el consultorio, tales como ven-
tanas contra ruidos, piezas de mano relativamente silencio-
sas o uso de accesorios como micrófonos o audífonos con --
música. Existe la posibilidad de disimular parcialmente -*

los sonidos citados, con música ambiental, la cual se -- discute con mayor detalle en el inciso siguiente.

1.4.5. Música

Para proporcionar un relajamiento deseado en el - paciente, es necesario el empleo de música que pueda lo- grar tal efecto. Deben evitarse ritmos rápidos y cortan- tes. Es mejor optar por música suave que incite a dis- traerse en otras ideas y con una consecuente disminución de tensiones. Lo mejor para una relajación es la música de fondo ligera y discreta.

Estudios científicos realizados por Farnsworth -- en 1958, indican que la música es un auxiliar para la re- laxación o para un fin contrario. De acuerdo con este - autor se afirma que la mayoría de las personas coinciden con la música que tenga por objeto la relajación, por lo que podemos elegir la música que nos produzca un efecto relajante para así producir una sensación parecida en el paciente. Si se observa que el paciente no disfruta con la música en cuestión, será importante que él la seleccio- ne.

Es más eficaz el uso de música sin letra y a volúmen bajo.

1.4.6 Diplomas

Fatos pueden producir un efecto tranquilizante al -

paciente pues implican un interés por parte del odontólogo en su actualización profesional. Los diplomas -- deberán ser exhibidos discretamente y solo los necesarios.

1.4.7 Limpieza del Consultorio

Psicológicamente, los pacientes tienen ideas y - escrúpulos sobre los objetos que se introducen a la boca, por lo que el cuidado de los instrumentos es de importancia en cuanto a su aspecto y esterilización.

El equipo se limpiará al finalizar cada atención (pieza de mano desinfectada con alcohol o benzal, la saliviera estará libre de manchas y residuos, el eyector de saliva esterilizado y el vasito para enjaugue nuevo, eliminando la posibilidad de que el paciente dude de lo que vamos a utilizar en él en su respectivo turno.

La limpieza de los pisos del establecimiento no - deben pasar inadvertida, ya que el paciente lo apreciará, tan pronto entre en el consultorio.

1.5 Empleo de la Comunicación para Nuevas Perspectivas en la Atención Dental.

En una proporción alta de casos, bastará pensar en la palabra "dentista" para que lo primero que se venga a la mente, sea la de una situación de desagrado, angustia e incomodidad. Lo anterior se ha visto reforzado por artículos de ciertas revistas, programas de televisión o también por influencias brindadas por personas adultas, que recibieron tratamientos mal llamados odontológicos en -- tiempos pasados.

2. CONSIDERACIONES BASICAS EN LA PRESENTACION DEL TRATAMIENTO

2.1 Problemas más Frecuentes en la Aceptación del Tratamiento

El hecho de que un paciente rechace o acepte un tratamiento dental, no sólo depende del modo de presentación de su caso, sino de su receptividad. Hollander + reporta que los pacientes rechazan sus tratamientos por diversas razones, principalmente:

- Dolor
- Honorarios
- Desconfianza del servicio
- Alteración del aspecto facial
- Ideas erróneas acerca de la Odontología
- Alteración del lenguaje
- Dificultades afectivas o emotivas respecto a estructuras bucales

El conocimiento de estos puntos ayudará a atender las necesidades tanto físicas como psicológicas de cada paciente.

2.1.1 Dolor

Este factor puede ser el mayor impedimento que se pudiera argumentar por los pacientes, pero éso ya está superado en gran parte debido a la existencia de anal

+ Hollander, N. Lloyd. "Práctica Dental Moderna", España 1969.

gésicos y al uso de anestésicos locales.

El umbral doloroso del paciente es el nivel - efectivo de dolor que primero percibe. Un paciente tenso y ansioso, que espera ser lastimado, experimentará en un grado mucho mayor el mismo estímulo doloroso medido, que un paciente relajado y confiado. La relajación eleva efectivamente el umbral y tolerancia al dolor. El uso adecuado de la sugestión, anestesia y relajación podrá ayudar a la aceptación de una asistencia dental.

Disipados los temores del paciente, acudirá a consulta dental sin necesidad de un tratamiento de urgencia.

Uno de los factores que debemos recordar al abordar al paciente es la franqueza, y es por tanto necesario advertir al mismo lo que va a sentir exactamente y en qué momento, para evitar sorpresas desagradables, incomodidad y desconfianza hacia el dentista.

Un decorado agradable, música tranquila, ocultación de instrumentos, etc., serán algunos de los recursos de los que nos valgamos para disminuir la ansiedad y temres de nuestros pacientes. Hollander +

2.1.2 Honorarios

Es importante hacer notar a los pacientes, que como todo, el servicio dental tiene un costo, pero es igualmente indispensable hacer recalcar que nada se efec-

+ Ibid, Hollander

tuará hasta que él esté totalmente de acuerdo y sepa el importe de su tratamiento.

El temor a los honorarios se enmascara con aumento de la sensibilidad a cualquier intento de intervención a su persona. El costo del tratamiento trae como consecuencia que el paciente sólo busque la atención dental en caso de emergencia.

El odontólogo debe presentar a conciencia el cuadro completo a su paciente sin considerar su capacidad financiera. Esto tiene un doble propósito: instruir al paciente sobre los mejores aspectos de la odontología, y cumplir la obligación del profesional de aconsejar lo que es mejor para él. Hay que hacerle comprender que la boca debe ser atendida para una salud completa y general del organismo. El buscará entonces la manera de afrontar la financiación del tratamiento cuando comprenda cuán importante es éste.

Normalmente los honorarios se mencionarán después de presentar el plan de tratamiento; deben ser expuestos con convicción, sin titubear ya que son la justificación de la capacidad de cada profesionista.

2.1.3 Desconfianza del Servicio

Generalmente se debe a experiencias anteriores. Al iniciar cualquier tratamiento, por tanto, debemos advertir la duración aproximada del trabajo dental terminado

para evitar cualquier tipo de malentendido, dado que el paciente tiene la expectativa de que la incrustación, - puente, amalgama, etc., es para toda la vida, y al no su ceder ésto, surge la desconfianza.

2.1.4 Alteración del Aspecto Facial

El posible cambio de aspecto del paciente, es uno de los impedimentos frecuentes en la práctica dental, sobre todo cuando el tratamiento es para brindar una mejor estética. En el caso de que se vaya a realizar un tratamiento estético, se debe de conocer las ideas que tiene el paciente en cuanto a éste, indicándole que no son posibles cambios radicales. Se evitarán muchas contrariedades discutiendo objetivamente los alcances - del tratamiento.

Los problemas de personalidad vinculados con la estética o el aspecto de los dientes son cada día más importantes. Muchas personas con dientes carentes de atractivo, se ven inhibidos parcialmente en su evolución social, reprimen la sonrisa y en sociedad se relegan por temor a un rechazo por su aspecto. El odontólogo puede motivar al paciente para que acepte los procedimientos necesarios, y así resolver en la medida posible, su problema.

Igualmente se deberán observar y aquilatar todos los sentimientos potenciales del nuevo paciente que puedan obstruir o limitar la aceptación de asistencia dental.

2.1.5 Ideas Erróneas Acerca de la Odontología

Es nuestra obligación eliminar falsas ideas sobre los diferentes tratamientos que se realizan, ya que existen concepciones equivocadas que pudieran interferir al pretender aplicar una terapéutica dental. Esto es apoyado por convicciones personales del paciente y mitos que conducen a conceptos erróneos. Tal es el caso de ciertas personas que aseguran que, desde que recibieron un tratamiento de profilaxis, empezaron a tener problemas de caries, y afirman que la limpieza dental desgastó sus dientes.

Una manera de dar a conocer el verdadero sentido de los diversos tratamientos, es por medio de métodos didácticos, que en forma sencilla, rápida y concisa, muestren el curso, ventajas y desventajas de la terapéutica a seguir.

2.1.6 Alteraciones del Lenguaje

Si bien existieran estas alteraciones después del tratamiento, se tiene que hacer hincapié que son en beneficio del propio paciente, ya que podrán superarse - vicios y defectos en el lenguaje que se tenían anteriormente. La corrección de algún problema de este tipo, será siempre contemplando a una oclusión y estética lo más - correctas posibles.

2.2 Visita del Paciente por Primera Vez a nuestro Consultorio

*Este paso se inicia con la recopilación de datos desde que el paciente concerta una cita para la consulta, pudiéndose detectar en ese momento signos de ansiedad, agitación, miedo, indiferencia, etc. Prestando - auténtico interés por los problemas o deseos de esta persona, se habrá iniciado una comunicación positiva. **

Es imprescindible que el dentista sepa la razón por la cual el paciente se puso en contacto con él, enterándose de su problema para tratar de resolverlo.

En el caso de que la información haya sido obtenida por una recepcionista, ésta deberá presentar los datos al odontólogo antes de que éste vea al paciente, así cuando sea su primera consulta sabrá cómo recibirle.

2.2.1 Obtención de datos o Historia Clínica.

Es muy posible que el nuevo paciente proporcione escasa información sobre él y esto pone en situaciones desagradables a ambas partes.

Por lo anterior, tenemos que valernos de algún método para la anamnesis, de tal manera que se logren recopilar datos rápidos y veraces.

Será importante que las primeras preguntas formuladas se refieran a la causa y naturaleza de su consulta y a la principal molestia si es que la hay; conviene hacér

**Ibid, Hollander*

selas inmediatamente, antes de obtener la mayor parte de la información general, pues así se demuestra un genuino interés personal por la salud y sus problemas. Se podrá crear un ambiente de confianza mediante preguntas tales como: *¿Parece que está usted un poco inquieto ..., podría saber por qué?*, seguida de una expresión de simpatía y confianza.

Se puede manejar mejor la situación, una vez conocida la opinión del paciente para así sostener una conversación sensata entre ambos.*

Muchos pacientes se sienten molestos cuando se les formulan ciertas preguntas enfrente de otras personas, lo cual es natural; esto ocurre sobre todo cuando las preguntas son del tipo íntimo o personal. Esto se puede solucionar, haciendo las preguntas en algún lugar aparte, donde la persona se pueda expresar con franqueza.

Mientras habla el paciente, el dentista podrá hacer observaciones tales como: aspecto general, pulcritud, aspecto de la boca al hablar o sonreír, defectos orales, aspecto físico, etc.

Será muy difícil interrumpir a pacientes cuya conversación sea excesiva y que por lo tanto demoren otras citas, por lo que será mejor separar un tiempo mayor para pacientes que inicien su tratamiento.

El cuestionario que se realice deberá estar en una carpeta con el nombre claramente escrito de la persona,

* Ibid, Hollander

Ésto será una forma de atención individualizada. En los casos que el paciente se niegue definitivamente a responder al interrogatorio, revelará que es una persona no cooperativa, y eso dará pauta para pensar que será difícil de manejar en otras situaciones en las que su colaboración sea indispensable. En esos momentos será mejor hablarle firme y claramente indicándole que no es posible un tratamiento sin la ayuda mutua.

En el caso de que el paciente fuera un niño, se harán preguntas al padre o a la madre acerca de la salud general del menor, además del nombre de algún amiguito predilecto, juguete o actividad favorita, etc. con objeto de iniciar un diálogo positivo con el niño.

En todo momento, se debe tener presente que están en juego las emociones de una persona, y de que son muy diversas las reacciones afectivas que tuviera ante una situación específica. Así una persona responderá de muy distinta manera a idénticas situaciones, en momentos diferentes.

2.2.2 Lo Principal de la Anamnesia

Al interrogar a un paciente, debemos de tratar de preguntar concretamente algo como: ¿Dónde le duele, le molesta aquí?, etc. Una pregunta nunca deberá ir unida a un "no", por ejemplo ¿No le duele aquí? ¿No tiene usted ...?, ya que predispondría al paciente, que lo que se le pregunta es lo que va a sentir.

Es necesario, como parte de un reconocimiento completo, informarse lo mejor posible del estado general de --

*salud y de ánimo del paciente. Esta información tiende a lograr un buen conocimiento del estado actual del órgano bucal, para poder atender mejor al paciente. Desde luego, esta información deberá ser considerada como confidencial.**

* *Ibid, Hollander*

3. ANGUSTIA

En capítulos anteriores, se trataron temas que perdían su valor sin la consideración de un aspecto que presenta la mayoría de los pacientes con afecciones bucodentales. Este aspecto es la angustia.

La mayor parte del material que integra este capítulo fue recopilado de la obra del Doctor Ramón de la Fuente^{*}, *Psicología Médica*.

3.1 Concepto de Angustia

El diccionario de la Psicología^{**} define a la angustia como una respuesta innata e ineludible del organismo ante situaciones que significan amenaza a la persona en forma vaga e imprecisa. La conciencia de la propia vulnerabilidad y finitud, la necesidad de separarse de la fuente de seguridad y afrontar lo desconocido, implica angustia.

Guyton^{***} menciona que cuando se presenta el estado de angustia, hay una activación del sistema nervioso central y endócrino por la secreción de adrenalina y noradrenalina como consecuencia de la estimulación del hipotálamo.

Aunque no siempre es fácil de hacer, es conveniente distinguir entre la angustia y el miedo, siendo el último una reacción ante una amenaza real y objetiva, donde se conoce el fenómeno que origina el peligro. Hay una advertencia clara de la situación que pudiera causar algún daño;

* De la Fuente Muñiz, Ramón. *Psicología Médica*. Mex. 1978

** Sillamy Norbert, *Diccionario de la Psicología*. Mex. 1973

*** Guyton, Arthur, *Tratado de Fisiología*. Mex. 1971

y en principio puede enfrentarse a él. En contraste con la angustia, su fuente es interna, por lo tanto es subjetiva, la fuente de peligro no es clara y como consecuencia el individuo no está en posibilidades de defenderse.

La angustia es la fuente principal de padecimientos psíquicos y orgánicos, pero a su vez es un elemento fundamental para la vida, ya que es un modo de defensa que mantiene alerta al organismo para que se pueda defender en el momento que se requiera.

El desarrollo celular ha creado en cada especie diversos niveles de desarrollo; en el humano la complejidad celular ha logrado crear este sistema de alerta y vigilancia especial para protegerse de estímulos agresivos.

La capacidad o el grado para tolerar la angustia varía de un individuo a otro, de ahí que ante una determinada situación, una persona reaccione como si fuera lo peor que le hubiera sucedido, o por el contrario, pudiera controlarse perfectamente.

3.2 Tipos de Angustia

Existen dos tipos de angustia bien definidas, y entre estos dos tipos se encuentra un continuo de ellos: la normal y la neurótica. La diferencia entre una y otra estriba en:

- a). *Relación entre el grado del estímulo y la intensidad de la reacción.*
- b). *Persistencia de la reacción aún después de ya desaparecido el estímulo.*
- c). *Posibilidad para enfrentarse ante el estímulo adecuadamente.*
- d). *Diferencias en los valores de intensidad - amenazantes para la vida.*

Un individuo normal tiene un dominio mas o menos completo de las situaciones. Ante hechos que signifiquen peligro o que amenazen los valores vitales, la persona sana hace frente a sus conflictos y le es innecesaria la represión, utilizando medios que le permitan salir adelante.

La angustia normal contrasta con la del neurótico no en cuanto a su parte expresiva, sino en cuanto a las circunstancias que la provocan, y a los valores que cada individuo identifica como vitales.

Por otro lado, el neurótico no advierte sus propias tendencias, siendo éstas, manifestaciones de una manera compulsiva e incompatible al hecho real. Además, por lo general el neurótico prefiere siempre escapar o hacer uso de mecanismos de defensa como fobias y compulsiones, a enfrentar la situación de amenaza o peligro,

soslayando así la realidad.

La persistencia de la angustia es la fuente constante del neurótico y como consecuencia, el abuso en la -- utilización de mecanismos de defensa. La facilidad del -- neurótico de escapar de la realidad, le hace recurrir hasta alteración del sistema nervioso y presentar síntomas y signos de parálisis, ceguera, etc., con tal de evitar el enfrentamiento con la misma realidad. Durante las crisis en las que hay sentimientos de peligro y aprensión, el sentimiento de riesgo a la muerte es exageradamente inminente.

3.3 Fuentes de Angustia

Se les ha clasificado, según investigadores como O. Rank, Freud y Fromm en tres, soledad, vergüenza y culpabilidad, siendo posible relacionar en estas, otras fuentes que provocan angustia. Son sentimientos que tempranamente son experimentados por el niño en situaciones amenazantes y persistentes en diversas ocasiones. Una vez que los ha vivido, teme volver a encontrarse en aquellas circunstancias.

3.3.1 Soledad

Asociado con el momento del destete en donde el infante ve en peligro la satisfacción de su necesidad básica a su alimentación y separación de su madre. El niño se siente amenazado ante la posibilidad de abandono de sus padres, por lo que el contenido de su angustia es la Soledad.

En etapas subsiguientes a la etapa infantil, el individuo manifiesta conductas especiales en situaciones que le recuerdan a la soledad, por eso ante personas extrañas con tal de no sentirse solo, hace lo indecible y hasta puede perder libertad, principios o su propio criterio con tal de no ser rechazado y abandonado.

3.3.2 Vergüenza

La primera sensación de vergüenza se lleva a cabo en el hogar con los padres y hermanos cuando por alguna razón es ridiculizado o burlado y por lo tanto se siente inadecuado en el medio.

La experiencia infantil de sentirse humillado, -- constituye una fuente de angustia cuyo contenido esencial es la vergüenza. Se caracteriza por sonrojo, que cuando es intenso genera el impulso de taparse la cara y hacerse pequeño. La persona avergonzada desearía "ser tragada por la tierra". Se puede experimentar vergüenza cuando nos ponemos en evidencia ante alguien capaz de juzgarnos pequeños, y a veces se puede incluso violar las reglas morales, que hacer algo que lo ponga en ridículo. Frecuentemente se incurre a este método para corregir y sancionar a alguien.

3.3.3 Culpabilidad

La experiencia de ser castigado por los padres es

la base del miedo al castigo, pero cuando las normas de los padres son asimiladas y aceptadas por el individuo y éste llega alguna vez a violarlas, entonces se incurre al sentimiento de culpabilidad. Es un sentimiento de soledad y vergüenza que si es reprimido actúa como fuente de angustia.

3.4 Mecanismos de Defensa ante el Sentimiento de Angustia.

Los mecanismos de defensa son procesos de la personalidad, que tratan de mantener o dominar una situación cuando existe peligro de inadaptación, y que permitirán al individuo funcionar adecuadamente*.

El grado en que son puestos en juego, reduce el -- campo consciente del individuo y le impiden la advertencia de su realidad al punto de dar patologías cada vez mas complicadas*.

Los mecanismos de defensa se usan en un nivel subconsciente para el manejo sutil de la frustración y angustia.

No todos los mecanismos mentales tienen igual valor social; el medio en el cual se desarrolle el individuo - marcará cuando son mejores o mas deseables que otros*.

A continuación mencionaremos algunos mecanismos que se presentan en respuesta al sentimiento de angustia.

* Cinotty R. Williams y Grieder A. Psicología Aplicada en Odontología. Buenos Aires, 1964.

3.4.1 Represión

Se excluye del consciente todo acto o pensamiento que no sea congruente o sea inaceptable para la persona. No por ello, significa que dicha experiencia desagradable se excluya absolutamente, sino que es almacenada en el inconsciente. Se puede decir entonces que es un olvido selectivo para excluir de nuestra conciencia los pensamientos dolorosos o desagradables.

3.4.2 Proyección

También llamada de sustitución, consiste en que las cargas emocionales son desplazadas a un objeto o ser que no tiene relación con la situación. Resulto cómodo culpar a los demás de los propios problemas. El paciente negligente entonces, dará explicaciones de que el dentista anterior con el que fue, causó todas las caries que -- tiene.

3.4.3 Regresión

Ante conflictos de frustración, se adoptan actitudes caprichosas como las de un niño, incapaz de manejar la situación con un nivel superior de madurez. La -- regresión se produce como resultado de una experiencia -- traumática.

En el consultorio, las personas incapaces de sobrepasar algún problema y que tengan tendencia a este mecanismo de defensa, podrán estallar en llanto o portarse --

como pequeños al ver alguna pinza o aguja. El objeto de esa regresión, es la búsqueda de una estado o sensación de mayor seguridad.

En la mayoría de las personas, la regresión es una situación temporal aunque algunas veces es permanente, en este último caso requerirán esfuerzos hábiles de psicoterapeutas.

3.4.4 Racionalización

Existe la necesidad de creer que las decisiones que toma tienen bases en la razón y moralidad, reforzando así -- aquellas opciones que son inaceptables.

Trata a toda costa de evitar el dolor y la vergüenza a reconocer los verdaderos motivos de un hecho real. Así, no faltará el individuo que cancele las citas al consultorio dando excusas falsas y sustituyéndolas por alguna otra actividad saludable, engañándose así mismo que eso le será más beneficioso. Pero la realidad es el temor que siente a acudir al dentista.

3.4.5 Sobrecompensación

Es el producto de poner un énfasis excesivo en terrenos de habilidad, cultura y eficiencia para reemplazar otros en donde el sentimiento de frustración o falta de adecuación es el que impera. En el consultorio se distinguen

este tipo de reacciones por comentarios demasiado teóricos o elevados por parte del paciente, tratándo así de hacerse destacar.

3.4.6 Agresión

Es la manifestación hostil y destructora de un sujeto de mal carácter e inadaptado. La agresividad está en estrecha relación con la angustia, adoptando diversas formas de manifestación, que van de una protesta verbal hasta inhibición aparente de la misma agresión, transformándose en indiferencia o en fuerza contra el propio sujeto. En otras instancias puede presentarse por movimientos continuos en contra de las fuerzas que considera malas o erradas. Esto es común en pacientes en los cuales observamos que golpean su mano contra sus piernas o caderas del sillón dental en señal de contradicción, desesperación o enojo.

En la sociedad moderna, los que con demasiada libertad expresan la agresión, pueden verse envueltos en serias dificultades. En muchos de los casos de agresión extrema, es aconsejable someterse a un tratamiento psicoterápico para la ventilación o liberación del individuo.

3.4.7 Sublimación

Es el mecanismo por medio del cual, la tendencia -- inaceptable es convertida a actitudes de formas parecidas -- pero aceptables por la sociedad en la que se desarrolla.

Como ejemplo tenemos a personas que se dedican a una ocupación física violenta, para sacar a flote sus tensiones y dejar escapar su agresividad, por ejemplo, luchadores, cazadores, policías, etc.

3.4.8 Identificación

La persona asume actitudes de alguien a quien admira mucho como padres, artistas, etc., buscando con eso más seguridad y aceptación al grado de reprimirse ella misma.

3.4.9 Fantasía

Sustituye una situación frustrante por alguna imagen no real. Las metas así parecerán más cercanas. Con este mecanismo no se resuelven los problemas pero se puede aliviar en algo el dolor o la angustia que ocasionan.

La fantasía se convierte en patológica cuando se le usa en exceso y con exclusión completa a la realidad.

3.5 Modos de Conducta anormales

Los procesos psicológicos son en extremo complejos, y se tiene una vaga comprensión de los mecanismos que rigen los moldes anormales de conducta. Es posible que -

las causas sean psicológicas, manifestadas como resultado de alteraciones bioquímicas o producidas por perturbaciones nerviosas.*

Se presentan a continuación solo algunos de los modos de conducta anormales observados en diversos individuos.

3.5.1 Reacciones Psicósomáticas o Psicofisiológicas

Son patrones de conducta en los cuales las emociones como angustia, frustración etc., no se expresan directamente, sino que se internalizan y se manifiestan por medio de síntomas físicos con base emocional.

3.5.2 Trastornos Psiconeuróticos

Los pacientes con estos problemas de personalidad, muestran síntomas de extrema ansiedad, hipersensibilidad, inmadurez, rigidez y notoria infelicidad llegando a presentar angustia extrema, fobias, amnesia, desmayos, depresiones, conversiones y pérdida de la propia estima.

3.5.3 Conducta Psicótica

Hay una pérdida completa con la realidad, es imposible que se adapte al medio. Presentan alucinaciones, ilusiones y falta de actitud para cuidarse a sí mismos. Presentan enfermedades sin base orgánica.

* Cinotti, R. Williams. *Psicología Aplicada a la Odontología*. Mex. 1964

3.6 Angustia y Dolor

Niels*, en su libro *Anestesia Odontológica*, relaciona el sentimiento de angustia con el dolor y expone que: el dolor tiene una finalidad, que es advertir al organismo del peligro, de tal manera que la persona pueda emprender una acción protectora. Así, la angustia se vuelve el substitutivo psicológico del dolor, que por medio de la experiencia y de procesos de asociación protege al organismo anticipando el dolor. En este caso el cuerpo podrá actuar antes de que realmente ocurra el daño. La angustia estimula las reacciones de defensa y evitación. Cuando el individuo está forzado a afrontar una situación que no puede evitar como por ejemplo, acudir al consultorio del dentista, entonces surge la angustia que puede provocar un estado de tensión y cambios emocionales, aunque el dentista no le haga daño. La angustia exagera cualquier experiencia dolorosa real, llegando a disminuir el umbral del dolor y aumentar la tolerancia a los medicamentos. Por lo tanto es preciso saber reconocer y tratar estos aspectos de angustia y anticipación que presenta el dolor.

3.7 Ansiedad y Mutilación Corporal

Una de las causas básicas de la angustia en el niño, como lo hemos mencionado, es su preocupación acerca del daño o mutilación infringidos en su cuerpo. La falta de experiencia y perspectivas transforman un corte sin importancia en una verdadera catástrofe.

* Niels, Jorgensen. *Anestesia Odontológica*. Mex. 1970

El adulto normal aprende a ver su cuerpo más objetivamente, aprende a confiar en él y en su fortaleza, así como en la capacidad de recuperación.

En sujetos inmaduros, la sola idea de agujas, inyecciones o cortes, despierta imágenes vividas de lesiones que afectan su integridad corporal, llevándolo a un estado angustioso grave, creando así un problema importante para la realización de una atención dental.*

3.8 Angustia y Pérdida de una parte del Cuerpo

Estrechamente ligada a la preocupación acerca de la mutilación del cuerpo, Freud nos revela la preocupación del niño por su cuerpo e integridad cuando describe la "angustia de castración". Al utilizar estos términos, Freud identifica la preocupación de pérdida de alguna parte importante que lo identificara como hombre; asimismo, identifica la preocupación de la niña por no poseer esa parte anatómica que por lo tanto la hace incompleta.

La constante preocupación, el deseo de perfección, belleza, e integridad corporales, son rasgos de narcisismo y, hasta cierto punto, todo ser humano tiene fijaciones en las que quiere mantener completo e íntegro su cuerpo. De ahí que la pérdida de un diente o la necesidad de dentadura postiza pueda tener profunda repercusión emocional.

* Jorgensen B. Niels, *Anestesia Odontológica*. Mex. 1970

Al salir a la superficie los sentimientos del paciente, nos revelarán información suficiente para la comprensión de sus actitudes, sentimientos y emociones respecto al dentista.

4. STRESS

4.1 Definiciones

En las ciencias biológicas, se menciona que hay una interacción entre ciertas fuerzas externas y otras del organismo. La magnitud de la fuerza externa y la capacidad del organismo para tolerar los cambios que ésta suscita en él, - determina el restablecimiento de la homeostasis o bien su - ruptura, que de ser ésta irreversible llegaría hasta la muerte.

Entre las concepciones originadas en la Biología que han ejercido una influencia mayor en la Psicología, se encuentra el concepto de stress dado por el fisiólogo canadiense -- Hans Selye. Este autor define al stress como, "una respuesta no específica del organismo ante cualquier exigencia". El cuerpo humano proporciona una respuesta ante cada estímulo - que recibe ya sea físico o psíquico, y cuanto más intenso sea éste, más lo será también la respuesta. Pero cuando el estímulo sobrepasa los umbrales habituales [-en duración e intensidad-- aparecen respuestas que no son las acostumbradas, es decir, dejan de ser específicas, porque el comportamiento escapa a su control, sobreviniendo el stress. *

Claude Bernard, consideró la enfermedad como resultado de los intentos del organismo para el restablecimiento de un equilibrio mediante respuestas adaptativas a los agentes -

* Stress en la revista Geografía Universal, México, 1961
8, (1), Pag. 66-87

ofensores, siendo a veces ésta más destructiva que la que origina el ataque. *

Se considera como agente stressante, a todo factor susceptible de destruir el equilibrio, ya sea de origen físico (traumas, frío, calor, etc.), químico (venenos, ácidos), infeccioso (virus, bacterias, etc.) o psicológico -- (emociones). Así entonces, los problemas cotidianos de la gente en el transcurso del día, tales como: tráfico, discusiones, apresuramientos, etc., se cuentan como causantes del fenómeno llamado stress.

El stress, resulta problema real de empleados, ejecutivos, amas de casa, estudiantes, etc., cada uno de acuerdo a las circunstancias en que viven.

4.2 Fisiología del Stress

Las funciones viscerales en el organismo durante el estado de stress, se encuentran regidas por el Sistema Nervioso Autónomo. Como su nombre lo indica, este sistema inerva órganos cuyo funcionamiento no está sujeto a la acción de la voluntad: el corazón, los pulmones, el aparato digestivo, las glándulas, etc. Este sistema está constituido por ganglios relacionados por medio de cordones nerviosos. De los ganglios, parten nervios a todas las vísceras del cuerpo. Este recibe una doble inervación: Simpática y Parasimpática.

El sistema nervioso simpático y parasimpático, se dice que tienen acción antagónica. Cuando acelera uno la actividad, el otro la disminuye.

* De la Fuente Muñiz, Ramón. *Psicología Médica*. Mex. 1978.

La acción de dichos mediadores químicos liberados a los tejidos por las fibras terminales, sólo dura unos segundos, en comparación con los secretados por las glándulas suprarrenales, que conservan su actividad por varios minutos; teniendo por tanto, una acción más energética.

4.2.2 Sistema Nervioso Parasimpático

Abandona el sistema nervioso central, siguiendo varios nervios craneales y al vago, para proporcionar inervación a regiones de cabeza, cuello, torácicas y abdominales.

Su mediador químico es la acetil-colina, por lo que sus fibras reciben el nombre de colinérgicas.

4.2.3 Efectos de la Estimulación Simpática y Parasimpática.

<u>O r g a n o</u>	<u>Efectos de estimulación simpática</u>	<u>Efecto de estimulación parasimpática</u>
Ojo: Pupila	Dilatación	Contracción
Glándulas nasales		
Lagrimalas		
Parótidas	Vasoconstricción	Estimulación copiosa
Submaxilares		
Gástricas		
Pancreáticas		
Glándulas Sudoríparas	Sudor profuso	Ninguno

<i>O r g a n o</i>	<i>Efecto de estimulación simpática</i>	<i>Efecto de estimulación parasimpática</i>
<i>Glándulas apócrinas</i>	<i>Secreción profunda</i>	<i>Ninguno</i>
<i>Corazón: Músculo</i>	<i>Aumento de la frecuencia</i>	<i>Disminución de la frecuencia.</i>
<i>Coronarias</i>	<i>Dilatadas</i>	<i>Contráidas</i>
<i>Pulmones: Bronquios</i> <i>Vasos sanguíneos</i>	<i>Dilatados</i> <i>Ligeramente contraídos</i>	<i>Contráidos</i> <i>Ninguno</i>
<i>Intestinos: Luz</i>	<i>Disminuidos el peristaltismo y el tono</i>	<i>Aumentado el peristaltismo y el tono.</i>
<i>Hígado</i>	<i>Liberación de glucosa</i>	<i>Ninguno</i>
<i>Riñón</i>	<i>Disminución de la diuresis</i>	<i>Ninguno</i>
<i>Pene</i>	<i>Eyacuación</i>	<i>Erección</i>
<i>Vasos sanguíneos Generales</i>	<i>Constreñidos (adrenérgicos)</i> <i>Dilatados (colinérgicos)</i>	<i>Dilatados</i>
<i>Sangre: Coagulación</i> <i>Glucosa</i>	<i>Aumentada</i> <i>Aumentada</i>	<i>Ninguno</i> <i>Ninguno</i>
<i>Metabolismo basal</i>	<i>Aumentado</i>	<i>Ninguno</i>
<i>Secreción corticoadrenal</i>	<i>Aumentada</i>	<i>Ninguno</i>

<i>Ó r g a n o</i>	<i>Efecto de estimulación simpática</i>	<i>Efecto de estimulación parasimpática</i>
<i>Actividad Mental</i>	<i>Aumentada</i>	<i>Ninguno</i>
<i>Músculos erectores de los pelos</i>	<i>Excitados</i>	<i>Ninguno</i>

4.2.4 *Función de la Médula Suprarrenal*

La estimulación simpática de la médula suprarrenal, libera grandes cantidades de noradrenalina y adrenalina que pasan a la sangre y de allí a toda la economía, produciendo efectos simpáticos en una proporción 10 veces mayor debido a su lenta desactivación.

Así pues, los órganos sufren en realidad dos estimulaciones durante el estado de stress, uno directo por los nervios simpáticos y otro indirecto por las hormonas producidas por las glándulas suprarrenales.

4.2.5 *Sintomatología del Stress*

*En su sintomatología, es posible advertir tres etapas diferenciadas según Seyle***

- 1) Alarma, en donde el organismo, ante el estímulo desencadenante del stress, tiende a defenderse con la segregación hormonal incrementada con cambios en el sistema nervioso autónomo.*
- 2) Resistencia, el factor amenazante continúa presente y el cuerpo concentra su lucha para alejar y evitar el peligro.*

3) *Agotamiento, al concentrarse la lucha en cierta área - del organismo disminuye la resistencia natural del mismo, y consecuentemente, aparecen síntomas dañinos en otras - partes. Las manifestaciones son generalmente físicas, aunque si se prolongaran, podrían causar daños psíquicos.*

* De la Fuente Mantz, Ramón. *Psicología Médica*. México 1978.

** *Ibid*, *Stress en Geografía Universal*.

4.3 *Psicofisiología del Stress*

El Dr. Ramón de la Fuente, en su libro "Psicología Médica", presenta un análisis de los cambios fisiológicos - ocurridos durante el stress en diferentes órganos y sistemas, haciendo mención de ellos a continuación.

4.3.1 *Sistema Endócrino*

La relación entre hormonas y procesos mentales, es - bastante íntima, afectando éstos la actividad endócrina a -- nivel del hipotálamo, centro nervioso en el que radican mecanismos relacionados con las funciones de los dos sistemas --- principales de la homeostasis: el endócrino y el autónomo.

A través del hipotálamo, las funciones endócrinas - son activadas como respuestas adaptativas del organismo en las situaciones de stress.

El hipotálamo actúa sobre glándulas endócrinas me-- diante sus conexiones con la hipófisis activando a su vez con sus secreciones a glándulas distantes.

La hipófisis es una glándula pequeña que se encuentra unida al hipotálamo por medio del tallo hipofisiario. Se -- divide en dos porciones principales que son: Adenohipófisis - o hipófisis anterior y la Neurohipófisis o hipófisis poste- rior, las cuales secretan hormonas que actuarán en glándulas distantes cuando se requiera (como en el estado de stress).

A continuación se mencionarán los problemas que -- acarrea el estado de stress en los diferentes órganos y sistemas relacionados con la influencia de las hormonas:

4.3.2 Obesidad

Se acepta generalmente que cuando la ingestión de calorías es excesiva en relación al gasto de energía resulta la obesidad.

A.C. Kaplan, piensa que la ingestión exagerada es la causa predominante de la obesidad y que en ella juegan un papel importante los factores psicológicos al lado de mecanismos genéticos y regulaciones bioquímicas.

Por otra parte la acción de comer es uno de los métodos frecuentemente usados para reducir la angustia. Cualquier conflicto emocional puede eventualmente conducir a ingestión exagerada de comida.

4.3.3. Diabetes Mellitus

Es de considerar el factor psicológico como un mecanismo entre varios otros, capaces de alterar el complejo equilibrio homeostático del cual depende el manejo del azúcar por el organismo.

Un aumento de azúcar en la orina y en la sangre, -- puede acompañar los estados de emoción intensa.

Otro camino por el cual el factor psicológico puede influir en el desarrollo de la diabetes es a través de su participación indirecta en la obesidad, que es una condición -- predisponente a dicha enfermedad. Lo anterior se refiere a que algunos sujetos ingieren exagerada alimentación como compensación a estados de tensión, stress o frustración, y esto puede desencadenar que las personas con cierta predisposición a la diabetes, la desarrollen.

Se deberá por tanto, poner mucho interés a las necesidades orales del enfermo y ha su intensificación en situaciones de conflicto; y de las fluctuaciones de nivel de glucosa en la sangre y orina debido a un stress emocional.

4.3.4 Hipertiroidismo

La hormona tiroidea es esencial para el funcionamiento y el crecimiento normal. Cuando la secreción es insuficiente, el consumo basal de O_2 baja, por tanto los procesos mentales y metabólicos se hacen más lentos (apatía, distorsión de funciones mentales, adinamia, etc.) La secreción excesiva o la ingestión de extractos de la glándula, produce la elevación del metabolismo y con ello una aceleración de los procesos mentales (irritabilidad, angustia, etc.). Por lo tanto no se puede dudar que las emociones juegan un papel importante en la etiología y exacerbación del hipertiroidismo.

El exceso de secreción tiroidea sensibiliza al organismo a la actividad adrenérgica de tal modo, que en los hipertiroideos la inyección de adrenalina en cantidades mínimas aumenta la glicemia y presión sanguínea, por lo que el uso de tranquilizantes estará indicado antes de cualquier intervención.

Se ha observado que el hipertiroidismo es más frecuentemente padecido por mujeres, debido al cambio mayor que existe en las glándulas en el ciclo menstrual.

Será de gran utilidad, no sólo el tratamiento farmacológico sino el empleo de psicoterapia.

4.3.5 Trastornos Ginecológicos en el Estado de Stress

La actividad reproductora de la mujer está íntimamente ligada al estado mental de la misma.

Las perturbaciones psicológicas pueden interferir con las reacciones e inquietudes que la mujer experimenta.

Estudios, han demostrado que los niveles hormonales que ocurren en el ciclo menstrual y las variaciones en las actitudes emocionales de la mujer, son influidos por hormonas ováricas, cuyos niveles fluctúan rítmicamente. En un primer estadio del ciclo hay un aumento de la producción de estrógenos, cuya función es promover la maduración del ovocito, en tanto que en otro segundo período, la producción de progesterona, cuya acción es preparar la mucosa del útero

la recepción e implantación del huevo fertilizado, es la que predomina.

T. Benedeck y B. Rubenstein, investigadores, encuentran que hay respuestas emocionales asociadas a la fase del ciclo. Durante la primera, la mujer vierte su interés hacia el ambiente que la rodea; - tiende a ser más afectiva, aumenta la tendencia a - fijar sentimientos de ternura. Asimismo, hay mayor aceptación del compañero sexual. Estos cambios son muy lógicos con la finalidad de esta etapa, que es - facilitar la maduración del ovocito y preparar a la -- mujer para el apareamiento y la concepción. Hacia - el final de este estado los estrógenos disminuyen la producción de progesterona empieza a predominar. Este predominio se mantiene durante la segunda fase del ciclo, en la cual, la mujer se torna a sí misma como egoísta y agresiva; si no se lleva a cabo embarazo la secreción de progesterona disminuye.

Cuando la menstruación se inicia, las hormonas sexuales se encuentran al más bajo nivel. Psicológicamente la fase premenstrual se acompaña de irritabilidad, disgusto e inestabilidad emocional.

Todo esto es indudablemente importante para determinar en mujeres los estados de ánimo que durante el ciclo se pudieran presentar

4.3.6 Aparato Locomotor

Relación muscular en el Stress. Los diversos estados emocionales se acompañan de variaciones en el tono muscular. Así sentimientos de ternura o placer se acompañan de flacidez y relajación, en contraste con el miedo y la cólera que incluyen la contracción de aquellos grupos musculares que pueden ser usados en el ataque o fuga. Por lo que, cuando hay ciertos estados emocionales intensos y son persistentes, los músculos contraídos, etc., llegan a ser dolorosos.

Los impulsos emocionales, tienen puntos determinados hacia algún área del aparato motor (puños apretados, bruxismo, dolor en la base de la nuca, etc.)

Las tensiones musculares se reflejan en las actitudes emocionales.

4.3.7 Reumatismo Psicógeno

Es muy frecuente que los pacientes refieran dolores musculares y articulares sin cambios orgánicos en los huesos, músculos y tejidos conectivos. En estos casos, su diagnóstico y tratamiento constituye un serio problema.

La constancia con que actúen las condiciones de stress y conflictos emocionales en un individuo, será la causa acrecentante de estos desórdenes.

4.3.8. Artritis Reumatoide

La causa de este padecimiento, que afecta articulaciones y músculos, al igual que a nervios periféricos, es desconocida y su terapéutica no es específica.

En relación a su etiología se han invocado factores infecciosos, metabólicos, endócrinos, nutricionales y citotóxicos, no siendo satisfactorios ninguno de ellos.

Estudios realizados por científicos, han visto la coincidencia temporal entre situaciones de stress y la exacerbación de la artritis.

4.3.9 Alteraciones de la Piel

Es indudable que la piel es un órgano de expresión aunque no tenga inervación voluntaria, dándose a continuación un ejemplo de ello.

4.3.10 Urticaria

Se considera a la urticaria psicogénica como el equivalente de un llanto hostil que se genera debido a la frustración de tendencias dependientes.

La correlación de los ataques de urticaria con situaciones emocionales específicas fue muy alta. Estas situaciones consisten en eventos en los cuales el sujeto experimenta resentimiento ante un trato injusto y se ve incapacitado para defenderse.

4.3.11 *Padecimientos del Aparato Cardiovascular*

Es interesante notar que el factor emocional fue igualmente efectivo en la precipitación de los síntomas de pacientes con lesiones estructurales del corazón que en individuos sanos.

4.3.12 *Astenia Circulatoria o Síndrome de Esfuerzo*

Síndrome caracterizado por palpitación, disnea, dolor precordial, sudoración desencadenados todos ellos por esfuerzo físico.

Se acepta que situaciones que suscitan angustia son definitivamente susceptibles de ser relacionadas con la iniciación del padecimiento en su fase aguda, y con la agravación crónica de los casos crónicos.

4.3.13 *Síncope*

Desvanecimiento debido a varias causas y que pueden agruparse en relación con tres mecanismos básicos - subyacentes: a) alteraciones metabólicas, b) trastornos circulatorios y c) mecanismos psicológicos.

El desvanecimiento se presenta en situaciones de miedo, particularmente cuando la emoción debe ser reprimida. El síncope sucede generalmente cuando el individuo está en posición erecta y se debe a una caída brusca de la tensión arterial.

4.3.14 Hipertensión

Caracterizada por cefaleas, fatigabilidad, dificultad para la concentración mental.

En situaciones en que la integridad de algún ser esté amenazada, se experimentan cambios preparatorios para la defensa y el ataque en los que el sistema simpático es descargado en forma neurogénica, secretando adrenalina y noroadrenalina. Esta descarga dá lugar a un aumento de la resistencia periférica, debida a la contracción de vasos pequeños como consecuencia del aumento de la frecuencia cardíaca.

Otro factor al cual se atribuye un papel en el incremento de la presión sanguínea, es la renina, que es una sustancia liberada por el riñón, con propiedades hipertensoras. Su secreción se lleva a cabo cuando la presión de líquido que llega al riñón es baja.

4.3.15 Jaqueca

La relación entre cefalea y estados emocionales es muy frecuente. El mecanismo de producción de los síntomas es conocido gracias a los estudios de grupos de investigadores y es el siguiente: En el primer estado, ocurre un espasmo de arterias cerebrales (ramas de la carótida externa), lo que se manifiesta por parestesias, trastornos de la visión y del lenguaje. En este estado, los síntomas son mejorados por el uso de vasodilatadores.

En el estado subsecuente ocurre una distensión de las paredes arteriales, las cuales se acompañan de la estimulación de las terminales simpáticas que son las responsables del dolor de cabeza, signo que puede ser aliviado con vasoconstrictores.

Cualquier tipo de dolor de cabeza, tiende a ser acentuado ante situaciones de apremio, conflicto o tensión.

4.3.16 Padecimiento del Aparato Respiratorio

La dilatación y contracción fisiológica de los bronquios, se ven afectadas por situaciones de stress teniendo manifestaciones mas características en los siguientes casos.

4.3.17 Asma

El mecanismo de la disfunción es este padecimiento es bien conocido. En el ataque típico, ocurre un espasmo del músculo involuntario en los bronquiolos, lo que constituye un obstáculo para la respiración, que es mayor en la espiración que en la inspiración, como consecuencia de que los pulmones se distienden, y por lo tanto el enfermo tiene una dificultad cada vez mayor para expulsar el aire y poder inspirar de nuevo.

Las fibras musculares de los bronquiolos reciben una doble innervación autónoma. Impulsos vagales que producen la contracción de las fibras e impulsos simpáticos que producen

relajación. El miedo dilata a los bronquiolos y por tanto se alteran la frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración.

Las crisis pueden desencadenarse por contacto,-- inhalación o ingestión de ciertas sustancias extrañas.

4.3.18 Catarro Común

Causado por un virus que hasta la fecha ha sido -- difícil de aislar, aparentemente se desarrolla ante cambios bruscos de temperatura y se vé precipitado por los casos de frustración y angustia. (Aún no confirmados).

4.3.19 Padecimientos del Aparato Digestivo

Ante la cólera, miedo o tristeza, las funciones digestivas se ven seriamente afectadas en cuanto al apetito, eliminación y digestión.

Con mucha frecuencia es referido el padecimiento de colitis nerviosa, que no es más que una expresión intestinal de un estado persistente de ansiedad. Se caracteriza por evacuaciones diarreicas en las cuales, en casos extremos puede haber presencia de pus, sangre o moco. Esto se debe en parte a la inervación simpática y vagal que posee, los cuales al ser estimulados producen contracción del colon y cuando este es constante, produce inflamación.

La cólera, aprensión, ansiedad, producen además un aumento de una enzima llamada lisozima. Un alto contenido de lisozima provoca inflamación y edematización en la mucosa del cólon.

4.3.20 *Úlcera Péptica*

Padecimiento que puede causar lesiones en el estómago y en el duodeno. Las causas y la intensificación del -- padecimiento se ven aumentadas por situaciones de apremio. (stress constante)

Se lograron hacer investigaciones en un pequeño al cual le ocurrió un accidente y por causas diversas quedó al exterior una abertura permanente en el vientre, por lo que así se pudo observar el comportamiento del estómago. (Wolff): En estados de enojo, resentimiento, angustia, la mucosa - enrojece intensamente. Se le apreciaba congestionada por un mayor flujo sanguíneo. Al mismo tiempo se observó una secreción aumentada de ácido. La secreción de moco era también afectada cuando el estado amenazante era intenso y duradero. Como consecuencia del aumento de jugo gástrico y ácido en el estómago y de la disminución o disolución de moco, la mucosa quedaba en exposición directa, causando erosión de la misma y con el tiempo hasta úlceras.

4.4. *Manifestaciones Bucales del Stress*

La ira, angustia o temor guardadas en el interior del individuo, son causas de tensión extrema. Cada individuo logra tener un mecanismo de defensa contra dichas tensiones de

manera tal, que le permita tratar de vencerlas.

El morderse los labios o uñas, apretar los dientes o chuparse el dedo, son maneras o manifestaciones de tensión producidas por el stress.

4.4.1 Bruxismo

Se define como el rechinar y movimiento triturante de los dientes sin propósitos funcionales; y que se pone de manifiesto en el día o durante la noche.

Se puede dividir o distinguir dos tipos de bruxismo:

4.4.2 Bruxismo Excéntrico

Rechinar y movimiento de trituración en posición excéntrica. Etiología. Se dice que se debe a sobrecarga psíquica, tensiones emocionales, angustia y temor.

Se manifiesta por la atrición de fosetas y zonas de desgaste en dientes, así como dolor en la articulación temporomandibular. Viéndose también afectados los músculos de la masticación.

La tensión psicológica debe ser liberada o se tornará intolerable. Un método de disipar el stress psicológico reside en el hábito bucal de apretar los dientes.

Suele presentarse en personas de mediana y alta edad

y existe la justificación al respecto, ya que en esa edad se presentan mayores presiones y dificultades - emocionales.

Los síntomas son: dolor severo en ATM y a su alrededor, crepitación, el paciente se queja de dolores de cabeza y cuello, y esto se debe a que durante el stress continuo, los músculos se encuentran muy tensos, provocando estos síntomas.

Las interferencias oclusales traen consigo la -- precipitación del bruxismo.

4.4.3 Bruxismo Céntrico

El apretamiento se lleva a cabo a nivel del subconsciente y es silencioso, ya que sólo es un apretamiento.

El bruxismo puede causar daños periodontales tales como destrucción del ligamento aunque en otros casos hay una compensación a un trauma de oclusión como engrosamiento del hueso alveolar, ensanchamiento de la membrana periodontal.

Perjuicios del Bruxismo.

Reducción de la estética por el desgaste; exposición pulpar; pérdida de la dimensión vertical; muerte pulpar.

4.5 *Manifestaciones del Stress en las diversas etapas cronológicas.*

Existen muchas causas en la creación de stress en un individuo. Para su mejor comprensión Cinotti y otros - investigadores han clasificado de una manera cronológica, analizando así más fácilmente las causas frecuentes que -- conducen a situaciones de stress, y su respectivo manejo en odontología.

4.5.1 *Infancia y Desarrollo Temprano*

Gran parte del sentimiento de inseguridad surge de sus relaciones con los demás en la etapa temprana de la -- infancia, manifestándose posteriormente de diversas maneras.

Si un niño es protegido de más por sus padres, puede en un futuro tener tendencia a la angustia e inseguridad, ya que se tendrá que enfrentar a situaciones que nunca antes afrontó solo.

Es importante establecer e indagar el tipo de autoridad que recibió por cada uno de sus progenitores con el propósito de identificar los rasgos de autoritarismo, arbitrariedad o convivencia orientadora, así será más fácil deducir la conducta actual que pudiera presentar ante nosotros.

El tipo de sanciones y medios de control de la conducta usados en el niño (rídículos, amenazas, golpes, consejos, etc) así como la relación y situación en el hogar, son pautas determinantes en la conducta humana.

Las intervenciones dentales difíciles antes de los seis años, ocasionan traumas psicológicos y afectivos. El niño capta lo que sucede no como un suceso normal y lógico, sino erróneamente y a su manera.

Por eso, las intervenciones dentales que sean -- traumáticas o dolorosas en grado mínimo, y que se tengan que practicar a niños muy pequeños, se optará por el uso de anestesia general, o de ser posible alargar el tratamiento el más tiempo posible.

Se cree que los pacientes infantiles son el principal problema en el ejercicio actual de la odontología. - Será necesario acercarse a cada niño en su propio nivel de comprensión, llegando siempre directa y honestamente - para obtener resultados favorables.

Conocer el tipo de situaciones que él vive nos - dará una pauta para entender el por qué de su conducta. Esto lo podremos indagar observando cómo se desenvuelve - desde que entra al consultorio, con el propósito de identificar en que molde de conducta se encuentra, pudiendo agruparlos en los casos que mencionaremos brevemente.

4.5.2 Niño Sociable

Es un niño que desde pequeño tiene la necesidad y deseo de relacionarse con quienes le rodean.

El encuentro es positivo y fácil, muestra gran -

curiosidad por lo que se le va a hacer y cómo se le va hacer.

Son fáciles de tratar y de responder las preguntas que nos presentaran. La mayor motivación para alejar cualquier temor, es mostrar los instrumentos y su funcionamiento, con ésto, además de fortalecer la relación - en cualquier procedimiento aunque fuera doloroso, habremos obtenido un buen colaborador.

4.5.3 Hiperactivo o hiperquirético

Cuando éste llega, no es difícil identificarle como hiperactivo. Todo toca y su investigación y preguntas las manifiesta en tono alto.

Se resiste a cualquier intervención dental con tal de llamar la atención y de manejar al familiar que le acompañe, por lo que no se le atribuye el título de cooperador. Podría deberse esta situación, sin ser la única causa, a que el niño experimenta mucha angustia debido a que los padres - nunca pusieron límites definidos, por lo tanto, todo para él es nuevo y desconocido ya que no sabe donde detenerse o que está o no permitido. La extrema angustia es lo que estimula la gran actividad.

Un remedio para ésto es marcarle límites adecuados y no permitirle una conducta negativa en el consultorio.

Para evitar que una actuación por parte del niño

afecte y desate una intervención inconveniente para nuestros propósitos, es preciso que los padres no entren a la consulta, así no podrá llamar la atención.

También, a veces, la angustia es mayor en los padres - y éstos les transmiten a los niños ese sentimiento con frases como: "Ahora te vas a portar muy bien y no vas a tener miedo".

4.5.4. Niño angustiado y Retraído.

Niño callado, tímido, del cual nunca hay queja por parte de sus maestros o padres.

Posee un alto grado de stress sobretodo durante el tratamiento, aunque sólo lo manifieste con un gemido. Tiene una gran preocupación por experiencias anteriores con odontólogos o por el tipo de disciplina paterna a base de amenazas (Si no te portas bien y comes, te voy a llevar al dentista para que te saque todos tus dientes). La vida para este niño está llena de temores interminables.

Para un tratamiento adecuado, es necesario comunicar al niño absolutamente todo lo que se le va a hacer, y así habrá una brecha cada vez menor entre él y el dentista.

4.5.5 Otras conductas

Algunos niños son completamente negativos y parecen desafiar todo intento por establecer contacto. Esta conducta refleja un mecanismo de defensa, por lo que el -- odontólogo tendrá que hacer uso de juegos y motivaciones para liberar tensiones y angustias.

4.5.6 El Adolescente

No son, aunque se crea, pacientes difíciles en muchos de los casos. Muchas veces hay colaboración por parte de él, debido a que se quiere presentar como un valiente, - demostrando que ya no es un niño pequeño al que tienen que - llevar y acompañar sino que una persona fuerte, brava e independiente.

Muchos problemas bucales para él surgen en relación a la estética y a su aspecto. Consideran los dientes anti-estéticos como motivo de que la gente los rechace. Se aferran a la idea de que sólo si su aspecto cambiara, se arreglaría todos sus problemas, y por tal está dispuesto a ayudarnos para conseguir esto.

Todo depende de la motivación adecuada para poderlo llevar al camino deseado; si el estímulo es incorrecto, el - adolescente podrá tomar cualquier sugerencia nuestra como - punto de rebeldía y por lo tanto ignorarnos.

En las adolescentes casi no hay problema ya que a ellas

les interesa aún mas su aspecto que nada, y no se tendrá por este motivo, casi ningún obstáculo para su trato.

Dentro de la etapa de la adolescencia puede existir una diversa gama de madurez entre unos y otros, lo que hace indispensable conocer la edad mental sin guiarnos por la edad o tamaño, que pudieran dar ideas equivocadas de lo real.

El adolescente inmaduro se comportará en forma - similar a la de un niño, y al tratarlo, debemos estar alertas a nuestra forma de dirigirnos a él. No debemos perder de vista que la pugna del adolescente no es sólo con sus - padres, sino con todo lo que representa autoridad, es decir, maestros, iglesia, instituciones sociales.

Será un paso de mucho adelanto para un acercamiento, conocer cuáles fueron durante esta época, los principales intereses extraescolares.

4.5.7. El Adulto

Sus problemas se centran ya en una vida que recién - empieza, ya sea por una nueva unidad familiar, trabajo, etc.

Hay individuos que poseen una conducta muy rígida, y en el momento que pudiera presentar algún cambio, generan un alto grado de stress. Un ejemplo claro lo tenemos cuando una persona muy ocupada tiene que asistir a consulta dental. La actitud más lógica de observar será la irritabilidad, incomodidad por no estar realizando su rutina cotidiana para someterse a algo que además de todo, puede hasta resultar doloroso.

Para algunos adultos significa abandonar su papel autoritario asumido en la casa y oficina para someterse - ante alguien y quedar temporalmente sin más control que un niño pequeño.

La atención odontológica en consecuencia esta rodeada por una cantidad de temores, todo lo cual crea una sensación total de ansiedad, frustración y hostilidad. Pero por suerte el adulto tiende a adaptarse al stress.

Como en todas las edades, el adulto está sujeto a - una gran cantidad de temores y preocupaciones que vacila en transmitirlos, y también es indiscutiblemente merecedor de explicaciones acerca de lo que se le va a realizar y asegurarnos de que haya captado absolutamente todo lo que se le explicó.

4.5.8 Senectud

Los sentimientos de depresión, miedo al futuro, etc., son muy frecuentes, y de aquí el comienzo de esta edad que se considera crítica.

La mujer teme y no acepta la pérdida de su atractivo. El problema en el caso femenino implica vanidad; frecuentemente las mujeres en menopausia cuyo tratamiento requiere - alguna pérdida de dientes u operación de alguna naturaleza, será necesario tener antes que nada el aparato apropiado para reemplazar lo perdido, y tratar de convencerla de que su aspecto no se verá dañado.

Para algunos hombres cualquier experiencia dental -- causa angustia. Su ansiedad se manifiesta cuando no acuden a la cita o la cancelan. Al tratarlos, no sería mala idea -- el empleo de tranquilizantes para mitigar la angustia.

En ambos sexos, el paciente no quiere atenerse a veces, a ningún plan de tratamiento ya que no concibe la idea de limitaciones físicas.

Hay otros pacientes que buscan en el dentista una máquina mágica, la cual con un pequeño cambio dental, su apariencia se transformará completamente y por lo tanto le rejuvenecerá hasta 10 ó mas años. La prudencia con la que escuchemos al paciente nos dará oportunidad de aclarar a éste el grado del cambio que se logre, evitando paulatinamente que el paciente vuele en su imaginación.

En lo que se refiere a dentaduras completas, son experiencias psicológicas muy significativas. Los deprimidos -- por envejecer, los jubilados recientemente, las mujeres en la edad de la menopausia, son personas que difícilmente se adaptarán a aparatos y tratamientos, viendo que significarán que están envejeciendo cada día.

Las extracciones tienen múltiples significados en hombres y mujeres. En los hombres, las extracciones son causa de temor de castración; en cambio en las mujeres significa pérdida de juventud y atracción.

Para ambas circunstancias, en donde el tratamiento tenga que ser extracción, se mencionarán las ventajas de la prótesis como órgano sustitutivo del perdido, no -- afectando en nada el físico o inclusive ayudando a mejorarlo.

En esta época se ven acentuados rasgos de rigidez, egoísmo y avaricia.

Los problemas psicológicos del individuo mayor, surgen cuando se ve forzado a retirarse del trabajo para toda su vida.

Probablemente, llegará a exasperar el carácter algo agrio, - falta de memoria, etc., pero debemos comprender y tratar de que salga paciencia de nuestra persona.

A veces estos individuos se presentan sin una razón poderosa al consultorio; con el único objeto de charlar un poco, si no podemos brindarle en ese momento lo que busca, podremos mostrarnos interesados y darle una cita posterior con el pretexto de revisarlo más a fondo, y en esa cita dar, además de la revisión, un poco de atención y conversación.

Es importantísimo tener los datos y contacto con el médico que lo esté tratando para seguridad de ambos.

4.6. *Técnicas para Disminuir el Estado de Stress*

El temor es lo que suele alejar a los pacientes. A veces se

debe a una experiencia mala en el pasado, en otros casos puede ser manifestación de una tendencia neurótica. En cualquiera de los casos, el temor puede ser reducido con alguna técnica de relajación y un manejo cuidadoso del paciente.

La Odontología actual se ve apoyada por una serie de productos elaborados con el propósito de disminuir al máximo las tensiones y dolores.

El niño es un paciente de suma importancia para la Odontología moderna. Cuando el pequeño tiene que ser atendido a temprana edad, será vital educarlo adecuadamente en lo que se refiere al tratamiento que se le va a realizar y lo acepte sin temores ni aprensiones. Con esto podremos asegurar que la idea del dentista irá -- cambiando a otro campo en donde no tendrá que ser sinónimo de temor o dolor. El niño de hoy dará información a otros del mañana.

4.6.1 Tranquilización

Comúnmente se emplea en forma oral, es con objeto de dar valor y confianza. Es el método al que más se recurre en la disminución de angustia en el paciente.

La efectividad de esta manera de disminución de Stress, se basa principalmente en la verdad y sinceridad con la que nos comunicamos.

El decir que no va a pasar nada, oculta algo que de hecho es conocido por el paciente, y al no sentir honradez de nuestra parte, - el objetivo de tranquilizarlo actúa completamente contrario a nuestros propósitos.

La respuesta a los problemas de cualquier edad, es indudablemente la educación que demos y no sólo la tranquilización.

4.6.2 Estructuración

Consiste en proveer al paciente de información de lo que se procederá a hacer paso a paso.

4.6.3 Reflexión de Sentimientos.

Reconocer los sentimientos que ellos expresen, y hallar la manera que también los conozcan y analicen, liberará de mucha tensión. Se puede considerar que el beneficio es mutuo.

Algo que pudiera ayudar tanto al dentista como al paciente, es por medio de la tranquilización mencionada antes, pero haciendo hincapié en cuestiones que pudieran servir al paciente como la eficiencia de los equipos modernos, nuevas técnicas y procedimientos -- empleados en un enfoque mejor del tratamiento, las técnicas indoloras. Así se podrá elevar el nivel de confianza y nosotros podremos realizar mejor nuestro trabajo.

C O N C L U S I O N E S

Las ideas básicas derivadas de éste trabajo son principalmente:

- Considerar que la comunicación, no es un proceso que incluye al paciente y al odontólogo únicamente, sino a todo el personal y medio ambiente en el cual se realiza el citado proceso.

- Conocer algunos factores que provocan trastornos psíquicos, o que de alguna manera modifican la conducta del paciente, para llegar a brindar un trabajo a todo tipo de personalidades.

- Motivar los sentimientos y deseos del paciente, para recibir un tratamiento dental que no sea por fuerza de urgencia, sino de prevención.

- Estimulando un cambio de actitud por parte del profesionalista hacia una mayor comprensión al paciente, nuestro máximo interés se tornará entonces a la disminución de sentimientos que le causen de alguna manera angustia, y lograr con ello, la solución de los problemas dentales en una forma adecuada, individual y humana.

B I B L I O G R A F I A

De la Fuente Muñtz, Ramón (1978)

Psicología Médica, Fondo de Cultura Económica,
17a. reimpresión, México, pgs. 11-24, 157-178,
294-350, 353-374.

Hollander N. Lloyd (1969)

Práctica Dental Moderna, Ed. Labor,
Barcelona, España. pg 19-21, 39-64, 69-78,
90-106, 161-170, 179-185.

Jorgensen B. Niels (1970)

Anestesia Odontológica. Ed. Interamericana,
México, cuarta ed., pp. 9 - 14

Guyton, Arthur (1971)

Tratado de Fisiología Médica. Ed. Interamericana,
México, cuarta ed., pp. 738-750, 920-1011

Cinotti R. Williams y Grieder A. (1964)

Psicología Aplicada en Odontología, Ed. Mundi,
Buenos Aires, pgs. 69-75, 99-109, 113-121, 171-186
223-243, 249-259.

Revista Geografía Universal

3A. Editores, S. A. México.

Stress. 8 (1), pp. 68-87

Sillamy Norbert (1973)

Diccionario de la Psicología. Ed. Larousse,

México, 4a. edición, pp. 30, 201, 307.

Comunicación No Verbal en

Práctica Odontológica (1980)

2, (3), 78