

247 733

Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE
EN EL CONSULTORIO DENTAL

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:

MA. GUADALUPE REYES ANGELES



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION.....	1
II. NECESIDADES HUMANAS.....	2
III. IMPORTANCIA DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE....	9
IV. SUGERENCIAS PARA EL TRATAMIENTO PSIQUIATRICO...	13
V. HISTORIA CLINICA.....	15
VI. EXAMEN PSICOLOGICO.....	23
VII. DIVERSAS CLASES DE PACIENTES EN EL EXAMEN - PARA EL TRATAMIENTO.....	34
VIII. EXAMEN/ DIAGNOSTICO/ PRONOSTICO/ TRATAMIENTO..	44
IX. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL DOLOR.....	47
X. TRASTORNOS PSICOGENOS.....	51
XI. ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA PRACTICA DENTAL....	61
XII. ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA SENECTUD.....	67
XIII. TERAPEUTICA RECOMENDADA EN EL MANEJO DEL - COMPORTAMIENTO.....	69
CONCLUSIONES.....	79
BIBLIOGRAFIA.....	80

I.- INTRODUCCION

Los rasgos principales de la personalidad se establecen durante la infancia, y el desarrollo subsiguiente de la personalidad no es más que la elaboración de dichos rasgos.

Las necesidades frustradas o insatisfechas de la infancia - - suelen subsistir como determinantes principales de la personalidad.

Por lo tanto, el hecho de que el hombre es un todo confirma que es una entidad un organismo indivisible. Así, tanto los efectos de la enfermedad como del tratamiento no quedan nunca limitados a la porción interesada, sino que afectan al hombre en su totalidad. Es la personalidad la que determina la respuesta a la enfermedad y al tratamiento, por lo tanto el odontólogo debe de tomar en cuenta la personalidad del paciente.

Es más fácil conseguir la cooperación del paciente cuando se evita el imperativo y se le proporciona un sentido de participación en las decisiones relativas a su problema.

Es evidente que los problemas del enfermo marchen mejor cuando la relación entre enfermo-médico es de auténtica estimación y confianza, ya que de esta manera el enfermo acepta sugerencias y se atiene a las prescripciones del médico. De lo contrario, es más probable que el enfermo olvide los medicamentos y se aferre a los síntomas.

En buena parte la efectividad de nuestros esfuerzos por ayudar a nuestros enfermos va a depender de la capacidad que tengamos para comprender sus necesidades afectivas y responder a ellas.

II. - NECESIDADES HUMANAS.

El conocimiento de las necesidades o motivos de un individuo nos permitirá comprender su conducta, predecir cursos futuros de acción y adoptar medidas para producir determinados efectos mediante la manipulación de los motivos.

Las necesidades pueden considerarse como las fuentes de la conducta. El conjunto de los elementos asociados a las necesidades se designa como integrado de necesidades, esto incluye el estímulo (presión), que pone en movimiento el estado de déficit (necesidad), la actividad instrumental (la acción), las imágenes y emociones asociadas, y el objeto o incentivo que satisface la necesidad.

Murray advierte que la predicción de la conducta humana es una cuestión arraigada y recomienda que nos concentremos en los efectos de las necesidades o los objetivos, por consiguiente si un efecto concreto es deseado, determinadas conductas se perseguirán hasta que aquel se obtenga. Se persigue un determinado objetivo y la actividad y el medio se estructuran para conseguirlo, todos estos factores contribuyen a la estabilidad, el orden y la previsibilidad.

La capacidad de satisfacer las necesidades se designa como poder de refuerzo. Si descubrimos las necesidades de otros y hacemos caso para satisfacerlos, podremos controlar su conducta.

La conducta es el producto de motivos activos: la disposición motivacional solo puede observarse cuando se hace activa.

Una prueba de la existencia de necesidades la tenemos en -

el grado de disposición del organismo para responder a la misma situación de estímulo en tipos distintos.

Murray se sirve del término de presión para referirse al estímulo o a la situación, la presión hace algo a una persona o por ella. Tanto una presión positiva como una presión negativa producen un estado de desequilibrio que es restaurado mediante actividad apropiada. Los objetivos son las formas concretas en que la necesidad es expresada o satisfecha.

En nuestra práctica, dice Mittelman hemos hayado mayor cooperación de parte de los pacientes cuando les hacemos presentes las mejoras en su salud bucal. El elogio y la apreciación por la colaboración demostrada son motivadores poderosos. Nosotros tratamos de establecer una relación más con los pacientes y desde que lo hacemos, nuestros resultados han mejorado notablemente.

Los psicólogos han repetido durante años que la gente trata de cerrar los ojos ante los casos desagradables. Cuando se produce un choque entre emoción y razón, la emoción siempre resulta vencedora.

Con alguna frecuencia los profesionales basan sus decisiones en factores emocionales y luego tratan de racionalizar una razón.

En la medida de lo posible debemos tratar de evitar este tipo de conducta cuando es necesario informar a nuestros pacientes de las penas que deberán sufrir por su negligencia, lo mejor es hacerlo de manera factual y no emocional.

Los psicólogos han establecido que la mente se desplaza - -

constantemente dentro y fuera del foco, con lo que existe el riesgo de que algunos de nuestros puntos más importantes no sean captados.

Mediante preguntas nos será posible inducir al paciente a considerar cada uno de nuestros puntos, a medida que los formulemos.

Los seres humanos necesitan un sentido de seguridad y se preocupan acentuadamente ante el riesgo de perderlo.

En nuestra presentación de preceptos preventivos obtendremos los mejores resultados si recordamos esta condición humana y utilizamos términos como: preservar, prevenir, proteger, salvaguardar o mantener.

Es mucho más fácil conseguir la cooperación del paciente si se evita el imperativo y se le proporciona un sentido de participación en las decisiones relativas a su caso.

La responsabilidad del odontólogo hacia su paciente trasciende de las 4 paredes del consultorio y se extiende hasta su hogar.

Los enfermos no pueden ni deben de ser inducidos a creer que el éxito de un programa preventivo pueda basarse exclusivamente en los servicios prestados por el profesional.

Todo individuo esta esquemáticamente compuesto por 3 esferas concéntricas a saber: percepción, razón y sentimientos o emociones. La interacción de estas esferas con el ambiente circundante produce conductas, es decir, actividades perceptibles o respuestas exteriores o actitudes interiores.

De acuerdo con Maslow la esfera interior o naturaleza del

individuo está compuesta de necesidades, capacidades, talentos, temperamentos o inclinaciones. Entre los componentes de esta esfera los que más nos interesan los denominados necesidades psicológicas, pues de ellas depende el proceso de motivación que es a la vez la base del éxito de todo programa educativo.

Según la opinión de Maslow, las necesidades pueden ser agrupadas en forma de una pirámide de 5 niveles.

1.- Necesidades Fisiológicas.- O de supervivencia, que tiene importancia vital, reproducción (sexo), hambre, sed, sueño, descanso, etc. Son los más poderosos y deben ser satisfechos antes de que el organismo pueda funcionar a un nivel más elevado.

2.- Necesidades de Seguridad.- Incluyen protección contra la inestabilidad tanto física como política y económica.

3.- Necesidades Sociales.- Es decir de pertenecer a un grupo o ser aceptado por otros, de ser estimado y apreciado por los demás y es particularmente apto para enfrentar problemas interpersonales.

4.- Necesidad de Estima.- Comprende 2 categorías: la necesidad de autoestima, que determina la creación de un sentimiento de valor personal, competencia, dignidad, etc., y la de estima de poder de terceros, que origina impulsos de superación, como adquisición de conocimientos, competencia, etc.

5.- Necesidad de Autorrealización.- Es decir de alcanzar el summum en los papeles que nos toca desempeñar.

Maslow también ha establecido algunas reglas básicas que regulan la expresión de las necesidades. Las dos más relevantes con nuestra tarea son:

- 1.- Los niveles de necesidad más elevados pueden ser expresados hasta que las necesidades más básicas han sido satisfechas.
- 2.- Una necesidad básica no produce satisfacción.

NECESIDAD DE LAS RELACIONES PSICOLOGICAS CON LOS PROBLEMAS DENTALES.

Así como las necesidades fisiológicas y las de seguridad están básicamente satisfechas, en la que compone nuestra clientela, lo mismo no se aplica a las necesidades sociales y de estima, que la mayoría de las personas solo percibe parcialmente satisfechas.

Por último, el impulso de llegar al summum, de alcanzar la cúspide en un campo dado solo es aparente en unos pocos individuos, y rechazado por la mayoría que prefiere la comodidad de una mediocridad mucho más fácil y placentera.

Observese que la promoción de fabricantes y distribuidores de dentífricos y otros productos de este tipo destacan muy poco o nada el aspecto salud. No cabe duda de que los fabricantes han aprendido que los llamados a la lógica y la razón cuestan dinero pero no producen dividendos.

NECESIDADES SUPERIORES E INFERIORES.

Maslow puso en entredicho el supuesto tradicional de que la evitación del dolor y la reducción de tensión constituyen las fuentes

principales de motivación para el hombre. Propuso en lugar de esto, - que los científicos de la personalidad examinaran los afanes de desarrollo, felicidad y satisfacción del individuo.

El ser humano tiene impulsos no aprendidos, variables, básicos, para su supervivencia y permanentemente presentes. Maslow sugirió que el hombre pone en su naturaleza tendencias hacia el desarrollo, la excelencia, la respuesta afectuosa, el altruismo y las virtudes superiores.

Las necesidades pueden deformarse mediante el aprendizaje. Una deformación grave de las necesidades básicas inferiores es llamativamente manifiesta en los individuos que padecen trastornos psicofisiológicos. Las necesidades más sutiles, básicas también de la naturaleza humana, se dejan trastornar y desorientar más fácilmente como resultado de una experiencia equivocada.

Maslow efectuó una distinción valiosa entre instinto total y la tendencia instintoide. El instinto total comprende todos los elementos de todos los actos behavioral. Estos elementos no son biológicos o genéticos. Aunque en el hombre no hay instintos propiamente dichos, ha en el sin embargo, remanentes de instinto o de tendencia instintoideas. Sin embargo estas no se expresan automáticamente.

Maslow creía que las necesidades humanas están dispuestas en una jerarquía de poder y prioridad; las necesidades inferiores son más potentes y asumen así precedencia con respecto a las necesidades superiores. Únicamente si todas las necesidades inferiores (fisiológicas,

de seguridad, de afecto y afiliación, de estimación, etc.) están al menos parcialmente satisfechas puede empezar la persona a percibir sus necesidades superiores esto es, la necesidad de autorrealización.

Las necesidades deficitarias consisten en una falta o privación que actúa como fuerza impelente. Las necesidades de desarrollo producen en realidad, tensión, pero la clase experimentada de esta es positiva.

III. - IMPORTANCIA DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE.

El dentista debe de tratar de modelar el paciente a su deseo con recursos psicológicos, aplicando la influencia de su personalidad y conciliandola con la de su cliente. Esta habilidad adquirida y desarrollada constituye el arte de tratar a los pacientes.

La primer visita de un paciente adquiere mucha trascendencia para los comentarios, porque puede significar o no un cliente más. El clima es por consiguiente favorable y depende casi siempre del profesional el llegar a un acuerdo.

El paciente antes que nada llega al odontólogo con una primera impresión formada por una serie de pequeños detalles que se perciben en la sala de recepción.

La Primera Impresión en la Sala de Recepción. - El paciente es atendido en la puerta de la entrada de la casa consultorio por la asistente con un simpático y cordial saludo: "Muy buenas tardes. ¿Quisiera pasar?. Por favor tome asiento, el Dr. la atendera enseguida.

Mientras permanece en la sala la asistente le tomará los datos sociales para saber quién es y en donde vive y si es o no recomendado. También ella recogerá una impresión de la persona la cual transmitira al profesional, de manera que el dentista, al presentarse al cliente ya sepa algo de él.

Una vez, introducido mientras se saludan van del mutuo conocimiento, estudiandose y cambiando impresiones.

La asistente o el profesional invitarán al paciente a sentarse

comodamente en el sillón dental. "En que le puedo ser útil Señora"..., puede ser el lenguaje de introducción.

Mientras se lava las manos, y la asistente le pone una servilleta y prepara un vaso con agua tibia y elixir, siguen en juego una serie de procesos psicológicos que atañen al dentista, que quiere enterarse frente a quien está y el paciente, que quisiera saber como le va a ir en esta visita.

Análisis del Profesional. - Al profesional le conviene conocer al paciente, para orientar su examen y proponer su tratamiento. Serfa en este caso un error tomar prematuramente el espejo y explorador. - Hay que iniciar una conversación que debemos conducir a nuestro objetivo: saber algo más del futuro cliente ¿Quién es? ¿Cuál es su cultura?, posición social y económica y su grado de consciencia odontológica, - sus gustos sus preferencias, etc.

Por su parte el paciente elabora la segunda impresión, puesto que también observa y juzga al dentista según su actitud personal y semblante.

Puede afirmarse que las relaciones humanas siguen en curso que se determina por la simpatía o antipatía que se despierta en los demás.

El éxito o el fracaso de muchas personas se debe, respectivamente, a la habilidad de despertar sentimientos gratos o a la torpeza de herir a los demás.

El esfuerzo que hace el profesional por rodear su personalidad

dad de noticias agradables tiene su gran compensación en conseguir más clientes complacidos.

En el trato con el paciente es factor principal no darse importancia.

Algunas recomendaciones en el Trabajo con el Paciente.

1).- Adquierase el hábito de informarse bien acerca de los deseos del paciente, antes de proponerle el tratamiento. Una misma -- proposición interesará desde un punto de vista y será rechazada desde -- otro.

2).- Investigue que necesidades llena lo que Ud. ofrece. Hágase experto en adoptar una oferta a los requisitos y deseos individua -- les de cada paciente.

3).- Considerese siempre consejero del paciente, demuestre -- que a su misión tiene por objeto recomendar lo que más le conviene a -- él y lo convencerá más fácilmente.

4).- Tengase consideración escrupuloso por los sentimientos -- y opiniones de los demás.

5).- Veanse las cosas desde el punto de vista ajeno, no sola -- mente del propio.

6).- No discuta sobre honorarios ni entre en polémicas con el paciente. Justifiquelos con pruebas satisfactorias y éste ofrecerá , menor resistencia.

Durante el exámen, y a medida que avance el trato, el paciente

te completará su segunda impresión con la observación visual de la presentación física del profesional y del consultorio en todos sus detalles.

IV.- SUGERENCIAS PARA EL TRATAMIENTO PSIQUIATRI- CO DE LOS ENFERMOS DENTALES.

El tratamiento de un enfermo angustioso y emocionalmente perturbado puede constituir uno de los mayores problemas en la práctica del dentista.

No cabe duda que el empleo prudente y juicioso de la premedicación puede ser más valioso en estos casos.

La psicoterapia que utiliza el dentista esencialmente de sostén y su primer paso consiste en prevenir la angustia y estar atento a cualquiera de sus manifestaciones. Uno de los aspectos básicos de la terapéutica sostém es la importancia de la actividad y de los modelos del dentista. En efecto, es posible evitar un gran número de aberraciones de la percepción si el dentista demuestra calor, amistad, tranquilidad en el trato con sus pacientes.

También son muy importantes el aspecto y el ambiente del consultorio mismo, así el paciente se sentirá más tranquilo en una sala con muebles atractivos, colores claros, ambiente apacible, discreta música de fondo y personal amable.

El dentista puede ser infinitamente útil cuando dedica el tiempo suficiente para conquistar la confianza del paciente.

La actitud psicoterápica consiste básicamente en un determinado interés y respecto para el paciente considerado como un todo, por lo tanto, incluirá tratamientos que están de acuerdo con el interés y --

respeto.

Esta postura, unida a la habilidad técnica, asegura al enfermo un cuidado excelente de la boca y procura al dentista el éxito, además de la satisfacción de haber atendido todas las necesidades de su paciente.

V.- HISTORIA CLINICA .

La Historia Clínica es muy importante para establecer un diagnóstico. La calidad de la historia esta determinada por la capacidad de comunicación del enfermo, la atmosfera en que se realiza, pero en gran parte por la competencia del entrevistador.

El médico debe de saber el peso, edad, estado civil y ocupación del enfermo antes de empezar la entrevista, ya que estas variables ayudan enseguida a colocar los síntomas en ciertas categorías.

Los elementos de sospecha y respuestas vagas o contradictorias deben ser confirmadas por la repetición de la misma pregunta más tarde.

La comprobación de los signos y los síntomas es necesaria para ayudar a definir la entidad patológica, pero además, y tal vez más importante para excluir la mala información.

La ansiedad puede manifestarse por si misma a veces en forma de cólera o incluso de marcada hostilidad, por lo que el entrevistador podrá salvar este obstáculo manteniendo la calma y una postura tranquila.

El entrevistador debe de tener tacto para saber si en la primera entrevista es conveniente hacer la valoración del paciente que ha llevado al enfermo al hospital, o es conveniente hacer unas cuantas observaciones que no estuvieran directamente relacionadas con el problema del enfermo.

Es lógico empezar la historia preguntando el motivo por el cual el enfermo ha asistido al consultorio. El entrevistador hará preguntas adicionales que definan la naturaleza y duración de la molestia más importante.

MODELO DE HISTORIA CLINICA .

Motivo de la consulta. - ¿Qué es lo que lo lleva a la consulta?

Enfermedad actual. - Una descripción exacta de la naturaleza y curso del paciente que motivó la consulta.

Antecedentes Patológicos. - Un resumen conciso de las enfermedades, exploraciones clínicas y hospitalizaciones anteriores.

Antecedentes Familiares. - Hechos importantes relacionados a parientes sanguíneos.

Antecedentes Personales. - lugar de nacimiento, residencia, trabajo, tipo de alimentación, costumbres, etc.

Revisión de los Sistemas Orgánicos. - Preguntas relativas a la función de diversos sistemas orgánicos.

Estado General. - dolor, astenia, pérdida de peso, ingesta de líquidos, náuseas, vómitos.

Cabeza. - Vista, oídos, cefaleas, boca, garganta, voz.

Cuello. - glándula tiroides, nódulos linfáticos, tráquea.

Respiratorio. - tos, disnea, espectoración, respiración, dolor.

Cardiovascular. - disnea, dolor, edema, palpitaciones, nicturia.

Gastrointestinal.- hábito intestinal, heces (color y consistencia, dolor, náuseas, vómitos.

Genitourinario.- frecuencia de las micciones, volumen de orina, disuria, nicturia, incontinencia, alteraciones del ciclo menstrual, -dismenorrea.

Función Endocrina.- función adrenal, tiroidea, hipofisaria.

Extremidades.- temblor, claudicación, palidez, tumefacción, edema.

Neuromuscular.- debilidad, parestesias, marcha.

PACIENTE-MEDICO. LA ENTREVISTA.

El paciente acude al médico porque tiene un problema y desea ayuda. El problema puede ser sencillo y exigir solamente exámen de salud para ingresar a una escuela, un empleo o información personal, y el sujeto puede o no tener trastornos. Sin embargo, en ocasiones, al efectuar este exámen el médico descubre uno o más signos o síntomas de importancia.

Un síntoma o un signo que ocurre en una persona no es un fenómeno aislado: pueden tener interrelaciones múltiples, incluyendo --- causas, fenómenos asociados y efectos.

La actitud del paciente hacia el médico debe analizarse al obtenerse la historia clínica. La confianza insuficiente en el médico - la cólera o las reservas pueden impedir que el paciente alcance la me-

ta de obtener la ayuda del médico.

El médico debiera hacer que su actitud, sus palabras y sus acciones tengan la norma más beneficiosa para el bienestar del paciente. Hay algunas cosas que damos por sentadas en un buen médico a saber: conocimientos médicos, y confianza fundada en la competencia, control emocional antes situaciones de stress, dignidad, bondad, afabilidad y -- educación. El paciente por lo general advierte con rapidez estos casos -- incluso durante la primera entrevista.

Las reacciones del médico deben ser flexibles, naturales y -- apropiadas. Habrá de reaccionar dando tranquilidad y esperanza al paciente deprimido pero no con demasiada jovialidad.

En cuanto al paciente ansioso o temeroso, debe brindarle alguna base para que tenga confianza y valor.

La destreza del médico para obtener la historia del paciente interpretarla crecerá en proporción con los adelantos que posea en estos campos demasiado complejos.

IMPORTANCIA DE LA HISTORIA

La historia cuidadosa detallada y analizada e interpretada -- adecuadamente suele conducir más directamente al médico a la conclusión exacta que cualquier otro método de diagnóstico.

El estado emocional del paciente matiza la historia, sus antecedentes y el medio que lo rodean condicionan invariablemente sus ---

reacciones a los estímulos, y su empeño para descubrir estas reacciones. La valoración y la percepción del paciente compersona adelanta - simultáneamente al descubrir datos acerca de los síntomas inmediatos.

A menudo solo se obtienen datos importantes de la historia y la exploración física cuando médico y paciente han llegado a conocerse y han aprendido a trabajar juntos.

FORMA DE EFECTUAR LA ENTREVISTA.

Debe de disponerse de una habitación privada, no estará presente otra persona; ni paciente ni médico deben de sentir necesidad de estar en otro sitio o de dedicarse a otra tarea.

El médico no debe de estar apremiado de tiempo ni debe parecerlo conviene dejar que el paciente relato la historia con sus propias palabras. Muchos darán una descripción detallada y precisa, mientras que otros divagan y omiten datos importantes, en este caso deben de hacerse preguntas intencionadas. Debe cuidarse de que la pregunta no lleve implícita la respuesta.

Por lo general, los trastornos orgánicos causan síntomas netos: en cambio, los trastornos emocionales o nervios probablemente sean oresentados por el paciente en forma de manifestaciones vagas, al parecer sin relación alguna.

Cuando el paciente esta demasiado enfermo o excitado para dar una historia completa, se obtiene los datos lo más rápido posible del enfermo o de un familiar.

PSIQUE Y SOMA .

Los aspectos psicosomáticos actuales acerca de la salud y de la enfermedad nos han indicado que existe una íntima relación, incluso integración, entre psique y soma. En ocasiones debe prestarse mayor atención a uno que a otro, pero en el ser humano no pueden considerarse aisladamente.

La unidad básica de cada sujeto es la existencia del propósito de la medicina actual para estudiar a cada persona individualmente y como un todo, esto es, como entidad peculiar, compleja pero integrada.

MANIFESTACIONES PRINCIPALES Y ENFERMEDAD ACTUAL.

La enfermedad actual debe ser descrita en detalle por el paciente, y cuando faltan o se carecen de datos útiles, el médico debe ayudar al médico a llenar los huecos, a redondearlos, hasta obtener la historia más completa posible, y se anotarán las manifestaciones principales en orden de gravedad, señalando la duración de cada una.

ASOCIACION DE SINTOMAS: SINDROMES.

Algunos trastornos se caracterizan por asociación de 2 ó más síntomas o signos relacionados.

Debe de estar sobre aviso para identificar grupos característicos de signos y síntomas (síndromes). A menudo ello sugiere la localización anatómica de la causa.

Es importante no limitarse a aprender de memoria que determinados signos y síntomas producen un estado patológico, sino tratar de comprender lo más cabalmente posible como están relacionados estos síntomas y porque el estado patológico origina las manifestaciones particulares.

ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LOS SINTOMAS.

Mientras el médico hace la historia tiene oportunidad de formarse una noción preliminar acerca de la personalidad del paciente. Por lo regular, el relato del enfermo es coloreado por lo siguiente:

1).- Reacción Emocional.

a).- Temor,, que a veces limita los datos proporcionados, y en ocasiones conduce a la insistencia y la elaboración excesiva.

b).- Embarazo, que suele motivar afirmaciones fragmentarias o desorientadoras.

c).- Cólera, resentimiento o rebelión por estar enfermo, que a menudo hace que el enfermo culpe a familiares o algún elemento ambiental, etc. En ocasiones se utiliza para recubrir la ansiedad y temor, o como reacción de defensa contra ellos.

2).- Motivos.

a).- El más corriente; el paciente trata de ayudar al médico, porque desea alivio (que puede ser equivocada).

b).- Se consideran los motivos que pueden producir insisten-

cia excesiva o simulación: neurosis de compensación y cosas semejantes

c).- Recordar los motivos por los cuales se resta importancia a los síntomas: ambición, fé religiosa empleada en forma equivocada, etc.

EVOLUCION DE LOS SINTOMAS.

El curso de la evolución de cada síntoma que forma el cuadro clínico de la enfermedad actual debe investigarse de manera que la importancia de las modificaciones puedan considerarse en relación con cambios posibles en fisiopatología.

VI. - EXAMEN PSICOLOGICO.

Lo habitual es que cuando enfermo y médico se encuentran por primera vez, el primero tiene ya una imagen del segundo y esa imagen es más o menos distorsionada.

Las experiencias del enfermo en su primera entrevista con el médico son particularmente significativas para el curso posterior de su relación con él. La expresión facial, los modales, el tono de voz, la prudencia y la oportunidad de sus preguntas, la paciencia para escuchar, etc.

El punto que queremos enfatizar es que generalmente lo -- que el enfermo busca y lo encuentra o no lo encuentra en su relación con el médico es aceptación, simpatía o autoridad, etc., pero siempre algo más que un diagnóstico y una prescripción. Por otra parte la experiencia clínica demuestra que los enfermos mejoran o no mejoran, no solo porque el médico lo prescribe sino porque encuentra o no en su relación con él, algo que consciente o inconscientemente necesita.

La transferencia, fenómeno descubierto por Freud, es la tendencia poderosa de los seres humanos a seguir usando en épocas posteriores de su vida pautas y modos de reacción que se han originado en experiencias infantiles.

En función de ella, muchos enfermos tienden a experimentarse a si mismos como cuando eran niños y a reaccionar ante el mé

dico como si este fuera un padre poderoso.

Es evidente que los casos marchan mejor cuando el enfermo mantiene con el médico una relación auténtica de estimación y confianza, acepta sugerencias y se atiende a la prescripción del médico. En cambio, cuando en su relación con el médico predominan actitudes negativas, es más probable que el enfermo olvide los medicamentos, abandone la dieta y se aferre a los síntomas.

Generalmente, lo que conviene es enfrentar cualquier reacción negativa del enfermo para determinar sus motivos racionales o irracionales. Cuando la hostilidad presente en la relación paciente-médico es analizada no es raro que se llegue a la conclusión de que no se trata de una relación determinada por la situación actual, sino del resultado de la transferencia de hostilidades tempranas hacia el símbolo autoritario del médico que el médico encarna. Una de las formas en que los enfermos expresan su hostilidad es haciendo uso de sus síntomas, los cuales llevan una función económica en el equilibrio de su personalidad.

En buena parte la eficacia de nuestros esfuerzos por ayudar a los enfermos depende de la capacidad que tengamos para comprender sus necesidades afectivas y responder a ellas.

METODO DEL EXAMEN PSICOLOGICO.

Es innecesario que el exámen psicológico no sustituye al --

exámen clínico habitual. Para el médico, la exploración psicológica es a veces imprescindible y otras solo un complemento pero nunca es superflua.

Los objetivos del exámen son: conocer la personalidad del sujeto, es decir identificar su organización caracterológica, sus conflictos internos y sus actitudes y respuestas a las presiones externas y tratar de establecer la relación de lo anterior con los síntomas y problemas actuales. Para entender las reacciones y la situación actual del sujeto es necesario conocer sus experiencias en épocas anteriores de su vida. Los enfermos generalmente son sensibles y reaccionan a la personalidad y a las actitudes del médico.

Cuando el enfermo nos habla acerca de su situación personal, introduce en su relato cierto grado de falsificación. El pudor, la vanidad o el resentimiento juegan un papel importante en estas distorsiones que deben ser identificadas, pero vistas con tolerancia y que no deben suscitar en el explorador un juicio demasiado rígido sobre la buena fe del sujeto.

En tanto que se escucha, se observa, mediante esa observación pueden ser recogidos datos valiosos, como la expresión facial, la mirada, tono de voz, cuidado o descuido en su arreglo personal, movimientos involuntarios de las manos y los pies, sudor de la frente, etc., todo ello nos orienta hacia la identificación de ciertos rasgos del carácter del enfermo y su situación afectiva: inquietud, depresión, desconfian

za, euforia, etc.

El instrumento más valioso con que se cuenta es la **exploración psicológica** es la comunicación verbal con el enfermo. Permitirle y aún estimularlo a que hable libremente es aquí de una **importancia** mayor que en la exploración médica habitual. Lo que el enfermo dice espontáneamente, lo que el seleccione para comunicarse con el médico tiene un valor especial, aún cuando el relato sea **desordenado**. En todo caso unas cuantas preguntas al final de las entrevistas --- permiten al explorar fijar el orden cronológico. Sin embargo, **rara** vez es el enfermo capaz de darnos espontáneamente en una o varias entrevistas todo el material que necesitamos.

ESTUDIO BIOGRAFICO.

a).- Datos Genéticos.

Conviene precisar si en la familia del sujeto, progenitores y ramas colaterales hay antecedentes psicopáticos, casos definidos o sospechosos de debilidad mental, psicosis, psicopatías, adicción, **psiconeurosis** severas, padecimientos psicósomáticos. Aunque muchos de estos datos permanezcan conjeturales, el conjunto da una idea de la clase de dotación hereditaria con que el sujeto ha iniciado su vida. Cuando sea posible, es también importante reunir datos acerca del nacimiento y de la evolución del embarazo de la madre.

b).- Infancia y Desarrollo Temprano.

Debe anotarse, si en la infancia el sujeto presento enuresis, si hacia berrinches, si presento espasmos de sollozo o terrores nocturnos, así como vómitos, diarreas, y trastornos respiratorios -- frecuentes. Con el objeto de establecer la situación dinámica familiar, y las actitudes de los padres y otras personas significativas hacia el niño.

Un punto importante es establecer la autoridad ejercida sobre el niño por cada uno de sus progenitores. El objeto es identificar rasgos de autoritarismo, arbitrariedad e irracionalidad o bien los de una autoridad racional, orientadora y promotora de la autonomía.

Las relaciones de los padres entre sí y con los hijos y la de los hermanos entre sí con los padres determina el clima emocional del hogar, de ahí que deban ser investigados la armonía, o desarmonía, los disgustos y las amenazas en presencia de los hijos, y la utilización de cada uno de estos por uno de sus padres como amenaza para el otro.

Las condiciones especiales del hijo único deben de ser tomadas en cuenta. Por último, debe interrogarse al sujeto acerca de experiencias o situaciones en la infancia que han sido para él particularmente dolorosas o amenazantes.

c).- Situación Escolar.

Las reacciones y las experiencias del niños en las situacio-

nes de mayor independencia que plantea la escuela desde su iniciación hasta su terminación deben ser exploradas. La reacción del niño a la asistencia a la escuela las primeras semanas, su capacidad para el aprendizaje y el aprovechamiento escolar, su relación dinámica con el grupo, su cooperación, su actitud pasiva o aislacionista son datos necesarios. También debe interrogarse al enfermo acerca de lo que considera sus experiencias más notables en su vista escolar.

d).- Pubertad y Adolescencia.

La época de la vida comprendida entre los 12 y los 18 años se caracteriza por la intensificación de los impulsos sexuales y por cambios importantes en las relaciones familiares y en las exigencias sociales del sujeto. Conviene interrogarlo acerca de sus actitudes hacia la relación entre los sexos y de la actitud de su padres hacia estos temas.

El adolescente frecuentemente tiene temores acerca de su capacidad sexual y de su atractivo que ejerce en el sexo contrario. La adolescencia es la época en que se revisan críticamente los valores éticos y religiosos, de ahí que este aspecto tiene que ser investigado. No debe de perderse de vista que la pugna del adolescente no solamente es con sus padres, sino con todo el que representa autoridad, es decir sus maestros, la iglesia, las instituciones sociales, etc. Por último hay que conocer cuales fueron durante esta época los principales intereses extra-escolares del sujeto; sus lecturas, sus ídolos, sus actividades --

recreativas, etc.

e).- Juventud y Edad Adulta.

Los problemas de esta época de la vida se centran en torno a la formación de una nueva unidad familiar y el desarrollo profesional y ocupacional.

En la mujer, otros aspectos de orden cultural pueden juzgar el papel más significativo, aunque los casos señalados en el varón también deben de tomarse en cuenta, tras la soltería prolongada suelen encontrarse condiciones narcisistas graves, fijaciones incestuosas y -- desviaciones sexuales.

Las áreas principales de fricciones o incompatibilidades deben ser identificadas, así como los cursos profundos de hostilidad y de rivalidad. Las actitudes del sujeto hacia sus hijos y otros miembros de la familia también tiene un interés.

f).- Climaterio y Senectud.

El climaterio trae consigo la activación de viejos conflictos y crea para el individuo la necesidad de reestructuración, sus metas e intereses. En esta "edad crítica" son muy frecuentes los sentimientos de futilidad, de depresión, la exacerbación de la autocrítica, el medio-al futuro, etc. La mujer tiene dificultad para aceptar la pérdida de sus atractivos y de su capacidad reproductora. Al varón le preocupa la disminución de su potencia sexual y su capacidad para el trabajo ---

Ambos sienten amenazada su seguridad y su prestigio y miran con aprehensión y recelo el futuro.

Por último, es necesario precisar si se han iniciado en el enfermo cambios tales como déficit de memoria, del juicio y la autocrítica, etc.

EXPLORACION DE LA PERSONALIDAD.

a).- Situación Actual.

Debe estimularse al sujeto para que amplie su información acerca de su situación actual, particularmente en lo que se refiere a su vida familiar, ocupacional y social. Es particularmente importante conocer si el sujeto considera satisfechos sus necesidades de aceptación, seguridad y prestigio. Es útil comparar los logros efectivos del sujeto con sus aspiraciones y sus metas. La diferencia apunta a ciertas áreas de frustración y de conflicto.

b).- Adaptación y Forma de Relación.

Conviene obtener una descripción de lo que el sujeto considera sus pautas habituales.

No debe perderse de vista que una buena adaptación social no es necesariamente un índice de salud mental. Muchas personas adaptadas viven poseídas de un sentimiento de futilidad y vacuidad que puede llegar a ser intolerable.

c).- Afectividad.

Nos interesa conocer el tono afectivo predominante y si es

estable o comprende a cambios cíclicos, también nos interesa conocer el nivel de energía para la afectividad física y mental y la lentitud o la impulsividad de las reacciones. La libertad del individuo para expresar sus afectos.

d).- Intelecto.

Una apreciación suficiente del desarrollo intelectual puede basarse en el vocabulario que usa el sujeto, su forma de enfocar los problemas y los juicios que expresa. Para completar la explicación del área intelectual es conveniente hacer al enfermo algunas preguntas sobre su talento y limitaciones especiales.

e).- Sistema Defensivo.

Las defensas mentales se hacen particularmente ostensibles en situaciones de frustración y de conflicto. ¿se inclina a distorsionar la realidad? ¿Se vale para lograrlo del alcohol o de otras drogas?

La tendencia a maniobrar o manipular a los demás como técnica de "lucha por la vida" debe ser investigada. La tendencia a intelectualizar la vida en lugar de sentirla es una defensa frecuente de consecuencias graves.

f).- Sentido Moral.

Cual es la opinión del sujeto son los principios morales que rigen su conducta, Continúa rigiendose por una moralidad de tipo infantil o ha evolucionado moralmente como resultado de sus experiencias.

g).- Intereses y Adhesiones.

Que interés tiene el sujeto al margen de su ocupación principal, cuales son sus intereses recreativos, culturales, estéticos, religiosos, espirituales, etc., de las respuestas puede obtenerse importantes datos para conocer la estructura de su carácter y la retención y profundidad de su vida mental.

h).- Conflictos Principales.

Consideramos particularmente fructífero el tratar de determinar el conflicto central que puede ser susceptibles de ser relacionado con circunstancia de la infancia. La identificación de este drama personal guía hacia la presencia de otros conflictos que generalmente están subordinados al principal.

i).- Organización Caracterológica.

Un número considerable de rasgos caracterológicos son susceptibles de ser agrupados en torno de la orientación dominante. Tendencias Pasivo-Receptivas.

Tienen su raíz en la debilidad biológica de la especie humana y se manifiestan por la propensión a permanecer pasivo y dependiente, son susceptibles a la actividad y a la autonomía.

Las tendencias orales se manifiestan por la inclinación a vivir en función de lo que los demás puedan dar. El sujeto receptivo no produce, espera a que se le de o en todo caso arrebatada.

Tendencia Retentivo-Destructivas.

Pueden ser las que predominen y orienten la organización-caracterológica del sujeto, a este pertenecen rasgos como el perfeccionismo, la terquedad, la tendencia a sobre valorar el orden, la limpieza y la disciplina.

Tendencias Aislacionistas.

Estos sujetos se describen a si mismos como introvertidos, lo que de hecho son. En tanto que algunos aceptan su soledad, otros intentan negarla mediante una exagerada sociabilidad y el establecimiento de relaciones pseudo-intimas con otras personas.

j).- Madurez y Productividad.

Es necesario indagar en que grado el sujeto tiene capacidad para vivir autónomo, responsable y productivamente. Como reacciona el sujeto cuando se encuentra en la necesidad de resolver problemas por si solo

k).- Imágen del Yo y Actitudes hacia si mismo.

Que imágen tiene el sujeto de si mismo, de su carácter, sus capacidades y sus limitaciones. Tiene consciencia de la naturaleza e implicaciones de sus desajustes psicológicos.

Las defensas erigidas específicamente contra estas fuentes de angustia dan la clave: conducta pseudo-intima, tímida, o autofrustrativa.

VII.- DIVERSAS CLASES DE PACIENTES EN EL EXAMEN Y PARA EL TRATAMIENTO.

Ya se ha reunido a los pacientes para su exámen en 2 grupos, que son:

- a).- Pacientes Ideales para Dentistas Ideales.
- b).- Pacientes Promedios para Dentistas Promedios.

Al abordar el exámen desde el punto de vista práctica, debemos de estudiar las clases de pacientes promedios que se presentan en los consultorios, y que se pueden dividir de la siguiente manera:

- a).- Pacientes Ocasionales.
- b).- Pacientes para ~~Asistencia~~ Parcial
- c).- Pacientes ~~para~~ Asistencia Total
- d).- Pacientes Recomendados.
- e).- Pacientes Estables.
- a).- Pacientes Ocasionales.

Se presentan en el consultorio a cualquier hora, generalmente motivado por una pulpitis o reacción inflamatoria del periápice. Solicitan una extracción y el dentista se concreta a examinar al paciente en forma parcial aconsejándole la curación o realizando la extracción dentaria. En ese como en todos los casos debe sembrar cultura odontológica, que él u otro profesional recogerá el fruto.

b).- Pacientes para Asistencia Parcial.

Son los más frecuentes, en particular en los barrios de las ciudades grandes y poblaciones rurales. Se presentan también sin hora y sin saber nada del dentista. Sospechan que tienen algunas caries, pero solo disponen de recursos limitados para atenderse y van al consultorio que esta más cerca de su casa. Lo hacen con miedo al dolor y en particular a los honorarios. Entran a actuar los factores psicológicos y técnicos, pero ya sabe que tienen que hacer un exámen parcial.

c).- Pacientes para Asistencia Total

Son aquellos con las características de los anteriores, y más frecuente también en todos los consultorios. Estos pacientes dicen que no pueden comer bien, tienen caries, varias raices para extraer, las encías le sangran y les faltan varios dientes. El odontólogo procede al estudio psicológico y técnico del paciente.

Muchos de estos pacientes no van en busca de un exámen sino de un presupuesto para curarse la boca. Se quedarán con el dentista que les resulte más económico. En estos casos solo se le hablará de extraer los dientes perdidos y salvar los enfermos. Una vez que al paciente se le haya conquistado con el trato y el buen trabajo, es posible que esté más dispuesto a prolongar su asistencia.

Frente al paciente de esta categoría hay que vencer la tendencia a hacer honorarios altos y por atención completa. En muchos

casos la ilusión de un presupuesto alto dura un momento justo el tiempo que se necesita para rechazar el plan.

d).- Pacientes Recomendados.

Esta clase de pacientes tienen a favor del dentista fe con -- que van al consultorio, confiado en la reconocida capacidad y honradez del profesional.

El exámen prolijo de la boca nos dirá si se esta en presencia de un tratamiento corto o largo; si la atención recibida con anterioridad esta bien o mal ejecutada; si ya tiene trabajos de categoría o no, vales decir si el paciente está acostumbrado a una atención de buena o modesta calidad, si esta conforme o no con la asistencia que ya recibió, si prefiere la estética a la resistencia, si dispone de tiempo para atenderse. Estas observaciones así como algunas preguntas sobre las aspiraciones del paciente, irán orientando sobre sus intenciones y deseos de cada paciente.

Por otra parte, también el paciente habla, y se le puede llevar a temas que le interesen, para ir sacando deducciones que ilustren sobre su psicología, cultura e importancia. Se va así recogiendo datos para hallar un terreno favorable para decidir el plan adecuado de atención profesional. Se debe llegar, después de un prolijo exámen, a un presupuesto que el paciente quisiera conocer; pero antes de concretarlo debemos estar orientados sobre su calidad.

e). - Pacientes Estables.

Son pacientes que concurren de nuevo cada 6 meses, un año o dos, con ellos y en presencia de su ficha dentaria, se examinarán los trabajos anteriormente efectuados y se hará un nuevo exámen minucioso de los dientes y del paradencio, se obtendrán las radiografías o modelos necesarios y se informará al paciente del estado de su boca, teniendo en cuenta la conducta que se siguió cuando lo examinamos por primera vez, o rectificándola si en aquella oportunidad no fuimos afortunados.

PACIENTES QUE NO ATIENDEN SU DENTADURA

Nos referimos a aquel a quien estamos dispensando una atención prolongada, que ha comenzado por la eliminación del tártaro, la curación de su gingivitis y de las varias caries que puede tener, y que a pesar de ello, notamos que durante el tratamiento notamos que no sigue las indicaciones sobre profilaxis e insiste en no cepillarse los dientes. Esta negligencia, más comprensible en el público humilde alcanza también a gente culta, o por lo menos adinerada, que va al consultorio sin cepillarse los dientes, que va al consultorio sin lavarse los dientes, y en consecuencia, antes de terminar el tratamiento hay que hacerle otra limpieza.

A estos pacientes desprolijos en su limpieza dentaria que terminan por ser desesperantes hay que educarlos con una gran dosis-

de paciencia, de lo contrario, los trabajos efectuados fracasarán, y en ningún caso le echarán la culpa a su propia negligencia.

Es justo reconocer que si un odontólogo conoce bien a fondo su profesión no se le puede negar que es un buen dentista, pero puede ser un gran técnico y no tener éxito en la profesión. Ello sucede porque para el éxito completo se requieren otras condiciones, cada una de las cuales aisladamente nada significan pero le permite al buen técnico ser un gran dentista.

Las condiciones que enumeró Kells son las siguientes:

- 1).- Que tenga conocimientos y habilidad como dentista.
- 2).- Que sea trabajador.
- 3).- Que sea limpio.
- 4).- Que tenga criterio
- 5).- Que tenga personalidad
- 6).- Que preste un buen servicio
- 7).- Que sea honesto y nosotros agregamos:
- 8).- Que tenga paciencia.
- 9).- Que sea organizado

La primera condición para el éxito permanente cuando se cumple el requisito básico de ser honesto es conocer bien la profesión.

Esta verdad nos lleva a desarrollar una ley que enunciamos:

Los conocimientos técnicos del dentista no son proporciona-

les a su clientela, sino que la clientela es proporcional a la capacidad-técnica del dentista.

QUE TENGA PERSONALIDAD.

Se entiende por personalidad la, fusión de las 2 individualidades del hombre; la corporal o física y la anímica o psíquica.

El éxito solo se logra cuando es perfecto el equilibrio fisiocorporal de la persona humana, vale decir, cuando está en euforia, que es la salud completa e integral del cuerpo y del alma. No hay perfección verdadera de la personalidad física sino a condición de que se cumplan las 4 armonías biológicas:

- a).- La belleza que es la armonía de las formas.
- b).- La bondad que es la armonía de los sentimientos.
- c).- La salud que es la armonía de las funciones.
- d).- La sabiduría que es la armonía de la inteligencia.

Agrega Cantillo: "La personalidad humana bien equilibrada es capaz de encauzar adecuadamente su energía y vencer así el miedo original, físico, psíquico y metafísico.

DIFERENTES TEMPERAMENTOS.

La humanidad puede dividirse, según el psiquiatra Yung, en 2 grandes extremos: introvertidos y extrovertidos.

Krestchmar fué más allá que Yung, y comprobó que estos 2 grupos, además de su diferencia psíquica, también la tienen física.

INTROVERTIDOS.- son orientados hacia adentro. Son imaginativos soñadores, retraídos y subjetivos. Su energía la dirigen hacia el pensamiento que a la acción. Físicamente son gráciles y afinados, de rostro alargado, facciones angulosas, tez pálida y pigmentada. La energía vital es ante todo psíquica.

EXTROVERTIDOS.- Son emprendedores, dinámicos, activos y sociales gastan su fuerza vital en ir y venir, tienen una vida muy activa quedándole por lo tanto, poca energía para el pensamiento o el ensueño. Son por lo tanto, objetivos y realizadores. Físicamente son de cara y cuerpo ancho, con un fuerte desarrollo muscular y el carácter--vertido hacia el mundo exterior.

Con menos frecuencia se encuentra el isovertido, que es capaz de equilibrar la energía psíquica y la física en forma de vibrar intensamente con el mundo exterior, al tiempo que perciben con nitidez--los designios del alma. Son por lo general hombres mediocres que pasan por la vida sin dejar rastros.

Es el hombre sin las ambiciones capaces de llevarlo a la lucha creadora por falta de aliento de superación.

No obstante, tanto el introvertido como el extrovertido son seres absolutamente normales siempre que unos y otros se mantengan--en armonía con los demás de la especie humana y con el mundo exterior.

El introvertido rebelde que viene siempre cavilando lleno de--

temores y dudas, aislado de la sociedad, con miedo a la vida y a la muerte, es el inadaptado que lo vemos ver huyendo de nuestra compañía y que no tarde en ser el sujeto esquizoide o que va en camino-- hacia una perturbaciones grave.

El extrovertido inadaptado que al creerse más fuerte y perfecto que sus semejantes, quiere dominar a la sociedad, al medio ambiente, protegerla, cambiarla, y al fracasar en su intento, cae en la misantropía. Se conocen como paranoideos.

El dentista, para subsistir necesita tratar con el público, - de 6 a 20 pacientes por día, todos distintos. Si en realidad quiere -- vivir de ellos, tiene que adaptarse, ya sea introvertido o extrovertido.

IMPORTANCIA DE LA PERSONALIDAD.

Cuando el paciente nos ve, solo aprecia la personalidad física cuando transmitimos nuestros pensamientos, percibe la psíquica.- Al desperdirmos de este, ya tiene los elementos para juzgar nuestra-- personalidad integral.

Algunos detalles que a nuestra opinión ayudan a mejorar la primera impresión son:

- 1.- Sensación de aseo personal, que trae la primera compensación.
- 2.- Amabilidad.- es parte del temperatura de un individuo,- pero la educación contribuye a corregir, mejorando o atemperando los-

impulsos negativos del yo.

La sonrisa es la mejor compañía para la amabilidad; diremos que es símbolo de cortesía.

QUE SEA TRABAJADOR.

Aquel que estudia, que se perfecciona, que trata de especializarse, que escribe, que se dedica a la enseñanza, que hace laboratorio, es un dentista trabajador.

Si solo se esta preparado para realizar trabajos de inferior calidad, nunca se podrá aspirar a una clientela dispuesta a trabajos de superior calidad.

El trabajo consciente es la llave del éxito.

QUE SEA LIMPIO.

El público aprecia enseguida al dentista limpio y rechaza al desprolijo, por mejor técnico que sea. En cuanto al consultorio refleja en si la limpieza del odontólogo.

QUE TENGA CRITERIO.

El criterio se refleja siendo, se establece la armonía entre la aplicación de los conocimientos técnicos y la situación del paciente.

Un mismo caso puede resolverse de maneras distintas, y el saber elegir lo mejor, tanto desde el punto de vista técnico como-

del paciente demostrará el criterio del dentista. Conocer bien lo que le conviene al paciente es importante, pero también lo es la habilidad para que nos deje aplicar nuestro punto de vista.

QUE PRESTE UN BUEN SERVICIO.

Buen servicio es la aplicación de muchos pequeños detalles, tanto técnicos, espirituales como sociales que la agudeza del ingenio-- de cada uno debe percibir, lo cual se logra mejor si se atiende a cada paciente como nos agradaría que nos atendieran a nosotros.

QUE SEA HONESTO.

Más que definir la honestidad debe sentirse. Cuando el profesional es realmente honesto su conducta trasciende y le crea por ello una aureola de prestigio. Cuando, después de los primeros años, ha sabido crear un clima de confianza en sus pacientes tiene asegurado -- gran parte de su porvenir.

QUE TENGA PACIENCIA

Pocos trabajos y profesiones exigen mayor paciencia. El -- profesional nervioso, precipitado en la o en los hechos, malas condi--- ciones tiene para ejercer.

VIII. - EXAMEN/DIAGNOSTICO/PRONOSTICO/TRATAMIENTO.

Diagnóstico. - Es el resultado del estudio clínico que permite saber la verdad sobre el grado de salud, parcial o general de un individuo.

El exámen del paciente abarca varios aspectos, que Friend resume así:

- 1). - Estudio de la historia del paciente.
 - a). - Observación del trato del paciente, expresión facial, conversación, etc.
 - b). - Historia dental.
 - c). - Observación de los síntomas extraorales relacionados con el mecanismo oral.
 - d). - Salud general, dieta, etc.
 - e). - Condiciones personales del paciente, hábitos, edad, ocupación, etc.
- 2). - Exámen del paciente.
 - a). - Exámen minucioso y detallado de los dientes y del resto de la boca.
 - b). - Ensamblamiento del estudio de los factores extraorales con los intraorales.
 - c). - Radiografías, modelos de estudio, pruebas de laboratorio.
 - d). - Diagnóstico.

Friend y muchos otros autores de tratados de economía den

tal opinan que para un exámen buco-dentario correcto hacen falta 3 visitas del paciente.

Primera Visita.- Se le tomarán sus datos personales: nombre, dirección, etc. Se le formularán preguntas sobre la salud general, se observará la expresión facial, posición social, conversación y grado de cultura.

Una vez completada la historia se tomarán buenas impresiones del maxilar superior e inferior, y una serie de radiografías de los dientes y hueso maxilar.

Segunda Visita.- Se da comienzo al exámen clínico detalladamente, enfocandose hacia las dos grandes enfermedades que pueden afectar la boca del paciente: parodontosis y caries, de las cuales haremos un exámen prolijo que debe de considerar todos los aspectos de la patología de esas afecciones.

Tercera Visita.- Se le informará del resultado del exámen, el pronóstico y la indicación del tratamiento.

Terminado el aspecto científico se da paso al económico, vale decir el presupuesto, y la forma en que se cubrirá, todo lo cual deberá quedar perfectamente aclarado en esta visita. Si el paciente no está de acuerdo con el tratamiento proyectado, se harán los honorarios por el tiempo empleado y por las radiografías tomadas.

Pero vale decir que a pesar de que el dentista sabe como atender a un paciente nuevo, en la práctica se tiene que ajustar a las razones o vencer a los enemigos que le impiden realizar el ideal de un exámen perfeccionado, entre los cuales pueden ser mencionados los si-

guientes:

Enemigos del Exámen Completo.

1). - El paciente para asistencia parcial que solo quiere obturarse un diente.

2). - El paciente que no acepta una serie de radiografías - porque no quiere gastar en ellas, o no cree que le hagan falta, porque "no siente nada en su boca".

3). - El paciente a quien no le agrada que le hagan muchas preguntas sobre su salud general.

4). - El paciente a quien le interesa más el monto de los honorarios que el exámen.

5). - Los pacientes que no tienen interés en salvar sus dientes.

6). - Los pacientes que "no tienen tiempo para perder" y -- quieren que su tratamiento sea breve y rápido.

7). - El paciente a quien le interesaría un exámen y una rehabilitación total de su boca, pero que no tiene dinero para ello.

De todos estos enemigos el más influyente es el económico.

IX. - ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL DOLOR.

El dentista se enfrenta diariamente con el problema del dolor. A veces es de origen desconocido, claramente físico u orgánico, de naturaleza funcional psicógeno, o más frecuentemente; una combinación de todos estos factores.

Para el niño, el dolor se enlaza a otras experiencias desagradables, como el hambre o la sed, y su respuesta habitual es el llanto y el aumento de la actividad motora.

La palabra dolor (pena) deriva del vocablo latino poena que significa sanción o castigo.

Las experiencias dolorosas más frecuentes en la infancia son simples lesiones que atraen la atención y el cariño de la madre. Si hay un familiar que es un enfermo crónico y recibe las atenciones de la familia, el niño puede, por envidia, sufrir también el dolor con el fin de obtener las mismas atenciones y el cariño.

Todas estas experiencias infantiles influirán sobre la futura actitud del niño frente al dolor y al significado que al mismo le da.

Penman afirma: para algunos enfermos incluso los que tienen dolor crónico más intenso... llega a ser una posesión atesorada. Cuando se curan, se deprimen o reiteran con exceso la inevitable nostalgia de la cura, o encuentran otros síntomas.

Una observación clínica frecuente es que el mismo individuo, en épocas distintas, tolera de forma diferente el dolor. Las reacciones a los mismos estímulos dolorosos son muy diferentes en los distintos -

individuos, el grado de esta respuesta puede variar desde una reacción mínima a un colapso psicomotor total. Los investigadores que han tratado de definir el umbral del dolor en las personas han encontrado que aquel puede alterarse por los analgésicos, la sugestión y la hipnósis.

El éxito o el fracaso de los agentes terapéuticos han demostrado ejercer una gran influencia en la actitud del sujeto. En el hombre la insensibilidad al dolor es rara, pero se han descrito algunos casos.

Algunos investigadores han señalado que, en ausencia de una anomalía neurológica, la poca o nula reacción al dolor tiene un fundamento psicológico. Desde el punto de vista del individuo la percepción del dolor es real, con indiferencia de su origen, tanto si es orgánico como psicógeno.

La sensación dolorosa puede percibirse sin ninguna estimulación periférica, como en los sueños, en las alucinaciones, o en los miembros dolorosos fantasmas.

El dentista debe de estar atento a la posibilidad de que el dolor sea de origen psicógeno cuando nada indica la existencia de una enfermedad orgánica y el síntoma es banal, inconsciente y no sigue el trayecto del nervio. En estos casos, el inicio del dolor puede relacionarse con un trauma psicológico, o puede haber una historia antigua de repetidos episodios de dolor persistente. El dolor psicógeno puede calmarse a veces con el uso de un hipnótico o de un sedante cuando los analgésicos tienen poco o ningún efecto.

El dolor siempre contiene elementos de culpa, castigo y debilidad. Generalmente, el enfermo con sensación de culpabilidad es - - que inconscientemente elige el dolor como síntoma. Las características de este enfermo crónico son la depresión, la conducta autodestructiva, - la tendencia al desastre o al accidente y las relaciones interpersonales insatisfactorias o punitivas. Este paciente tiene en la historia antecedentes de muchas intervenciones quirúrgicas y dolorosas.

El dolor puede llegar a ser una fuente de satisfacción y, - en algunos casos de placer sexual.

Gross afirma que en un grupo de enfermos que padecían dolor crónico en los dientes o en los maxilares había un conflicto emocional acompañante o asociado a un desequilibrio sexual o social.

Algunos enfermos hacen coincidir el comienzo del dolor con un traumatismo dental como una moledura, extracciones, períodos prolongados de tratamiento y falta de preparación para las extracciones.

En las mujeres menopáusicas hay una frecuencia relativamente alta de dolor oral, un alto grado característico de sensación de culpabilidad, depresión y ansiedad.

En la literatura hay publicaciones que describen dolor oral, dolor articular temporomandibular y glosodinea en mujeres menopáusicas y posmenopáusicas.

Para muchos enfermos la aguja hipodérmica tiene un significado muy simbólico, y la sensación de entumecimiento en la boca puede ser causa de ansiedad. Las sensaciones físicas en las zonas bucales

se encuentran entre las causas más precoces de auto-atención en el niño y por ello, en el adulto, la pérdida de la sensación puede ser más molesta que el mismo dolor.

La anestesia general ligera produce a menudo un estado hipnógeno con distorsiones en la percepción y en la experimentación de la realidad. Estas distorsiones se toleran bien en individuos normales, pero pueden aumentar los problemas en aquellos enfermos cuyo estado bordea la psicosis o en enfermos de edad avanzada con síntomas mentales orgánicos. En estos enfermos las alteraciones de la percepción pueden ser el origen de una ansiedad abrumadora, dando lugar a una conducta desorganizada con reacciones psicóticas. Otros enfermos pueden vivir tales fantasías en el estado hipnógeno que no pueden llegar a diferenciar la fantasía de la realidad. Si la imagen del dentista se incluye en esta fantasía, el enfermo puede reaccionar de una forma inadecuada una vez restablecido. En algunos casos cuando mantiene solo un escaso ajuste a la realidad, la anestesia general puede producir una descompensación psicótica.

Los agentes psicofarmacológicos, como los antidepresivos y los tranquilizantes, pueden ayudar a los analgésicos en el tratamiento del dolor. En el dolor crónico debe siempre tenerse en cuenta el peligro de habituación y de adicción.

El dentista debe siempre advertir al enfermo que ya es un drogadicto y que se aqueja del dolor intenso o crónico con la esperanza de que le suministre el fármaco.

X. - TRASTORNOS PSICOGENOS.

Los factores psicológicos tienen importancia para comprender las molestias bucales y dentarias.

La conducta humana es el resultado de un sistema de impulsos o motivaciones como el sexo, la agresión o la dependencia, y el aparato mental que encauza, dirige y controla estos impulsos. Normalmente, este aparato mental funciona para buscar y obtener satisfacción de los impulsos, pero a veces puede servir para inhibir esa satisfacción.

Estos conflictos psicológicos originan angustia, la cual es una emoción desagradable y para evitarla se hacen intervenir a los patrones fundamentales de las enfermedades psicógenas. Incluyen los mecanismos de defensa o mentales que modifican los impulsos de una persona para permitir una transacción de satisfacción parcial con angustia disminuida.

Si estos mecanismos mentales no son eficaces, es decir, sino permiten una satisfacción suficiente sin una perturbación excesiva de la capacidad de adaptación, se produce la enfermedad. Estos pueden manifestarse en forma de síntomas que son percibidos por la persona como indeseables u ocasionar rasgos que dificultan su funcionalismo adaptativo óptimo. Así, el apretar los dientes persistentemente puede representar una transacción entre impulsos agresivos como morder y los esfuerzos para controlarlos o inhibirlos.

Muchas personas consideran los síntomas emocionales como

humillantes, pero ven los síntomas somáticos como respetables.

Un stress psicológico es un proceso en una persona o en un ambiente, que requiere una respuesta de su aparato mental, lo cual pone en peligro temporalmente el equilibrio psicológico y se crea la posibilidad de un conflicto psíquico.

El stress se ha dividido en 3 categorías:

- 1.- Pérdida real o amenazante de dolor o de mutilación.
- 2.- La probabilidad real o amenazante de una persona, objeto valioso o función corporal.
- 3.- Frustración de impulsos básicos.

El stress psicológico puede originar trastornos psiquiátricos manifestados por perturbaciones del pensamiento, sentimientos, conducta, relaciones sociales y procesos somáticos. Se dividen en psiconeuróticos, psicopatológicos, de la personalidad y psicóticos.

a).- Psiconeuróticos.- Se caracterizan por el sentimiento subjetivo de angustia que puede manifestarse o dominarse mediante diferentes mecanismos de conducta.

b).- De la Personalidad.- Percibe escasa angustia subjetiva y menos sufrimientos que en los demás trastornos.

c).- Psicóticos.- Se caracterizan por la desintegración de la personalidad con fallo de la capacidad de percibir, valorar y ensayar la realidad.

d).- Psicopatológicos.- El sufrimiento puede llegar a presentar disfunciones fisiológicas y finalmente daño a los tejidos más

que defensas neuróticas o retirada psicótica.

En cada una de las categorías se observan síntomas somáticos. La angustia es una emoción compleja que se manifiesta por sentimientos subjetivos y alteraciones fisiológicas (modificaciones en la frecuencia del pulso, respiración, sudoración, náuseas, diarrea, etc.).

Así, el miedo y la depresión disminuyen la secreción salival y modifican su composición química, pudiendo desempeñar un papel en la caries. Los factores emocionales que actúan a través del sistema nervioso autónomo afectan al tono vasomotor y así a la patogenia de la enfermedad periodontal.

La clase de conflicto psicológico es uno de los factores que determinan qué aspecto somático de la angustia será el más destacado en una persona determinada. Una manifestación de ello puede ser el bruxismo (rechinar de dientes). El bruxismo, a su vez, puede ocasionar periodontitis crónica o síndromes de la articulación temporomaxilar.

La angustia puede ocasionar una percepción aumentada del dolor. Los aspectos fisiológicos de la angustia y el stress también implican mecanismos endocrinos. Las alteraciones de la función cortico-suprarrenal pueden afectar a los tejidos bucales y al desarrollo de enfermedades dentarias.

Un síntoma de "conversión" puede afectar cualquier parte del organismo. Como la boca representa el primer origen importante de placer para el niño, las amenazas a este placer en la vida del adulto pueden concentrar los conflictos en la boca.

Cualquier síntoma bucal puede expresar conflictos relacionados con la dependencia y los sentimientos de abatimiento que se producen cuando las necesidades de dependencia están amenazados.

Los conflictos psicológicos pueden ocasionar hipocondría, inquietud persistente y exagerada del cuerpo y marcada preocupación por la función corporal, que pueden originar una percepción sutil de sensaciones físicas que normalmente son subliminales.

Las fuentes de angustia o sufrimiento en el enfermo tienen una relación manifiesta con el comienzo y la exacerbación de las molestias.

Las costumbres y los rasgos de carácter que se producen a causa de un conflicto psicológico pueden originar una enfermedad física. Así, el chuparse el dedo puede estar relacionado con problemas de la oclusión, las preferencias para los alimentos dulces y blandos pueden predisponer a enfermedades dentarias, y la adaptación pasiva a la vida con falta de atención a la higiene bucal y a la profilaxis o tratamiento dentario pueden agravar las enfermedades de los dientes. El enfermo que no se cepilla los dientes o no lleva la prótesis y adquiere una enfermedad bucal sufre una enfermedad psicógena, como el enfermo con periodontitis ocasionada por un stress o un síntoma de conversión dolorosa. Las costumbres y rasgos localizados en la boca van frecuentemente asociados a personalidades bucales o dependientes. Estos hábitos están determinados por experiencias de la infancia y en gran parte son inconscientes; así, el enfermo puede desconocer el fundamen-

to de su conducta y resultarle muy difícil ejercer dominio sobre ella.

Los enfermos psiquiátricos pueden tener preocupaciones - - hipocondríacas o ilusiones psicóticas respecto a partes del cuerpo. Es - - tos síntomas están basados en poderosas fuerzas inconscientes que des - - van al enfermo desde la realidad a sus fantasmas interiores propias. - - Una explicación tolerante y comprensiva, aunque sea rechazada al co - - mienzo, puede ayudar al enfermo a restablecer el contacto con la rea - - lidad.

Como es natural, la psicosis no protege respecto a las en - - fermedades dentarias y los enfermos psicóticos tienden a discutir to - - dos los síntomas de una manera rara e incoherente, dificultando con - - ello el diagnóstico. Incluso ilusiones extravagantes y rebuscadas pue - - den estar basadas en dificultades somáticas mínimas y el diagnóstico - - tratamiento habituales no solo pueden ser útiles a la enfermedad corpo - - ral sino también al proceso psiquiátrico.

Tres síndromes clínicos caracterizados por dolor tienen - - importantes orígenes psicógenos.

a).- Glosodinia.- Es uno de los síndromes más típicos de - - la psiquiatría. Es frecuente en mujeres con síndromes depresivos de - - involución. Una mujer en los años siguientes a la menopausia se vuel - - ve deprimida, se siente inadaptada y no amada, y mira hacia tiempos - - pasados con pesar y desesperación por oportunidades perdidas y las es - - peranzas no cumplidas de su juventud. El síntoma puede representar - - impulsos de dependencia o sexuales no satisfechos, y el rechazo si - -

multáneo de estos impulsos, que puede llevar a una satisfacción sustitu
tiva a partir del odontólogo, puede intervenir en ello un mecanismo - -
psicológico de aumento de sensibilidad a los estímulos bucales como -
componente de la emoción o de la depresión.

b).- Dolor Facial Atípico. - Es un característico síntoma de
conversión, es más frecuente en mujeres y puede presentarse como -
parte de un gran cuadro psiquiátrico. La enferma típica es coqueta, -
histriónica e infantil. Puede estar relacionado con bofetones recibidos -
u observados en las disputas de los padres, y representa un conflicto -
sexual y una conducta autopunitiva. Con ello el tratamiento se hace di-
fícil y se hace también importante el proceso psiquiátrico básico.

c).- Síndrome de la Articulación. - Asociado a menudo al -
bruxismo, representando así el efecto secundario fisiológico de la cóle-
ra y la angustia. Es más marcada en las personalidades obsesivas, -
son rígidos, perfeccionistas, emocionalmente cohibidos y pueden actuar
con mucha eficacia en papeles profesionales y sociales.

Investigaciones recientes indican que la actividad de los - -
músculos y el bruxismo se producen durante las fases del sueño llama-
das "movimientos oculares rápidos", así el bruxismo puede formar par-
te de una tendencia general a expresar durante los ensueños del que -
duerme los conflictos de la vida en estado de vigilia.

Chuparse el dedo y otros hábitos parecidos, pueden originar
complicaciones dentarias, son consecuencia de la frustración de las ne-
cesidades fundamentales de amor, seguridad y dependencia. La valora-

ción diagnóstica y el tratamiento deben dirigirse a las causas fundamentales del fallo de las satisfacción necesitada más que atacar más directamente el síntoma mismo.

La angustia puede ocasionar alteraciones fisiológicas en los tejidos gingivales que predispongan a la periodontitis aguda y crónica.

Los gatillos psicológicos inmediatos de la gingivitis necrozante aguda son a menudo evidentes; se han descrito bien las epidemias en los dormitorios de las escuelas en épocas de exámenes. El bruxismo y la mala higiene es frecuente en personas con conflictos importantes acerca de las necesidades de dependencia. La periodontitis degenerativa no se ha relacionado con factores psicógenos.

Estudios detallados han indicado ciertas correlaciones entre el desarrollo de la caries y algunos patrones psicopatológicos específicos, otros han demostrado correlaciones con la clase socioeconómica, los factores psicológicos representan probablemente un enlace intermedio entre los determinantes sociales y estas afecciones somáticas.

El enfermo establece simultáneamente 2 interrelaciones con el odontólogo. La relación de la realidad es la de una persona que tiene un problema con un experto profesional capacitado para valorarlo y tratarlo, la relación simbólica es la de una persona angustiada y trastornada, empieza incluso antes del primer contacto, ya que las experiencias previas con los padres y sustitutos paternos dan un matiz especial a las respuestas del paciente al dentista.

La enfermedad y el sufrimiento vuelven a poner al hombre -

en un estado infantil, y se dirige al odontólogo como en las primeras fases de la vida. Se dirige a los padres, esto vuelve a despertar sentimientos de pequeñez y de desamparo, y también puede despertar los de vergüenza y de culpa. Estas reacciones proceden de las relaciones primitivas con la madre.

La madre es la fuente de calor y del bienestar físico de su hijo.

Los niños cuyas satisfacciones son prontamente satisfechas - mediante el alimento, contacto y amor; tienen las mejores oportunidades para desarrollar un sentimiento básico de seguridad y prever una respuesta auxiliadora del ambiente a situaciones de necesidad. Aprende a confiar en su madre, y ya no necesita una necesidad de satisfacción inmediata.

Como la enfermedad hace revivir sentimientos experimentados durante el primer período de la vida, la reacción del enfermo respecto a la enfermedad puede estar en relación con estas experiencias precoces. Si se sintió más seguro y amado cuando era niño será más difícil que confíe en el odontólogo. Si no fue amado será difícil que tenga confianza en cualquier sustituto paterno.

Una persona puede desplazar la hostilidad dirigida primitivamente a sus padres o cualquier otra situación en la cual vuelve a ser dependiente. El enfermo puede tratar de ocultar esta hostilidad y el odontólogo prefiriendo percibir gratitud más que enojo, puede pasarla por alto o racionalizarla.

El enfermo puede emplear métodos infantiles para obtener -

ayuda y bienestar.

En algunas enfermedades como reacciones de dependencia - exagerada existen antecedentes de una excesiva protección precoz y de preocupación en el curso posterior de la vida respecto a las cuestiones de salud. Estas enfermedades, sin que se den cuenta, tienden a exagerar las menores molestias.

Resulta difícil para el odontólogo conservar la paciencia - frente a personas con estos sentimientos de dependencia.

TRATAMIENTO.- Se han recomendado 3 patrones de la relación entre el médico y el enfermo.

1. - Actividad-pasividad.

2. - Guías-cooperación.

3. - Participación Mutua.

1. - Adecuado para situaciones de emergencia en las cuales el enfermo esta realmente desamparado y el odontólogo hace algo por él. Puede compararse con la relación del padre y el niño indefenso.

2. - Aunque el enfermo puede tener sufrimientos agudos se da cuenta de la situación y su juicio no esta perturbado.

Esta en una situación desvalida que puede caracterizarse - por el "Doctor", dígame que tengo y lo que tengo que hacer. El prototipo es la relación del padre con el niño o el adolescente.

3. - Aplicable al tratamiento de las afecciones crónicas, los conocimientos profesionales de estos son comunicados al enfermo, - quien emplea la información obtenida con el objeto de mejorar su estado.

El prototipo de esta relación es la que se establece entre 2 adultos.

También es posible que factores extrínsecos empañen la visión que el odontólogo tiene de sus enfermos. Lo ideal sería que pudiera percibir las necesidades del paciente y las exigencias de la situación clínica y adoptará su propia conducta a favorecer la relación más adecuada de que es capaz el enfermo.

Así, de cierto modo el odontólogo establece simultáneamente 2 relaciones, una real y otra simbólica estará influida por su propia personalidad, sus sentimientos acerca de una enfermedad determinada y cuestiones prácticas de tiempo, honorario, etc. El odontólogo hábil tiene que darse cuenta de estos factores y mientras satisface las necesidades extraprofesionales propias y del enfermo, debe procurar mantener relación terapéutica óptima con él.

XI. - ASPECTO PSICOLOGICO DE LA PRACTICA DENTAL.

El cuidado de un enfermo requiere más que el simple conocimiento y habilidad técnica; son imprescindibles el interés para el paciente como ser humano y una comprensión de sus sentimientos y necesidades emocionales. El dentista (o el médico) entiende a la gente y aplica, a su práctica médica esta intuición de las necesidades.

El clínico debe de adquirir conocimientos que le serán tan útiles e importantes como el estudio de la anatomía, fisiología y cirugía.

Estos conocimientos y referencias se refieren principalmente a los 4 aspectos siguientes:

I. - Naturaleza del Hombre como un Todo.

El hecho de que el hombre sea un todo afirma que este es -- una identidad, un organismo indivisible. Así, tanto los efectos de la enfermedad como los del tratamiento no quedan nunca limitados a la parte interesada sino que afectan al enfermo en su totalidad.

El todo empleado aquí, se refiere al núcleo central del hombre o sea, a su personalidad, es en ella que el hombre logra su plenitud e integración final. Es la personalidad la experimentación el conocimiento, el sentido y la finalidad. Sin la personalidad no existe el ente humano, -- solo esta su cuerpo como una organización refleja.

La desintegración de la personalidad destruye al ser humano, -- a pesar de que la vida misma puede persistir.

Cuando decimos que la enfermedad afecta al hombre nos referi

mos a la personalidad. Es la personalidad la que determina la respuesta a la enfermedad o al tratamiento.

Por lo tanto, el buen dentista (o médico) siempre ha de tomar en cuenta la personalidad de su paciente, su papel en la enfermedad del paciente, su respuesta al tratamiento y la influencia del tratamiento sobre ella.

II.- Tipos más comunes de ansiedad en el enfermo dental.

El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales elaboradas por la personalidad y basada en el sentido y en el significado. Lo importante no es la situación precisamente, sino como la percibe el hombre y lo que significa para él. Sin embargo, en la vida hay ciertas situaciones básicas que tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas, una de estas situaciones es la visita al médico o al dentista.

Ansiedad y Miedo.

En general, el miedo es la reacción a una situación que constituye un peligro o una amenaza real. Por otra parte la ansiedad es -- una respuesta a situaciones que son peligrosas solo simbólicamente. -- La ansiedad es intangible mientras que el miedo por el contrario es -- concreto.

Las raíces de la ansiedad se hallan en la infancia cuando el niño es pequeño, débil y vulnerable, cuando todo parece potencialmente amenazador. No obstante, con la edad y la experiencia vamos aprendiendo que no todo es peligroso. El individuo desarrolla progresivamente -- un sentido de confianza y seguridad y se siente capaz de afrontar su vida.

La ansiedad desaparece en gran parte, pero nunca del todo ya que permanece latente en la memoria inconsciente del hombre.

La ansiedad, aunque irracional e impropia, es un hecho de la vida y es parte, en grado variable de todas las vidas. Por tanto, el clínico debe tener siempre en cuenta esta dimensión al tratar el problema de su enfermo, y debe ser capaz de reconocer su ansiedad, de comprender y estar preparado a tratarla de manera constructiva.

Ansiedad y Dolor.

El dolor tiene una finalidad: advertirá al organismo frente al peligro, de tal suerte que el enfermo pueda emprender una acción protectora. Así, la ansiedad se vuelve el sustituto psicológico del dolor.

La ansiedad exagera cualquier experiencia dolores real, llegando a disminuir el umbral del dolor y a aumentar la tolerancia a los medicamentos.

Cuando el individuo esta forzado a afrontar una situación que no puede evitar, como acudir al consultorio del dentista, surge la angustia que provoca un estado de tensión y cambios emocionales, aunque el dentista no le hizo daño ni se lo hará. Por lo tanto, es preciso saber reconocer y tratar estos aspectos de angustia y anticipación que presenta el dolor.

Ansiedad y Mutilación Corporal.

Una de las causas básicas de la angustia en el niño es su preocupación acerca de la mutilación o el daño infligidos a su cuerpo. La falta de experiencia y de perspectiva transforman un corte sin importan-

cia o una gota de sangre en una catastrofe. El adulto aprende a ver su cuerpo más objetivamente y con cierto alojamiento emocional, aprende también a confiar en él, en su naturaleza, en su capacidad de recuperación. Pero en el sujeto inmaduro, que sigue teniendo grandes preocupaciones acerca de la integridad de su cuerpo, solo la idea de una aguja, de una inyección o de un corte despierta imágenes vividas de lesiones corporales que lo llevarán a un estado angustioso grave, creando así un problema importante para la realización del tratamiento dental.

Ansiedad y Pérdida de una Parte.

Estrechamente ligada a la preocupación de la mutilación y lesiones corporales encontramos la preocupación por la integridad y la perfección del cuerpo.

Freud nos revela la preocupación del niño por su cuerpo y su integridad cuando describe la angustia de castración y la envidia del pene. Al utilizar estos términos Freud identifica la preocupación del niño acerca de una parte importante de su cuerpo que lo distinguía como hombre; así mismo, identificar la preocupación de la niña por no poseer esa parte anatómica que le parecía indicar que le faltaba algo y que, por lo tanto, la hacía incompleta. No sabemos cuan valiosos o frecuentes pueden ser estos sentimientos y temores en el espíritu del niño.

Por esta razón, la extracción de dientes o la combinación-- de puentes, que son problemas técnicas realmente sencillos, suelen -- plantear problemas psicológicos mucho más difíciles de resolver. Para ciertos enfermos estos cambios son absolutamente inaceptables, y-- su rechazo será el origen de reacciones adversas y de complicaciones.

Ansiedad y Personificación de la Autoridad.

El sentimiento de angustia más precoz y más arraigado del hombre está asociado con la imagen de los padres que educan y castigan. El niño siente que su destino y su vida están en manos de esta figura y a merced de los caprichos de esta autoridad.

Generalmente los años no logran borrar esta primera percepción de los padres y la angustia asociada con ella.

El médico y el dentista también son símbolos de autoridad y representan en la memoria inconsciente del enfermo una figura familiar del pasado que podría hacer daño o herir o herir. Simbólicamente es entrar al cuarto para volver a encontrar al padre poderoso.

La equiparación inconsciente de tratamientos dentales o médicos con el castigo es un rasgo muy frecuente en los enfermos. Por lo tanto, es importante que el dentista o el médico sepa que cuando él está en el consultorio, casi siempre despertará en el paciente un sentimiento de ansiedad.

Ansiedad y Sentimiento de Desamparo.

Para la mayoría de la gente la independencia, el dominio y-

el control siguen siendo una defensa psicológica importante contra la -- angustia de desamparo y debilidad.

Al someterse a un tratamiento médico o dental el individuo abandona algo de su independencia y dominio. Esta degrabación es par_ticularmente sensible cuando el paciente se encuentra en el sillón, casi inmovilizado, con la boca llena de algodones y un extractor de saliva, - sin poder hablar o moverse y solo viendo al dentista con sus instru--- mentos, agujas, etc.

XII.- ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA SENECTUD.

Psicologicamente el enfermo de edad avanzada presenta ciertos cambios en la personalidad.

En términos psicoanalíticos, en las alteraciones se representa como una debilitación del ego, en la que el enfermo revela una incapacidad creciente para reprimir y regular los impulsos antisociales. -- También hay alteraciones de la percepción.

De este modo, al disminuir la audición, muchos enfermos -- se vuelven suspicaces e incluso evocan tendencias paranoides. A menudo, la disminución de la audición es también un punto de convergencia -- para los sentimientos de rechazo. Muchos enfermos tienen disminución de la visión y pueden necesitar una mayor iluminación o impulso sonoro o táctiles para comprender y reaccionar de forma apropiada las -- técnicas de diagnóstico o de tratamiento. Las personas de edad estan -- sobre cargadas de manifestaciones generales y la historia de la enfer -- medad oral necesita un tratamiento agradable para poder efectuar una -- interpretación exacta del diagnóstico.

El diagnóstico diferencial de las enfermedades de las estructuras orales en personas de edad avanzada necesitan una historia cuidadosa de las alteraciones generales y psicológicas del enfermo. Las enfermedades sistémicas pueden no solo presentar síntomas orales, sino -- también potenciar las manifestaciones de un trastorno dental. Las al --

teraciones de las estructuras de la boca en la edad avanzada pueden -- aparecer en los dientes, periodonto y el hueso alveolar, en la mucosa, en las restantes estructuras alveolares del maxilar y de la mandíbula, en la articulación temporomaxilar, y los mecanismos neuromusculares que regulan la movilidad y el cierre de la mandíbula.

El proceso senil puede afectar de forma directa los tejidos-orales interfiriendo el metabolismo de las células o indirectamente, alterando las funciones orgánicas de los músculos y del esqueleto. De esta forma la senectud afecta al equilibrio dinámico de las fuerzas necesarias para mantener la oclusión dental.

A menudo hay terquedad e inflexibilidad en los enfermos de edad avanzada.

XIII.- TERAPEUTICA FARMACOLOGICA ACONSEJADA EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO.

El tratamiento de un enfermo Angustiado y emocionalmente perturbado puede constituir uno de los mayores problemas en la práctica del dentista.

Las drogas no deben de ser sustitutos para lograr el acercamiento fundamental no farmacoterapéutico del manejo de la conducta sino más bien son coadyuvante que pueden servir a los odontólogos, - como un medio para poder brindar el tratamiento adecuado a los pacientes que presentan un comportamiento difícil.

Chamber, puntualiza estar en contra del imprudente uso de la premedicación para tratar los problemas de conducta, por otra parte, el manejo psicológico de la ansiedad debe tratarse ayudando al paciente a vencerla.

En los tratamientos prolongados de la Odontología Restaurativa, se debe evitar al enfermo la tensión provocada por el tallado y las demás manipulaciones. La premedicación es imprescindible para todos los casos de cirugía bucal grave o prolongada como las extracciones múltiples y difíciles, o la eliminación de un diente incluido, enfermos bajo anestesia local. Los propósitos más importantes de la premedicación son los siguientes:

- 1.- Mitigar la aprehensión, ansiedad y miedo.

- 2.- Elevar el umbral del dolor.
- 3.- Controlar las secreciones de las glándulas salivales y mucosas.
- 4.- Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales.
- 5.- Controlar los trastornos motores (en enfermos con parálisis cerebral).

El dentista necesita conocer las anatomía y la fisiología básica del Sistema Nervioso Central, así como algunos conocimientos básicos de la farmacología de los medicamentos.

Los medicamentos utilizados para la premedicación actúan el Sistema Nervioso Central, el cerebro, el tálamo y el bulbo raquídeo.

La corteza cerebral es el centro de la conciencia, percepción y evolución de los impulsos aferentes que determinan las respuestas activas ejecutadas por los centros motores.

El tálamo puede considerarse como una subestimación receptora de mensajes aferentes que serán transmitidos hacia la corteza cerebral para su evolución ulterior.

El bulbo raquídeo contiene los núcleos que rigen las funciones vitales inconscientes, como la respiración y la circulación sanguínea.

La principal característica fisiológica del cerebro es su necesidad de suministrar constantemente oxígeno. La más mínima interrupción de este abastecimiento, provocará inconsciencia. La hipoxia empieza a actuar sobre los centros medulares y si la anoxia persiste --

•
por unos minutos se observan lesiones irreversibles del Sistema Nervio Central.

SELECCION DE LAS DROGAS.

Dependerá en parte al manejo del comportamiento, clasificándose así en:

- 1.- Pacientes que necesitan premedicación preventiva.
- 2.- Pacientes que necesitan medicación de control.

Las primeras exhiben varias formas de comportamiento, son potencialmente cooperativos para los tratamientos dentales, el paciente tímido es un ejemplo de estos casos ya que cooperará con el paciente mientras se le tomen radiografías, profilaxis, sin embargo no actúan de esta manera cuando se trata de otro tipo de tratamiento. En el manejo de su conducta se podrá requerir de cierta medicación preventiva, la cual se le dará antes de la cita.

Dentro de la segunda categoría, se encuentran los pacientes que no pueden controlar su comportamiento en el consultorio, ya que la comunicación paciente-dentista resulta imposible.

Cuando se describe agente sedante oral, se debe considerar su forma farmacéutica.

En la receta se anotará el nombre de la droga, así como la hora en que debe ser administrado, quedándose una copia de esa receta en el consultorio.

La medicación por vía oral tiene las siguientes ventajas:

1.- Puede ser administrada por algún familiar.

2.- La medicación deberá ser suministrada a la hora indica da por el dentista, con el fin de obtener el nivel efectivo de la misma cuando se practique el tratamiento.

3.- La administración por esta vía no produce ningún temor.

Desventajas:

1.- El contenido estomacal retarda la absorción de esta droga, por lo tanto, el efecto puede prolongarse o reducirse.

2.- El dentista dependera de la cooperación del familiar.

3.- El paciente puede reaccionar desfavorablemente al sabor de las drogas.

Otra vía de administración es la intravenosa, que no es muy aconsejable, sobre todo en niños pequeños.

La vía intramuscular es empleada en ocasiones, pero en este caso se citará al paciente una hora antes de su cita al consultorio.

Ventajas:

1.- Efecto más rápido

2.- Mayor acción sedativa.

3.- Menor duración que el equivalente de una dosis administrada por vía oral.

La droga también puede ser administrada por vía submucosa, através de la misma, en cualquier parte del fondo de saco vestibular.

RESPONSABILIDADES DEL DENTISTA.

Será su exclusiva responsabilidad la selección de la droga, su docificación, efectos farmacológicos de su aplicación, indicaciones y contraindicaciones de la misma.

Deberá ser responsable del paciente, no solamente cuando se encuentra en el consultorio, sino hasta que se sienta completamente recuperado.

Se describen a continuación los medicamentos empleados con mayor frecuencia, como medicación preoperatoria:

HIDROXIZINA.

Constituye uno de los agentes psicosedativos más populares en la práctica odontológica, según Hugh M. Kopel.

Bennet clasificó en 1974 los agentes psicosedativos en:

- 1.- Mayores.
- 2.- Menores

Las primeras se emplean para pacientes psicóticos, y los menores para el tratamiento de ansiedad, temor y aprehensión.

La hidroxizina se deriva de la difenilmetano.

Es, sedativo, antihistamínico, antiespasmódico, antiemético y ligeramente anticolinérgico.

El umbral de este efecto anticiparse a las 2 hrs. después de su administración, que puede ser por vía oral, desapareciendo a las 6 hrs. Es modificada y degradada completamente en el hígado -

y excretada por la orina en grandes cantidades.

Se recomienda como medicación preoperatoria, en pacientes aprensivos, ansiosos, hiperactivos o hiperquinéticos.

Puede asociarse con sedantes, hipnóticos, óxido nitroso y-- narcóticos de dosis reducidas.

DIAZEPAN.

Es considerado como un agente sedativo, su característica de ser anti-ansiedad lo ha hecho popular en su empleo para pacientes aprensivos así como en niños problema. Deben tomarse precauciones cuando se administre en pacientes con anormalidades cardiovasculares, o que han sufrido procesos mentales subnormales no controlados.

Hay incompatibilidad del diazepam con otro tipo de drogas - como la meperidina o el pentobarbital.

El efecto puede durar aproximadamente 6 hrs. después de la medicación inicial.

De acuerdo con la correlación de efectos clínicos se ha demostrado que después de la administración oral, la somnolencia y relajación obtenidas después de 10 ó 15 min., fué asociada a una rápida absorción de la droga.

El diazepam por vía intravenosa debe ser administrada lenta mente ya que podría ocasionar una depresión circulatoria o respirato--
ria.

PROMETAZINE.

Derivado de la fenotiazina.

Depresor respiratorio, se han reportado casos de hipotensión, hiperexcitabilidad.

Las vías de administración son la intramuscular, intravenosa y rectal.

Robert J. Musselman y David B. Mc. Clure opina que no es un agente altamente sedativo, sino más bien los beneficios se obtienen de sus otras propiedades como el ser antiemético; de cualquier manera, el dentista debe emplearlo para obtener experiencia con su uso y lo administre como co-medicación otras drogas obteniendo mejores resultados.

HIDRATO DE CLORAL.

En dosis terapéuticas, el agente casi no tiene acción depresora en la respiración, ni en la presión sanguínea, tiene un leve efecto analgésico. Es absorbido por el tracto gastrointestinal, cuando se administrado por vía oral o rectal.

No se debe de emplear en pacientes con gastritis: aunque este efecto puede ser reducido administrándolo en forma de cápsulas-- contraindicada en pacientes con deficiencias renales, hepáticas. Es de acción rápida de 20 a 30 min. y la recuperación se realiza sin antecedentes generalmente, no produce dolor de cabeza.

El dentista debe de recordar que si el tratamiento se prolonga, se prescribirá una segunda dosis, que será la mitad de la original, para poder restablecer o mantener el efecto sedativo. Con las otras drogas puede emplearse como co-medicación y asociarse con la hidroxizina, se emplea como premedicación para la aplicación de óxido nitroso;

ALFAPRODINA.

Es un narcótico. Cuando se administra por vía subcutánea, su efecto puede presentarse a los 5 ó 10 min. Es metabolizado en hígado, desapareciendo su efecto a las 2 hrs., por lo que se utiliza para procedimientos cortos.

Por vía intravenosa se produce el efecto a los 2 min., pero debido a la velocidad de la reacción es difícil controlar sus efectos, por lo que no es recomendable esta vía como rutina en el tratamiento dental. Causa depresión respiratoria, náuseas y vómito

Generalmente es administrada por vía submucosa. No produce una sedación profunda, por lo que el paciente no se encuentra completamente dormido, la droga no es efectiva en los casos de problemas severos de conducta.

MEPERIDINA.

Droga de potente poder analgésico, es más o menos la mitad de la efectividad de la morfina, pero más efectivo que la codeína--

Se metaboliza en el hígado a las 6 hrs. , causa midriasis, hipotensión-postural, sedación, euforia. Empleado como premedicación, como ---co-medicación.

Puede provocar depresión respiratoria, náusea y vómito, el mayor efecto se obtiene a la hora de haberse administrado, no debe--de administrarse en pacientes con padecimientos de obstrucción pul---monar crónica, con disfunción hepática.

El efecto nocivo de la droga se puede disminuir con el uso de la co-medicación ya que potencializa la acción de la meperidina, --esta potencialización permite al dentista emplear menos narcótico y --obtener de esta manera el efecto sedativo deseado. Puede administrarse por vía intramuscular, intravenosa, subcutánea, oral.

En resumen la meperidina es una ayuda efectiva para el manejo del comportamiento del niño, se indica principalmente en niños menores de 8 años de edad.

ANESTESIA GENERAL.

Aspecto Psicológico.- desde el punto de vista psicológico, la reacción del niño ante el acto terapéutico Anestesia-Cirugía, es básicamente de ansiedad y/o temor ya que ignora o tiene ideas distorsionadas de lo que realmente va a suceder.

Los síntomas pueden aparecer en el preo o postoperatorio - aún días o semanas después y consisten en:

Lactantes y preescolares: inquietud, llanto, nerviosismo, --
 trastornos de sueño (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo). --
 Mayor apego a la madre. Temores a estar solo, a la oscuridad, al
 médico.

Conducta regresiva (más infantil), irritabilidad, succión de --
 los dedos, masturbación, trastornos de la alimentación, etc.

Escolares, adolescentes, fobias, obsesión, hipocondría.

Es conveniente recordar que el acto anestésico quirúrgico --
 va asociado a otros eventos, que contribuyen a hacerlo emocionalmente --
 más traumático, y que son:

a).- El padecimiento en sí.- según sus características le --
 pueden ocasionar dolor, invalidez o distorsión de su esquema corporal.

b).- Hospitalización.- De su ambiente familiar es llevado a --
 un ambiente extraño, entre equipo y gentes desconocidas, y se le impo-
 ne un reglamento que debe observar.

En los pacientes ambulatorios se atenúa esto ya que su estan-
 cia es mucho menor.

c).- Acto Quirúrgico.- Debe ser un procedimiento que no --
 produzca ni aumente su temor o ansiedad, ya que el paciente debe de es-
 tar bien premedicado para que no sufra ninguna alteración emocional, --
 de lo contrario se presentarán situaciones desagradables para todos, pe-
 ro principalmente para el paciente.

CONCLUSIONES.

El hombre debe ser considerado por el Cirujano Dentista como una entidad total ya que en el momento dado de hacer el diagnóstico en muchas ocasiones el Cirujano se enfrenta con el problema de que la molestia no solo se concreta la boca sino que puede estar relacionado con otro problema que se presente en cualquier parte del organismo, - por otra parte el estado emocional del paciente va a influir en gran parte ya que este puede aumentar o disminuir el grado de las molestias-- que en ciertos momentos pueden ser imaginados por el paciente con el objeto de encubrir situaciones que le provoquen estados de angustia o - ansiedad.

El paciente responderá mejor a las sugerencias y al tratamiento en cuanto él perciba que el dentista lo considera como a una persona en todos los aspectos y no como a una persona que acude al consultorio para que le quite la molestia que en ese momento presenta.

BIBLIOGRAFIA

Economía Dental
Mendez Ribas José
Editorial Mundi, Buenos Aires.

Odontología Preventiva en Acción
Simón Katz
Editorial Medica Panamericana.

Diagnóstico en Patología Oral
Zegarelli Edward, Kutscher, Hyman
Editorial Salvat.

Psicología del Niño y del Adolescente
de la Fuente Muñiz Ramon
Fondo de Cultura Económica
México, Buenos Aires.

Teorías de la Personalidad
John Carroll University
Cleveland, Ohio
Editorial Interamericana

Signos y Síntomas
Mac. Donald.