

1ej. 395



Universidad Nacional Autónoma de México

"ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES"
IZTACALA

LA APLICACION DE LA CIENCIA CONDUCTUAL
EN LA PRACTICA DENTAL.

TESIS

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presentan

ILAN ROTSTEIN BERCOVICH
LEO PHILLIP BECKER LUTINGER

TLANEPANTLA, EDO. DE MEXICO

1002



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.

I N D I C E

Introducción:

- Planteamiento del problema.
- Definición y desarrollo de la Odontología Conductual.
- La problemática del tratamiento dental.
- Reseña.

PARTE UNO

Capítulo 1: La utilización de las habilidades de la comunicación y el mejoramiento de la relación entre el Cirujano Dentistas y sus pacientes.

- 1.1. Definición de la Comunicación Interpersonal.
- 1.2. Aspectos importantes de la Comunicación Interpersonal.
- 1.3. La Comunicación Interpersonal como instrumento para lograr el manejo conductual del paciente.

Capítulo 2: El miedo dental.

- 2.1. Los orígenes y desarrollo del miedo dental.
 - 2.1.1. Experiencias traumáticas.
 - 2.1.2. Actitud familiar y ambiental.
- 2.2. Diagnóstico y evaluación del miedo dental.

2.2.1. Medidas de auto-reporte.

2.2.2. Medidas fisiológicas.

2.2.3. Medidas de conducta expuesta.

2.3. Medidas terapéuticas del miedo dental.

2.3.1. Métodos de bio-retroalimentación.

2.3.2. Métodos de relajación y desensibilización sistemática.

2.3.3. Métodos de modelo.

2.3.4. Métodos combinados.

2.4 Conclusiones y recomendaciones.

Capítulo 3: El dolor y su manejo.

3.1. Las teorías del dolor.

3.1.1. La teoría orgánica.

3.1.2. La teoría de control.

3.1.2.1. Procesos neurofisiológicos.

3.1.2.2. Influencias aferentes sobre el porton.

3.1.2.3. Influencias eferentes sobre el porton.

3.2. Definición y reacción al dolor.

3.2.1. Umbral de dolor.

3.2.2. Estados emocionales.

3.2.3. Edad.

3.2.4. Sexo.

3.2.5. Características culturales y raciales.

3.2.6. Fatiga.

3.2.7. Temor y aprensión.

3.3. Métodos de control del dolor.

3.3.1. Eliminar la causa.

3.3.2. Bloquear la vía de los impulsos dolorosos.

3.3.3. Elevar el umbral del dolor.

3.3.4. Disminución de la reacción al dolor mediante la depre -
sión cortical.

3.3.5. Métodos psicósomáticos.

3.3.5.1. Relajación.

3.3.5.2. Sugestión y placebo.

3.3.5.3. Hipnosis.

3.4. El dolor crónico y su manejo.

Capítulo 4: El manejo de la motivación y cooperación para la produc
ción de cambios conductuales en los pacientes.

4.1. La creencia en el cuidado de la Salud Personal.

4.2. La producción de cambios conductuales mediante el uso -
de consecuencias.

4.2.1. El uso de consecuencias con pacientes infantiles.

4.2.2. El uso de consecuencias con pacientes adultos.

PARTE DOS

Capítulo 5: Manejo de la conducta en la Odontología Infantil.

5.1. Actitudes de los niños hacia la Odontología y el tratamiento dental.

5.1.1. Edad, sexo.

5.1.2. Ansiedad materna.

5.1.3. Nivel Socioeconómico.

5.1.4. Experiencias dentales previas.

5.1.5. Conocimiento por parte del niño de su estado de salud oral.

5.2. Técnica preoperatoria de manejo conductual del paciente infantil.

5.2.1. Hoja de instrucciones para los padres.

5.2.2. Visita de reconocimiento.

5.2.3. Introducción y explicación.

5.2.4. Modelamiento.

5.3. Manejo del paciente infantil dentro de la sala de tratamiento.

5.3.1. Presencia de la madre en el consultorio.

5.3.2. Hipnosis.

5.3.3. Técnicas de distracción.

5.3.4. El uso de premios y castigos.

5.4. El manejo de los pacientes infantiles especiales.

5.4.1. El niño "fuera de control".

5.4.2. El niño desafiante.

Capítulo 6: Aspectos conductuales en el manejo del paciente senil.

6.1. Aspectos sociales de la vejez.

6.2. Aspectos psicológicos de la vejez.

6.2.1. Cambios sensorio-perceptuales.

6.2.2. Función psicomotora.

6.2.3. Cognición.

6.3. Aspectos fisiológicos, médicos y dentales de la vejez.

6.4. El manejo del paciente senil.

6.4.1. Problemas dentales comunes.

6.4.2. El plan de tratamiento.

Capítulo 7: Consideraciones conductuales en el manejo del paciente inhabilitado.

- 7.1. Definición de la inhabilidad. .
- 7.2. La problemática del cuidado bucodental en los pacien -
tes inhabilitados.
 - 7.2.1. Movilidad y acceso al consultorio.
 - 7.2.2. Los honorarios profesionales.
 - 7.2.3. Falta de motivación del paciente inhabilitado.
 - 7.2.4. Escasez de profesionistas dentales capacitados en el -
manejo de los inhabilitados.
- 7.3. Actitudes del público acerca de los inhabilitados.
 - 7.3.1. La teoría de Geliman.
 - 7.3.2. Síndrome de sufrimiento.
 - 7.3.3. Actitud del Cirujano Dentista hacia los inhabilitados.
- 7.4. Consideraciones generales del manejo del paciente inha
bilitado.
 - 7.4.1. Citas.
 - 7.4.2. El aspecto físico del consultorio.
 - 7.4.3. Plan de tratamiento.
 - 7.4.4. Comunicación.
 - 7.4.5. La Familia.
 - 7.4.6. El manejo del miedo y ansiedad.

Capítulo 8: Los hábitos orales y su modificación.

8.1. Hábitos orales diurnos.

8.1.1. Incidencia y etiología.

8.1.2. Identificación de los hábitos diurnos.

8.1.3. Manejo de los hábitos diurnos

8.2. Bruxismo y apretamiento nocturno.

8.2.1. Etiología.

8.2.2. Naturaleza.

8.2.3. Identificación del bruxismo.

8.2.4. El manejo del bruxismo.

8.2.4.1. El manejo farmacológico.

8.2.4.2. El manejo estructural.

8.2.4.3. El manejo psicológico.

8.3. Pronóstico y conclusiones.

Apéndice:

- Gráficas y estudios estadísticos.

Conclusiones

I N T R O D U C C I O N

- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La profesión dental ha experimentado diversos cambios desde el principio del siglo XX. Estos cambios abarcan casi todos los aspectos de la profesión. La investigación, tanto en las ciencias básicas como en las clínicas, ha contribuido de una manera muy importante en el avance de la Odontología. Los conocimientos obtenidos a través de dicha investigación han dado como resultado, procedimientos y técnicas dentales mucho más refinados que aquellos que se emplean hace ochenta años.

Todas las ramas especializadas de la Odontología han beneficiado muchos de estos adelantos científicos. Las ciencias de los Materiales Dentales ha progresado mucho durante los últimos años dándonos como resultado, mejores materiales de obturación, impresión, materiales para implantes, etc. Todos estos adelantos han hecho posible la transformación de la Odontología, de un arte a una ciencia. Sin embargo, quedan algunas áreas que no han adelantado considerablemente durante este período y uno de ellos es el manejo conductual del paciente, es decir la Ciencia Conductual y su aplicación en la práctica dental. Así, uno de los mejores recursos que tiene el Cirujano Dentista a su disposición para aliviar el miedo, motivar y provocar cambios conductuales positivos en sus pacientes asegurando el éxito del tratamiento dental, no ha sido utilizado. Es el propósito de esta Tesis explicar la importancia que tiene la Ciencia Conductual para el Cirujano Dentista, tanto de práctica general como el especialista y la aplicación de técnicas y procedimientos sencillos para lograr el manejo conductual de nuestros pacientes.

Se podría preguntar que tanto necesita saber el Cirujano Dentista de la conducta humana, si nuestro campo de trabajo es la cavidad bucal y los tejidos duros y blandos que se encuentran en ella. Muchos alumnos de Odontología también preguntan porque tienen que llevar materias como Psicología Médica si lo que tienen que aprender y dominar son las habilidades manuales y la técnica dental. El argumento es que la Ciencia Conductual no tiene aplicación en la práctica dental puesto que los órganos dentarios y los demás tejidos del aparato estomatognático no muestran una conducta.

Para responder esta pregunta, cabe mencionar que los elaboradores de esta Tesis aplicaron un cuestionario a cuatrocientos Cirujanos Dentistas del Distrito Federal con el fin de descubrir cuáles son los problemas más comunes que enfrenta el Cirujano Dentista en su práctica diaria. (Vease tabla 1).

TABLA I

"A"	"B"	"C"
PROBLEMAS	importante	más importante
Miedo al tratamiento dental	76.4%	30.9%
Cancelación o retardo en las citas.	71.8%	26.5%
Falta de motivación del paciente.	58.2%	17.1%
No sigue las instrucciones adecuadas.	64.2%	29.3%
Niños no cooperativos.	10.7%	
Ignorancia por parte del paciente de los beneficios de los planes preventivos.	74.1%	36.2%
Deficiencia en la explicación del plan de tratamiento.	21.1%	11.0%
Padres entrometidos (pac. infantil).	3.5%	
Cobranzas.	43.5%	23.4%
Falta de conocimientos administrativos por parte del C.D.	12.4%	5.7%
Otros.	0.8%	

Los resultados muestran que muy pocos dentistas mencionaban la falta de conocimientos o las deficiencias en las habilidades manuales suyos o las de otros colegas. Parece ser que las escuelas de Odontología proporcionan a sus alumnos un excelente entrenamiento teórico y práctico. La gran mayoría de los Cirujanos Dentistas interrogados, mencionaron otros problemas que les confrontan diariamente en sus consultorios. Los problemas reportados en orden de frecuencia descendientes son:

- 1). El miedo al tratamiento dental.
- 2). Que los pacientes no se daban cuenta de la importancia de los planes preventivos.
- 3). La cancelación de citas; la puntualidad de los pacientes.
- 4). Que los pacientes no siguen las instrucciones post-operatorias.
- 5). Falta de motivación.
- 6). Cobranza.
- 7). Explicar eficazmente al paciente la naturaleza de su enfermedad, la etiología y el plan de tratamiento que se va a realizar.
- 8). Falta de conocimientos administrativos.
- 9). Los pacientes infantiles con mala conducta, o niños que no cooperan durante la intervención dental.
- 10). Los padres de los pacientes infantiles.

Los problemas reportados tienen un factor en común; en gran parte estos problemas están asociados con el manejo del paciente, es decir, son problemas de tipo conductual.

Esto no es tan sorprendente si entendemos que el Cirujano Dentista es un profesionista con múltiples papeles, quién como prestador de servicios, realiza su trabajo en gran parte en la presencia del paciente. El Cirujano Dentista moderno tiene que ser algo más que un mecánico de la cavidad bucal, porque la técnica y mecánica dental sólo representan una fracción de lo que es la Odontología. Nuestros pacientes no son maníquis y sus aparatos masticatorios no son tipodontos.

Aunque los dientes por si mismos no muestran una conducta, el paciente si la muestra y él si reacciona a diversos estímulos. En su interacción con el paciente el Cirujano Dentista debe de ejecutar diversos papeles. Debe ser comerciante y administrador de su empresa si espera vivir de su profesión. Igualmente, el Dentista actual tiene el papel de educador, proporcionando al paciente la información necesaria para que él pueda realizar medidas de prevención en su casa - como son la técnica de cepillado, y el uso del hilo dental. El Cirujano Dentista es vendedor tambien, vendiendo a su paciente la filosofía que un gramo de prevención vale más que un kilogramo de tratamiento y convenciéndolos de realizar regularmente estas actividades preventivas. Para poder realizar esta función tan importante, el Cirujano Dentista tiene que adquirir habilidades adecuadas de comunicación. Estas son indispensables en la explicación al paciente del plan de tratamiento y las instrucciones y cuidados post-operatorias. Por último, el Cirujano Dentista necesita tener habilidades y conocimientos especiales para poder atender eficazmente a cierto tipo de pacientes como son los ancianos y los pacientes infantiles miedosos o no cooperativos. Como indican los datos, los problemas y dificultades más comunes que confronta el Cirujano Dentista, son conductuales y por lo tanto él se ve obligado a adquirir habilidades para manejarlos eficazmente. Estas habilidades interpersonales y conocimientos psicológicos junto con sus habilidades técnicas y conocimientos médicos ayudan a formar al Cirujano Dentista completo y bien preparado para servir a nuestro país.

Ahora bien, consideraremos el problema desde el punto de vista del paciente. ¿Qué opinan nuestros pacientes acerca de la visita dental y los procedimientos y tratamientos que se llevan a cabo rutinaria

mente en el consultorio dental?. Con el fin de descubrir la opinión pública acerca de estos temas, aplicamos una serie de cuestionarios a doscientos cuarenta y ocho personas de ambos sexos, cuyo rango de edad es de trece a ochenta y dos años, y cuyo rango de escolaridad es de primer año de primaria hasta titulados en licenciatura.

Estos cuestionarios llamados la Escala de Ansiedad Dental y la Prueba de Miedo Dental fueron diseñados por los investigadores Nor - teamericanos, Korah, Kleinknecht, Klepac y Alexander, en 1975. Las respuestas que obtuvimos muestran que muchos de nuestros pacientes reportan quejas y actitudes negativas hacia el Cirujano Dentista, el tratamiento dental y todo lo que implica éste tratamiento. Desde luego, que muchas de estas actitudes surgen de malos entendidos o expectativas demasiado optimistas por parte del paciente. Sin embargo, el Cirujano Dentista y sus miembros auxiliares deben de hacer todo lo posible para disminuir o evitar éstos problemas, ya que su éxito como profesionalista ésta íntimamente relacionado con la satisfacción del paciente.

¿De dónde provienen éstas actitudes negativas del público hacia el Cirujano Dentista y el tratamiento dental?. Seguramente algunas de ellas son fundamentadas en experiencias propias del paciente. También juegan un papel muy importante los medios de comunicación tales como la televisión, el radio, el periódico, y las revistas que influyen considerablemente para ayudar a formar nuestros criterios y prejuicios. La palabra hablada y escrita representa una fuerza social de gran importancia e influyen en cuanto a la percepción del público hacia la Odontología. ¿Cuántas veces hemos visto en comerciales, anuncios, caricaturas, programas de televisión y hasta en películas de cine, la representación del Cirujano Dentista como un sádico y el

tratamiento dental descrito como una forma de tortura lenta?. Las - actitudes expresadas reflejan en gran parte éstas ideas transmitidas por los medios de comunicación. Las actitudes desfavorables repre - sentan obstáculos para nosotros ya que muchas veces nos impide lograr una buena comunicación interpersonal con el paciente.

Klepac diseñó un cuestionario para conocer los criterios que uti - liza el publico para evaluar al Cirujano Dentista. Es interesante - hacer notar que los criterios nombrados con mayor frecuencia son:

- a). La calidad del trabajo realizado.
- b). La personalidad del Dentista y la del asistente dental.
- c). La interacción personal entre el Odontólogo y su paciente.
- d). La habilidad del dentista para expresar o comunicar su inte - rés en la salud y bienestar del paciente.

Dado las respuestas obtenidas, podemos decir que los valores in - terpersonales del Cirujano Dentista, junto con sus habilidades comuni - cativas pesan mucho en su evaluación como profesionista . Al público le importa tanto las habilidades interpersonales del Odontólogo cómo sus habilidades técnicas y conocimientos médico-odontológicos.

Klepac pidió que los interrogados calificaran la visita dental - como una experiencia positiva o negativa y ¿porqué?. Más del 30% re - portó que su experiencia con el Dentista ha sido negativa. De ésta - cifra, entre las explicaciones más comunes fueron nombradas:

- a). El mal trato del Dentista o el de su ayudante
- b). El tratamiento costoso, no necesario y doloroso.
- c). La falta de una buena comunicación entre el dentista y su - paciente, para hacerle entender el diagnóstico, el plan de tratamiento, los pronósticos, las instrucciones post-operatorias y los honorarios profesionales.
- d). El tener que esperar al Dentista después de la hora designada para la consulta.

Aquel paciente que se encuentra satisfecho con nosotros, con el interés mostrado y el tratamiento brindado, tiende a hacer nuestro - paciente durante muchos años y nos recomienda con otros pacientes. El paciente satisfecho es el mejor anuncio para el Cirujano Dentista. Pero sabemos que un alto porcentaje de pacientes cambian de Dentista con mucha frecuencia. Estudios realizados por la Asociación Dental - Americana nos informa que casi el 50% de los pacientes cambian de Dentista durante un período de cinco años y de éste porcentaje más de la mitad se debe a la insatisfacción del paciente con su Dentista. Tomando en cuenta éste dato, podemos darnos cuenta del grado del problema que existe en la relación Dentista-paciente.

En los últimos años, la incidencia de quejas y demandas legales en contra del Cirujano Dentista ha aumentado en proporciones muy significantes tanto en México como en los Estados Unidos de Norteamérica. El investigador Norteamericano H. A. Collet reporta en su libro titulado "Dental Malpractice: A Growing Problem", que la mayoría de las demandas en contra del Dentista, suelen surgir de problemas, en la relación Dentista-paciente en lugar de errores profesionales cometidos por el Cirujano Dentista. "Puesto que el 90% de los Odontólogos deman

dados no son culpables de haber cometido un error, y de los que si -
cometen errores, pocos son demandados, tenemos que nombrar la relación
Dentista-paciente como la causa principal de éstas demandas".

Algunos pacientes demandan para evitar pagar los honorarios cau-
sados por el tratamiento dental. Otros levantan quejas o demandan en
contra del Cirujano Dentista por que piensan que el tratamiento o el
trato profesional era injusto. Las demandas suelen surgir también -
cuándo el paciente guarda expectativas poco realistas en cuanto al --
éxito del tratamiento. Estas expectativas, a menudo son reforzadas
inconscientemente por el Odontólogo demasiado optimista. Una vez más
vemos la importancia de las habilidades interpersonales del Cirujano
Dentista y cómo la falta de éstas pueden en un momento dado, contri -
buir a crear problemas legales para el Dentista.

La valoración psicológica del paciente por nosotros es de suma -
importancia porque su estado emocional puede intervenir directamente
en el éxito del tratamiento. Aquellos pacientes motivados a cuidar -
o mejorar su salud bucal, reconocen que el éxito del tratamiento de -
pende en gran parte de la cooperación que ellos mismos brindan. Por
otra parte, los pacientes con poca motivación que piensan que todo -
está en las manos del Cirujano Dentista, representa un verdadero pro -
blema para nosotros, y debemos reconocer a éstos pacientes y decidir
si podemos motivarlos y manejarlos eficazmente.

- DEFINICION Y DESARROLLO DE LA ODONTOLOGIA CONDUCTUAL

La Odontología Conductual es un término relativamente nuevo, el
cuál apareció en la literatura dental por primera vez en 1978. Es un

término que enfatiza la importancia de tener conocimientos sobre la conducta humana y aplicarlos a la práctica Odontológica. Para los fines de ésta Tesis manejaremos la definición propuesta por Patricia Bryant, Directora del Instituto Nacional para la Investigación Odontológica de Norteamérica. Según Bryant la Odontología Conductual se define como el "campo interdisciplinario que tiene como objeto desarrollar e integrar los conocimientos y técnicas tanto conductuales como Odontológicas que corresponden al área de la salud bucal, y la aplicación de estos para la prevención, diagnóstico y rehabilitación bucal".

La Odontología Conductual estudia los siguientes temas:

- . La relación Dentista-Paciente y cómo mejorarla.
- . La reducción de miedo, dolor, ansiedad y stress asociados con el tratamiento dental.
- . Promover la filosofía de prevención dental, lograr la cooperación del paciente para seguir las indicaciones y las recomendaciones del Cirujano Dentista en cuanto a la higiene bucal, control de placa y dieta.
- . El manejo del paciente infantil miedoso o no cooperativo.
- . La eliminación de los hábitos orales los cuáles tienen como finalidad romper el equilibrio fisiológico del aparato estomatognático. (ejem: Bruxismo.- hábito de lengua, etc.).

La historia de la Odontología Conductual empezó en 1978, cuando un grupo de psicólogos conductuales y Cirujanos Dentistas se reunieron en la Universidad de Virginia del Oeste, para ver la posibilidad de crear un nuevo campo interdisciplinario para investigar la cuestión del manejo conductual del paciente.

Desafortunadamente, se encontró poco en la literatura científica y Odontológica sobre éste tema. Ambos grupos reconocieron la importancia del manejo conductual del paciente, y la formulación de nuevas técnicas y procedimientos para reducir el miedo al tratamiento dental, manejar eficazmente el dolor agudo y crónico, convencer a los pacientes a seguir las indicaciones y medidas post-operatorios, y mejorar la relación entre el Cirujano Dentista y su paciente. Para lograr éste fin, decidieron que se requiere de la investigación científica aplicada. La Ciencia Conductual aplicada a la Odontología ha experimentado pocos adelantos debido a la falta de seria investigación científica. Es sorprendente que en otras ramas de Odontología se apliquen rigurosas reglas y pruebas antes de aprobar el uso clínico de una nueva técnica o un nuevo material dental o un fármaco y éstas mismas pruebas no han sido aplicadas en la búsqueda de nuevos métodos y técnicas relacionadas con el manejo conductual del paciente.

Con esto no se quiere decir que los Cirujanos Dentistas, las escuelas de Odontología y las asociaciones dentales internacionales no han estado preocupados e interesados sobre éste tema. En las revistas Odontológicas se encuentran unos cuantos artículos que tratan éste problema. Por lo general dichos artículos presentan anécdotas y cuentos personales de los autores, los cuales no son fundamentados en la investigación científica. Como ejemplo podemos mencionar un artículo que apareció en 1955 en las Clínicas Odontológicas de Norteamérica sobre la eliminación de los hábitos orales en el cual el autor presenta varias técnicas y procedimientos basados en sus veinte años de experiencia clínica atendiendo a los pacientes infantiles. El artículo no presenta datos ni experimentos llevados a cabo, sino anécdotas personales. Imagínense el escándalo que ocasionará el uso de un fármaco o material dental simplemente porque un clínico lo usó y le

funcionó bien. Se requieren de experimentos controlados y reproducibles, datos confiables y válidos para poder concluir acerca del manejo conductual del paciente.

Muchos de los artículos y libros que tratan de éste tema reflejan la tendencia psicodinámica. La teoría psicodinámica pone énfasis en la relación entre las experiencias difíciles o traumáticas adquiridos en una temprana edad, los impulsos reprimidos, los procesos inconscientes y la conducta humana adulta. La teoría psicodinámica influyó considerablemente en la manera de pensar del Cirujano Dentista. Según esta teoría, las actitudes negativas guardadas por el paciente hacia la Odontología, resultan de un conflicto consciente de su personalidad.

De aquí, viene la importancia de las etapas psicosexuales. Se piensa que éste conflicto surge de los problemas que enfrentan al individuo durante la etapa oral, la cual ocurre durante los primeros meses de la vida post-natal. Los psicodinamistas mantienen que los problemas que surgen durante la etapa oral, puede dar origen a un paciente, quién como adulto, percibe el tratamiento dental como una invasión o ataque en contra de su espacio personal. Para ésta persona, la invasión de la cavidad oral representa una amenaza directa en contra de su bienestar psicológico.

Los proponentes del psicodinamismo insisten en que el paciente no cooperativo es un individuo que tiene problemas de autoridad y que aquel paciente con hábitos orales está tratando de reprimir sus impulsos hostiles.

Estas explicaciones psicodinámicas son muy interesantes pero la

pregunta sigue: ¿Existen datos científicos para apoyar éstas teorías? ¿Existen datos que pueden mostrar una relación o correlación entre las variables, como hostilidad y la conducta del paciente en el consultorio dental?. Desgraciadamente existe muy poca investigación científica en ésta área, y los pocos estudios hechos, no muestran una relación entre las variables de los impulsos reprimidos y la conducta del paciente.

La teoría psicodinámica tiene poca aplicación para el Cirujano - Dentista en su práctica Odontológica. Por ese motivo, nosotros nos decidimos por la tendencia conductual. Las teorías conductuales sí son aplicables por el Cirujano Dentista en el manejo del paciente. El Odontólogo puede encontrar en la literatura, procedimientos y técnicas sencillos basados en el modelo conductual, los cuales pueden ser aplicados para lograr el manejo conductual del paciente. Además, éstos procedimientos están fundamentados en la investigación científica. El modelo conductual nos ofrece otra explicación, para los orígenes de las actitudes del individuo hacia la Odontología. Según éste modelo, las actitudes, creencias y conducta del individuo no tienen su origen en los impulsos reprimidos, o en las etapas psicosexuales. La teoría conductual nos dice que las actitudes y conductas de un individuo tienen su origen en las experiencias y aprendizaje del mismo. Esto quiere decir, que la conducta y las actitudes son aprendidas y que el ser humano muestra una conducta porque la aprendió.

Según el modelo conductual, aquella persona adulta que tiene miedo al tratamiento dental, o que evita visitar a un Dentista, pudo haber tenido experiencias desagradables con el Dentista de niño. El ser humano aprende por medio de la observación. El observa la conducta de otras personas, y la imita. Por lo tanto, es factible suponer que el

paciente, cuyos amigos o miembros familiares temen al tratamiento dental también lo temerá. Los datos obtenidos de varias investigaciones prestan apoyo a ésta hipótesis. El modelo conductual nos permite observar la conducta y hacer conclusiones. Los impulsos inconscientes y reprimidos no son fáciles de definir y es imposible observarlos directamente. Por eso es difícil de someter el modelo psicodinámico a la investigación científica, en cambio, el modelo conductual se presta a la investigación, y los datos que resultan de esa investigación son válidos y confiables.

El modelo conductual ha sido aplicado exitosamente tanto en la psicología como en la psiquiatría. Nuevos métodos basados en éste modelo han sido desarrollados para tratar un amplio rango de problemas. Estos métodos son los productos de la investigación científica y han logrado mayor éxito que los que se usaban anteriormente. El año de 1978 marcó el comienzo para la Ciencia Conductual Aplicada a la Odontología. Los psicólogos y Cirujanos Dentistas que se reunieron en la Universidad de Virginia del Oeste en ese año decidieron aplicar el modelo conductual para solucionar los problemas asociados con el manejo del paciente.

Este nuevo campo interdisciplinario de la Odontología Conductual ha tenido adelantos muy importantes en los últimos cuatro años. El objetivo de la Odontología Conductual es enseñar al Cirujano Dentista como aplicar las técnicas y procedimientos fundamentados en la investigación, para lograr el manejo conductual del paciente y mejorar la relación entre el Dentista y paciente.

- LOS PROBLEMAS INTRINSECOS ASOCIADOS CON LA PRACTICA DENTAL:
DOLOR, COSTO, INVASION DE ESPACIO

Además de los problemas que ya hemos mencionado, aún existen - otros obstáculos, los cuales son intrínsecos a la práctica dental. Estos factores: dolor, costo e invasión de espacio personal del paciente dificultan la relación Dentista-Paciente y constituyen obstáculos bajo los cuales el Cirujano Dentista tiene que trabajar.

La profesión dental ha estado a la vanguardia en la búsqueda de métodos para reducir el dolor provocado por el tratamiento dental. A pesar de los grandes avances tecnológicos y farmacológicos, aún - existe cierto grado de dolor e incomodidad asociado con el tratamien- to dental.

Como Cirujanos Dentistas sabemos que el dolor está íntimamente relacionado con el miedo dental, y el evitar al tratamiento dental. Ingersoll realizó una encuesta con el fin de comprobar ésta relación. De un grupo de setenta y cinco pacientes quienes se calificaron como miedosos del tratamiento dental, el 50% reportó que el dolor que produce el tratamiento dental les daba miedo. En otro grupo de setenta y cinco pacientes que no hayan visitado al Dentista durante un periódo de un año o más, casi el 30% citaron el dolor como motivo por el - cual no han acudido al Dentista.

¿Qué tan doloroso es el tratamiento dental?. Por lo general el dolor asociado con el tratamiento dental es calificado de menor gra- do en comparación con el dolor producido por la radioterapia o quimo- terapia empleadas en el tratamiento del cáncer. La mayoría de nues-

tros pacientes califican la intervención dental entre no dolorosa y algo dolorosa. Aquel paciente que practica una buena higiene y que visita a su Dentista cada seis meses para una revisión, tiende a tener menos padecimientos bucales y por lo tanto es probable que calificará el tratamiento dental como una experiencia poco molesta. En cambio, el paciente que no tiene una higiene oral adecuada y que no acude al Dentista al menos que tenga un dolor dental insoportable, tiende a calificar la visita dental como una experiencia dolorosa y desagradable.

El Cirujano Dentista debe recordar que el tratamiento dental - suele producir dolor. Muchas veces, éste dolor no se refleja en movimientos corporales agitados o expresiones faciales y otras conductas fácilmente detectables. También es importante recordar que el dolor causado por un procedimiento dental puede persistir por horas o días después de que el paciente abandona nuestro consultorio.

Con el fin de determinar la importancia del costo del tratamiento dental, Klepac preguntó a un grupo de cien personas que no habían visitado al Dentista en un año o más, el motivo por el cual no acudían. El 32% citó el costo del tratamiento dental como la causa principal. Reconocemos que el tratamiento dental particular es costoso y desgraciadamente fuera del alcance de muchas personas. Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, por medio de sus Clínicas Dentales en la Ciudad Universitaria como las Clínicas Periféricas, se proporciona al público un tratamiento dental de excelente calidad y de bajo costo. Desafortunadamente muchas personas necesitadas desconocen éstas Clínicas gratuitas y por lo tanto no acuden al tratamiento dental.

Aún entre la clase socioeconómica media y alta, el costo del trata -
miento dental juega un papel muy importante. La decisión de someter
se a una rehabilitación bucal costosa puede posponer la compra de un
automóvil, o un viaje a Europa. Para muchas personas es muy difícil
y representa una cuestión de prioridades, sobre todo si no están expe
rimentando un dolor dental de mayor grado.

Sabemos que en el reino animal, existe un concepto de espacio o
territorialidad, la cual se defiende contra la invasión ajena. Expe-
rimentos controlados con mamíferos muestran que los animales frecuen-
temente arriesgan sus vidas en la defensa de su territorio contra el
ataque o la invasión. Sabemos también los efectos y cambios conductua
les que suelen producir el apiñamiento.

El ser humano también trata de defender su territorio o espacio
personal. Este territorio se define como una zona de distancia que se
guarda entre el individuo y otros. El factor territorial es muy varia
ble y muy importante en las relaciones interpersonales y como Cirujanos
Dentistas debemos reconocerlo.

Las normas sociales y culturales dictan el uso del espacio perso-
nal. Estas normas varían de una cultura a otra, y dentro de una misma
cultura con el sexo, edad y estado social. Entre el sexo femenino se
guarda menos distancia en comparación con el sexo masculino. Los niños
guardan una menor distancia que los adultos, los amigos guardan menor
distancia que los desconocidos. Existen zonas en las cuales ocurren -
diferentes tipos de interacción social. Tenemos la zona pública (de -
4 a 8 metros), la cual representa la distancia entre una conferencista
y una persona en la audiencia y la zona íntima (de 0 a 0,5 metros), -
la cual es la distancia reservada para la interacción sexual y la inte

racción entre los padres e hijos.

Nuestro campo de trabajo es la cavidad bucal, y como tal, nosotros necesariamente tenemos que realizar nuestra intervención en la zona íntima. Por lo tanto, el tratamiento dental invade constantemente el espacio personal del paciente. Cuando ésta zona íntima es invadida el individuo tiende a reaccionar violentamente. Muchas personas comunican su desagrado por medio de los movimientos corporales agitados.

Estos movimientos pueden ser sùtiles como el cruzar las piernas o puede manifestarse en un intento de escapar del área invadida. Si el individuo no puede escapar y la invasión continua, él puede volverse hostil. Aunque la mayoría de nuestros pacientes no reaccionan de una manera agresiva durante la intervención dental, es importante que el Cirujano Dentista reconozca que su trabajo involucra una invasión del espacio personal y él debe estar consciente del grado de molestia que ésto puede provocar.

R E S E Ñ A

Hemos dividido la Tesis en 3 partes: La primera parte tratará - de los problemas generales asociados con el manejo conductual, así como las habilidades que necesita adquirir el Cirujano Dentista y las técnicas conductuales que pueden ser empleadas en el consultorio dental. La segunda parte tratará del manejo conductual de los pacientes especiales como son los pacientes infantiles, seniles e inhabilitados. Para lograr el manejo conductual de éstos pacientes tenemos que considerar otros factores relevantes a la situación de cada uno. La tercera

parte de la Tesis muestra datos obtenidos de estudios estadísticos - aplicados a pacientes de la Clínica Odontológica "El Molinito", dependiente de la ENEP-IZTACALA y otros sujetos escogidos al azar en la - Ciudad de México.

Se citan las diferentes medidas de autoreporte, como la Escala - de Ansiedad Dental de Corah, Kleinknecht, Klepac y Alexander y su - aplicación. Se mencionan también las medidas fisiológicas y de conducta abierta para evaluar el grado de miedo del paciente.

El segundo capítulo presenta los métodos conductuales que se emplean para aliviar el miedo dental. Se menciona la retroalimentación, relajación y desensibilización sistemática, el modelamiento y las técnicas combinadas.

El manejo del dolor orofacial es el tema del capítulo 3. Primero presentamos una definición de lo que es el dolor orofacial para - explicar el origen de éste dolor, acudimos al modelo orgánico y al - modelo de Melzak y Wall. Se menciona los factores psicológicos que - pueden intervenir en la percepción del dolor orofacial agudo y por - último se presentan los métodos conductuales que utilizaremos para - lograr el manejo del dolor agudo y crónico.

El capítulo 4 habla sobre la importancia de motivar a nuestros - pacientes a seguir los planes preventivos. A través de la motivación y cooperación podemos producir cambios conductuales positivos en los pacientes. Se menciona el uso de consecuencia para producir dichos - cambios.

Dedicamos el capítulo 5 al manejo conductual del paciente infantil. Muchos Dentistas de práctica general atienden diariamente a niños y por lo tanto, ellos se encuentran obligados a tener conocimientos sobre la Psicología Infantil. Se habla acerca de las actitudes de los niños hacia la Odontología y el tratamiento dental.

Hacemos mención de las técnicas conductuales que pueden ser aplicadas en el consultorio dental con facilidad, para lograr la cooperación y motivación del paciente infantil.

El paciente senil es el tema del capítulo 6. Hablamos acerca de las consideraciones y necesidades del paciente senil, así como su estado psicológico y actitud acerca de la Odontología.

El manejo conductual del paciente inhabilitado siempre ha sido un problema para la Odontología y en el capítulo 7, hacemos mención de las consideraciones especiales en el tratamiento de aquel paciente. Primeramente se define el término "paciente inhabilitado".

Luego mencionamos cual debe ser la actitud profesional hacia los inhabilitados y por último presentamos varios métodos conductuales para lograr el manejo conductual de éstos pacientes. Dentro de éste capítulo hacemos referencia a las inhabilidades comunes como el retardo del desarrollo, trastornos sensoriales, paraplegia y hemiplegia.

El último capítulo de la Tesis tratará de los hábitos orales -
los cuales tienen como finalidad romper el equilibrio del aparato -
estomatognático. Se identifica y se clasifican los hábitos orales -
y presentamos una breve etiología para cada una. Se mencionan las -
técnicas conductuales que se emplean para la modificación de éstas -
conductas adecuadas. Mencionamos los agentes farmacológicos, los -
aparatos removibles, el control de tensión general y la psicoterapia.

Capítulo 1

LA UTILIZACION DE LAS HABILIDADES DE LA COMUNICACION Y EL MEJORAMIENTO DE LA RELACION ENTRE EL CIRUJANO DENTISTA Y SUS PACIENTES

1.1. DEFINICION DE LA COMUNICACION INTERPERSONAL.

La relación entre el Cirujano Dentista y su paciente juega un papel importante, ya que, a través de ella, se puede ganar la confianza, la cooperación del paciente y al mismo tiempo motivarle a emplear las medidas preventivas. En la introducción a esta Tesis, mencionamos que los pacientes tienden a evaluar a su Dentista en gran parte por sus habilidades interpersonales, es decir, las habilidades para expresar comprensión, respeto y preocupación por el paciente. La relación Dentista-paciente depende de las habilidades comunicativas del Cirujano Dentista.

Los investigadores Bates y Carkuff, han demostrado que una buena relación Dentista-paciente basada en mutua confianza y respeto, tiene un efecto de placebo. Sabemos que el efecto de placebo es un factor importante en todo tipo de tratamiento médico-odontológico. Se ha encontrado que cuando existe una buena relación Odontólogo-paciente:

- . El paciente tiende a recordar y seguir las instrucciones del Cirujano Dentista.
- . El paciente tiende a pagar los honorarios profesionales con puntualidad.
- . El paciente guarda una buena imagen del Cirujano Dentista y lo recomienda a los miembros familiares y amigos.
- . El paciente tiende a ser menos ansioso y miedoso.

- . El paciente no suele levantar una queja o demanda en contra del Cirujano Dentista.

Existe la creencia en nuestra profesión que los años de experiencia ayudarán al Cirujano Dentista para obtener un buen "rapport", con sus pacientes. También encontramos que muchos Odontólogos confunden el término "habilidades interpersonales", con la simpatía. Según ellos la simpatía es una calidad innata, y no puede adquirirse a través del estudio. Aún existe otra idea que el único factor necesario para lograr el buen manejo del paciente es el sentido común del Dentista .

La experiencia si es importante. Al Cirujano Dentista recién recibido, muchas veces le falta confianza en si mismo, la cual adquirirá con los años de experiencia. Una vez adquirida esta, podrá reflejar menos en su propia ansiedad, y más en las necesidades de sus pacientes. Por lo tanto, la experiencia es esencial y no hay forma de sustituirla.

El aprendizaje a través de la experiencia, implica que al principio se cometerán errores y como consecuencia de estos se perfeccionarán las técnicas y procedimientos. Este método de aprendizaje no es muy adecuado para nuestros fines, ya que, las víctimas de estos errores son nuestros pacientes. Además la experiencia por si sola, no asegura que el Cirujano Dentista adquirirá las habilidades interpersonales. La experiencia sirve únicamente como reforzamiento positivo, siempre y cuando se han aprendido bien las técnicas. Aunque no se discute la importancia de la experiencia, sin embargo, los expertos conductuales mantienen que los estudiantes de Odontología deben aprender las habilidades básicas, las cuales con la práctica y experiencia mejo

rarán sus relaciones interpersonales, resultando éstas mutuamente satisfactorias.

Los proponentes del Modelo Conductual, sostienen que el sentido común no es el único ingrediente necesario para lograr el buen manejo del paciente. Existen situaciones en las cuales se requiere -- sensibilidad y empatía para explicar al paciente la seriedad de su enfermedad. Estas cualidades se manifiestan ya sea en forma verbal o no verbal, y demuestran interés, comprensión y preocupación. Se pueden identificar estas conductas y sus componentes y con la práctica el alumno podrá adquirir estas habilidades y aplicarlas exitosamente.

Hemos dicho que la calidad de la relación Odontólogo-enfermo, dependerá de las habilidades interpersonales del primero. ¿Qué quiere decir la comunicación interpersonal?. Primero vamos a definir qué es la comunicación. El diccionario define la palabra "comunicación", como:

1. El acto de transmitir.
2. El intercambio de información, señales o mensajes mediante la palabra hablada o escrita, gestos, etc.
3. Relación íntima.
4. a). El arte de expresar ideas habladas y escritas.
b). La ciencia de transmitir información.

De la definición podemos deducir que si la información transmitida no es asimilada por el interesado, entonces no se ha comunicado

eficazmente.

La comunicación ocurre tanto al nivel emotivo como intelectual. En el consultorio dental, el nivel emotivo es el más importante y por lo tanto utilizamos el término Comunicación Interpersonal. Nosotros como Cirujanos Dentistas debemos comunicar al paciente nuestra preocupación por su bienestar, que lo consideremos importante a él y a sus necesidades y que estemos dispuestos a escucharle y hacer un esfuerzo para comprender sus sentimientos y puntos de vista.

1.2. ASPECTOS IMPORTANTES DE LA COMUNICACION INTERPERSONAL.

La comunicación interpersonal se caracteriza por tres puntos principales: Interés, empatía y respeto. Aquella comunicación que reúne estas tres características se denomina comunicación interpersonal. La investigación ha comprobado que los Odontólogos que demuestran interés, empatía y respeto, son altamente calificados por los pacientes. La comunicación interpersonal tiene como finalidad facilitar a los pacientes el exponer sus problemas, para llegar a respuestas satisfactorias. ¿Cómo se puede demostrar interés por el paciente?. Generalmente se demuestra mediante las conductas no verbales como movimientos de la cabeza como signo de aprobación, el contacto visual, expresiones faciales apropiadas y otros signos no verbales de interés y de atención.

El componente más importante del interés es el aspecto visual. El prestar atención implica el contacto visual entre el Cirujano Dentista y su paciente. La falta de contacto visual es interpretada muchas veces por el paciente como falta de interés. El Cirujano Dentista que pregunta a su paciente "¿Cómo ha estado?", mientras esté a espaldas del paciente, lavándose las manos o revisando el instrumental, está data - un acontecimiento personal y nosotros no comentamos al respecto, por no

haber prestado atención, el paciente puede interpretarlo como falta de interés por parte del Dentista.

Otra de las características de la comunicación interpersonal es la empatía. La empatía se define como el esfuerzo que se realiza para percibir y entender una situación desde el punto de vista de otra persona ¿Cuántas veces hemos dicho a otra persona?, "póngase en mi lugar". La empatía es el componente más importante de la comunicación interpersonal y es el más difícil de lograr. Es difícil ver algo desde el punto de vista de otro individuo sobre todo cuando ese punto de vista no es congruente con el nuestro. La empatía y la simpatía no son sinónimos. Ser empático no quiere decir que estemos de acuerdo con la actitud del otro individuo. La empatía implica un esfuerzo que se hace para comprender los sentimientos, ideas, actitudes y prejuicios de otra persona, a pesar de que son diferentes a los nuestros. Por medio de la empatía el Cirujano Dentista le dice al paciente, "Usted me importa y por eso trataré de entender sus sentimientos y puntos de vista".

El respeto es un ingrediente indispensable si esperamos lograr una buena comunicación con el paciente. Respetar implica reconocer que otros tienen el derecho de guardar actitudes, ideas y sentimientos diferentes a los nuestros. Debemos ser tolerantes. Tener respeto no quiere decir estar de acuerdo con estos puntos de vista, sino reconocer que otro individuo tiene este derecho. Sabemos que muchos factores intervienen en la formación de prejuicios y actitudes. Existen factores genéticos y ambientales los cuales influyen en una manera determinante en la percepción del mundo que nos rodea.

El Cirujano Dentista, debe utilizar su criterio antes de aconsejar al paciente porque el consejo no solicitado puede constituir una falta de respeto. Es necesario distinguir entre información y consejo. El Odontólogo que dice a su paciente que para poder mantener tal diente en la boca, es necesario realizar una pulpectomía, le está proporcionando información. Por otra parte el Cirujano Dentista que dice a su paciente, "Si yo fuera usted me haría este tratamiento, ¿No piensa que su salud es más importante que su viaje a Europa".

Es comentario no es una información, sino un consejo. No debemos hacer las decisiones por nuestros pacientes. La decisión de someterse al tratamiento dental y todo lo que implica esto, pertenece estrictamente al paciente. Nuestra obligación es proporcionarle la información necesaria para poder llegar a una decisión sana y racional. En el ejemplo que acabamos de mencionar, el Cirujano Dentista está empleando su criterio cuando dice que la salud bucal es más importante que un viaje, pero la decisión del paciente debe ser fundamentada en los valores del mismo.

En resumen, la educación del paciente está dentro de nuestra responsabilidad como Cirujano Dentista. Debemos educarlos y hacerlos conscientes de la importancia de la salud bucal, y enseñarles las técnicas adecuadas para lograr esta meta. Pero no tenemos derecho de imponer nuestros valores al paciente. Después de proporcionarle toda la información necesaria, será el paciente quién elija.

La diferencia entre el consejo y la información es evidente, cuando se consideran los siguientes ejemplos:

Ejemplo A.

Paciente: Mi esposa me dice que gasto demasiado dinero en este -

tratamiento dental.

Dentista: Dígale, que usted dejará de gastar tanto en este tratamiento, cuando ella deje de gastar tanto en las tiendas de ropa.

En este ejemplo, el Cirujano Dentista le está dando consejo al paciente. El Cirujano Dentista le esta aconsejando a su paciente sobre la manera de responder a su esposa. Nuestro campo de trabajo no es la terapia matrimonial. No tenemos el entrenamiento necesario para poder ofrecer este tipo de terapia. Nunca debemos instruir al paciente como manejar a su esposa.

Ejemplo B.

Paciente: ¿Es necesario que me haga este tratamiento ahora? Yo trabajo día y noche y no dispongo de tiempo para someterme a un tratamiento prolongado.

Dentista: Usted necesita que le haga ahora un raspado y curetaje, porque tiene una inflamación exagerada de las encías. Lo demás podemos dejarlo para las próximas consultas.

En el ejemplo B, el Cirujano Dentista ha proporcionado al paciente los datos suficientes acerca de su estado de salud bucal, para que él pueda tomar una decisión inteligente respecto al tratamiento.

Hemos dicho que dar consejo puede constituir una falta de respeto. Existen otras formas de faltarle al respeto al paciente:

El Cirujano Dentista que discute con su paciente, le está faltando al respeto.

Ejemplo C.

Paciente: Doctor el presupuesto que me dió la vez pasada me pareció muy alto.

Dentista: Usted está muy equivocado, usted no reconoce el verdadero valor del tratamiento.

En este ejemplo, el Cirujano Dentista le está faltando al respeto al paciente. Aunque esté equivocado el paciente, nunca debemos comenzar a discutir con él. Primero, tenemos la obligación de escucharle atentamente y comprender su punto de vista. Después, intentamos hacerle entender nuestro punto de vista.

Otra manera de transmitir al paciente una falta de respeto es juzgar sus sentimientos, ideas y prejuicios.

Ejemplo D.

Paciente: Doctor me deprime pensar que voy a tener que usar placas totales.

Dentista: ¡Qué tonto. Usted va a verse mejor y podrá masticar bien su comida.

En este ejemplo, se le está diciendo al paciente que sus sentimientos personales son tontos; se puede implicar que el paciente es tonto por guardar estas ideas. El juzgar las actitudes y opiniones del paciente constituye una falta de respeto, y se debe hacer un esfuerzo

zo para evitar estos comentarios. Si el paciente tiene la suficiente confianza en nosotros para relatarnos sus sentimientos íntimos, debemos respetarlos y no juzgarlos.

Existe otra forma de expresar al paciente una falta de respeto, al no darle la debida importancia a sus sentimientos, para hacerlo sentir mejor o asegurarle que todo saldrá bien.

Ejemplo E.

Paciente: Me da miedo cuando escucho el ruido del motor de alta velocidad.

Dentista: ¡No se preocupe usted! Trate de pensar en cosas agradables.

El Cirujano Dentista que dice a su paciente "no se preocupe", no le está haciendo sentir mejor. El paciente seguirá teniendo miedo. Estos estados emotivos intensos no desaparecen por el hecho que se le diga al enfermo que no se preocupe. Este tipo de comunicación puede traer como consecuencia que el paciente deje de relatar sus sentimientos al Cirujano Dentista, creando a su vez el empeoramiento de su relación interpersonal.

En resumen, podemos mencionar las formas de comunicación que no se deben utilizar dentro de la relación Dentista-paciente:

1. Aconsejar al paciente.
2. Discutir con el paciente sobre un aspecto del tratamiento dental.

3. Juzgar los sentimientos, ideas y prejuicios del paciente.
4. Subvalorar o descartar los sentimientos del enfermo.

1.3. "LA COMUNICACION INTERPERSONAL COMO INSTRUMENTO PARA LOGRAR EL MANEJO CONDUCTUAL DEL PACIENTE".

¿Cómo se puede utilizar la comunicación interpersonal para lograr el manejo conductual del paciente? Como hemos dicho anteriormente, la Comunicación Interpersonal debe tener tres ingredientes: a). Interés, b). Empatía, c). Respeto. Por medio de estos, comunicaremos al paciente que lo consideramos importante y por lo consiguiente, intentaremos comprender sus sentimientos, preocupaciones y emociones. Para lograr esta comprensión es necesario que el Cirujano Dentista identifique los sentimientos del paciente. Estos sentimientos pueden ser transmitidos por el paciente en una manera explícita o implícita. La comunicación implícita se realiza por medio del tono de voz, inflección de voz, gestos y expresiones faciales. Es importante hacer notar que el paciente ansioso o temeroso, suele utilizar la comunicación implícita para expresarse y es nuestro deber identificar estos sentimientos y estados emotivos desfavorables, y aliviarlos. Se requerirá la atención completa del Cirujano Dentista tanto auditiva como visual.

Aunque parece sencillo, en la realidad es un trabajo muy difícil. No es fácil poner a un lado nuestros sentimientos y actitudes y escuchar a la otra persona. No estamos acostumbrados a prestar toda nuestra atención al otro individuo. En las relaciones sociales, por lo general, prestamos una parte de nuestra atención. Esto quiere decir, que cuando la otra persona nos está hablando, en vez de escucharle

atentamente, estamos pensando de como contestarle cuando nos toque hablar. Tal vez funcione bien este tipo de comunicación en las relaciones sociales, pero es inadecuado y contraproducente en una relación profesional como la que existe entre el Odontólogo y su paciente.

El Cirujano Dentista por lo general escucha al paciente con el fin de detectar posibles signos, síntomas y antecedentes patológicos del mismo. Hemos sido entrenados para recoger aquellos datos que pueden ser útiles para llegar a un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado. Muchas veces el paciente nos relata una anécdota personal y no le demostramos importancia. Esa anécdota puede revelar algún estado emotivo intenso del paciente y por no escucharlo, no se ha identificado dicho estado emocional.

Existen muchos factores que pueden impedir escuchar al paciente. Un consultorio dental ruidoso tiende a distraer al Cirujano Dentista. Igualmente el Odontólogo que interrumpe su conversación con el paciente para contestar una llamada telefónica o para pagar la nota del laboratorio dental, no podrá prestar su atención completa al paciente. Sin embargo, el impedimento mayor no es un factor externo. Generalmente, los propios sentimientos y actitudes del Cirujano Dentista constituyen el obstáculo de mayor importancia. El oyente suele sentirse imposibilitado, cuando el que habla, expresa sentimiento de tristeza o pena, avergonzado e incómodo cuando se le está hablando sobre asuntos muy personales y defensivo cuando él expresa sentimientos agresivos y críticos. Como la mayoría de los profesionistas que prestan servicios al público, tendemos a reaccionar subjetivamente. Estas emociones de impotencia, vergüenza y defensa son inadecuadas, porque no permiten que el Cirujano Dentista escuche atentamente al paciente. Por lo tanto, representan verdaderos impedimentos de la

comunicación interpersonal. Es necesario que el Odontólogo haga a un lado sus emociones y sentimientos si piensa lograr una comunicación - óptima con su paciente.

No es suficiente escuchar al paciente, reconocer y comprender sus sentimientos. Este reconocimiento y comprensión deben estar transmitidos al paciente, es decir, el paciente debe sentir que sus sentimientos fueron escuchados y comprendidos por el Cirujano Dentista. Se puede expresar comprensión por medio de conductas no verbales como movimientos de cabeza o por medio de las conductas verbales como "si, le entiendo". Existe otra manera más eficaz para comunicar reconocimiento y comprensión. El medio más directo y eficaz para lograr este fin se conoce como reflexión. Tal y como un espejo "refleja" la imagen de la persona u objeto que se encuentra frente a el, así debemos reflejar - los sentimientos y actitudes expresados por el paciente. En el método de reflexión el Cirujano Dentista, sirve como espejo reflejando - dichos sentimientos.

El método de reflexión ha sido utilizado ampliamente en el área de la psicoterapia para comunicar al paciente, la comprensión y aceptación de sus sentimientos, emociones y actitudes. Cabe mencionar - aquí, que no es preciso ser psicoterapeuta para emplear con éxito el método de reflexión. El Cirujano Dentista puede aplicarlo en su práctica diaria. Además, no se debe restringir la aplicación del método a nuestros pacientes. La reflexión puede ser utilizada cuando nos - comunicamos con los miembros auxiliares, familia y amigos.

Por medio de la reflexión, el Cirujano Dentista le está diciendo al paciente, "lo estoy escuchando; lo comprendo". Este mensaje - representa el factor más importante para lograr una buena relación -

profesionista-paciente. La reflexión tiene otra función importante dentro del campo Odontológico. Este método de comunicación, enfoca la atención del profesionista hacia el paciente y sus problemas y así evita que el Cirujano Dentista tome el papel de adversario en contra del paciente. Sin reflejar los sentimientos del paciente, comenzaremos a discutir con él, juzgarlo y subvalorar o descartar sus actitudes e ideas. Cada vez que se contradiga, discuta o se exprese una opinión diferente a la del paciente, se toma una posición contraria a la del paciente. La discusión y el desacuerdo van en contra de una buena relación Dentista-paciente, porque los dos participantes tienden a cultivar sentimientos antagonistas uno hacia el otro. El antagonismo y hostilidad no son compatibles con el mutuo respeto y confianza.

Cuando existe antagonismo entre el Cirujano Dentista y su paciente, muchas veces el primero tomará una posición defensiva, es decir, que defenderá su autoridad y posición profesional. El Odontólogo inteligente no permitirá que ocurra este intercambio de hostilidad. No es necesario, ni deseable que el Cirujano Dentista compruebe al paciente que él es el experto. Su entrenamiento profesional y conocimientos médico-odontológicos comprueban que lo es en su campo. En primer lugar, esta forma de confrontación no debe ocurrir entre el profesionista y su paciente y si llega a ocurrir el Cirujano Dentista no debe tomar la defensiva.

Para evitar estos problemas potenciales, es necesario utilizar el método de reflexión. Por medio de él, el Cirujano Dentista se enfocará en las emociones del paciente y demostrará un deseo de comprenderlo y así podrá evitar discusiones y desacuerdos, los cuales son contraproducentes y empeoran la relación Dentista-paciente.

¿Cómo se lleva a cabo la reflexión?. La técnica consiste de dos pa -
sos: 1). Escuchar y observar con el fin de identificar las actitudes
y emociones expresadas por el paciente. 2). Expresar con sus propias
palabras dichas actitudes y emociones. Por ejemplo, si detectamos del
tono de la voz o por medio de los movimientos corporales, o expresio -
nes faciales que el paciente está enojado o triste, debemos reflejar -
esos sentimientos. Se puede decir al paciente "esta usted muy enojado
respecto a eso" o "le dió mucha tristeza". Si el paciente nos indica -
su estado emocional por medio de conductas verbales o no verbales, de -
bemos reflejarlos.

Una respuesta reflexiva completa, debe hacer referencia a los sen -
timientos expresados por el paciente y a la situación que provoca es -
tos sentimientos. Toda respuesta reflexiva debe reunir estos 2 compo -
nentes. Para recordar los componentes hacemos mención de una fórmula
sencilla propuesta por los investigadores H.L. Runyun y L.A. Cohen.
Una vez que el paciente nos ha expresado una emoción o actitud, le po -
demos responder: "Usted se siente X (describir la emoción ej. enojo,
tristeza, alegría, etc.). porque Y (describir la situación o aconteci -
mientos que le ha causado sentirse de esa forma. Para facilitar su -
aplicación. presentamos los siguientes ejemplos:

Ejemplo A

Paciente: Yo hago todo lo que puedo para cuidar mi dentadura, y
usted me critica cada vez que vengo a consulta.

Dentista: Usted está enojado porque hace todo lo que puede y yo
le sigo criticando en vez de reconocer sus esfuerzos.

Ejemplo B

(El Odontopediatra acaba de explicar a la madre de un paciente - acerca del Síndrome de biberón de leche).

La mamá: ¿Pero Doctor Pérez, qué puedo hacer?. No puedo dejar - que lllore; me sentiría muy mal.

Dentista: Sra. González, usted se siente mal cuando su niño co - mienza a llorar y le preocupa que no sea buena madre.

Ejemplo C

Paciente: Yo no quiero seguir con este tratamiento, he invertido demasiado tiempo y dinero.

Dentista: El progreso ha sido muy lento, y usted ya está harto.

En estos tres ejemplos, las respuestas reflexivas hacen referencia tanto a las emociones expresadas como a los factores que las ha - provocado. La reflexión parece ser demasiado sencilla pero sin embar - go, los estudiantes de Odontología o Cirujanos Dentistas que la emplean por primera vez generalmente encuentran dificultades. Se les dificul - ta porque están acostumbrados a contestar al contenido y no a los sen - timientos expresados por el paciente.

Es importante distinguir entre los términos "sentir" y "pensar". El verbo "sentir", se utiliza cuando se quiere hacer referencia a las emo - ciones, sentimientos y actitudes, que guarda el individuo. En cam - bio el verbo "pensar", se refiere a la opinión que guarda un individuo con respecto a una actividad, evento, acontecimiento, etc. Si se uti - liza el verbo sentir cuando se quiere decir "pensar" o "creer", enton - ces la respuesta reflexiva hace referencia al contenido y no a las - emo - ciones comunicadas por el paciente. Considere los siguientes ejem

plos:

Ejemplo A

Dentista: Sr. García, en la primera consulta le enseñe una buena técnica de cepillado y cómo usar el hilo dental. Sin embargo, no he observado ninguna mejoría. ¿Hay algún problema?.

Paciente: Yo sé que debería cepillar y usar el hilo dental como me enseñó, pero he estado muy ocupado últimamente y no he podido llevar a cabo esto regularmente.

Dentista: Siente usted que ha estado muy ocupado últimamente - y que no ha tenido tiempo para cepillarse los dientes y usar el hilo dental regularmente.

En este ejemplo, el Cirujano Dentista está empleando mal el verbo "sentir". El paciente no siente que ha estado muy ocupado y por eso no ha podido realizar las medidas preventivas indicadas por el Odontólogo. El paciente podrá sentir una emoción como frustración, ya que reconoce la importancia de llevar a cabo esas actividades y no ha podido por falta de tiempo disponible.

Ejemplo B

Paciente: Sus honorarios son demasiado altos, no sé cómo voy a poder pagarle.

Dentista: Siente usted, que mis honorarios son muy excesivos.

Igual que en el ejemplo anterior, el Cirujano Dentista no está empleando correctamente el verbo "sentir". El paciente no "siente" - que los honorarios causados por el tratamiento son muy excesivos.

El paciente se siente angustiado y apurado porque tiene que tomar en cuenta su situación económica antes de decidir si va a someterse al tratamiento dental. En este ejemplo, observamos que cuando el paciente se siente preocupado, frustrado o angustiado, suele portarse agresivamente hacia el Cirujano Dentista. Es precisamente en estos casos cuando el paciente presenta sentimientos desfavorables que debemos aplicar al método de reflexión para calmarlo y tranquilizarlo y así evitar problemas mayores. El paciente que presenta dichos sentimientos es como una bomba de tiempo y es nuestro deber hacer todo lo posible para desactivarla. Si tomamos una posición defensiva, estamos evitando que entre la discusión y el conflicto.

Las primeras veces que se utiliza la reflexión el Cirujano Dentista suele responder reflexivamente repitiendo las mismas palabras dichas por el paciente y por lo tanto parecerá un disco rayado. Para evitar esto es necesario que el Cirujano Dentista emplee sus propias palabras. Veamos el siguiente ejemplo:

Paciente: Dr. Hernández, estoy muy preocupado, me duelen mucho los dientes. Espero que no hay necesidad de extraerme uno.

Dentista: Usted está muy preocupado. Le duelen mucho sus dientes y espero que no le extraiga algún diente.

En este ejemplo el Dentista está repitiendo palabra por palabra los sentimientos expresados por el paciente. Se hubiera logrado mejores resultados resumiendo y empleando las propias palabras del Cirujano Dentista. Una mejor respuesta reflexiva hubiera sido:

Dentista: Le da miedo el no saber qué es lo que le está causando

el dolor y por tal motivo piensa en el peor de los re
medios.

¿Se puede utilizar la reflexión para resolver los problemas de -
nuestros pacientes?. En muchos casos la reflexión correctamente em -
pleada ayudara al paciente encontrar las soluciones a sus problemas.
Es importante recordar que muchas veces el paciente acude a nosotros
con un problema personal, que nosotros no podemos resolver. En estas
circunstancias, es de gran ayuda para el paciente el hecho que alguien
lo considera suficientemente importante para escucharlo y expresar in
terés y comprensión.

Se sabe que el tiempo del Cirujano Dentista es muy valioso. Don
de encontrará el tiempo para escuchar a sus pacientes y comunicarles
comprensión y reconocimiento. Dentro del consultorio dental cada mi-
nuto es contado. Aparte de esto, existe la idea que al Cirujano Den-
tista le pagan por el tratamiento brindado y no por su comprensión, -
empatía y plática.

Para responder a estos puntos, se ha comprobado que la reflexión
ahorra tiempo para el Cirujano Dentista porque suelen ocurrir menos -
malentendidos y problemas con pacientes insatisfechos. La reflexión
requiere menos tiempo que esfuerzo, pero en estos casos en que tenemos
que invertir más tiempo escuchando al paciente y reflejando sus senti-
mientos, es perfectamente justo cobrarle honorarios más altos. La co-
municación que se desarrolla entre el Odontólogo y su paciente, consti-
tuye parte del tratamiento y por lo tanto debemos cobrarle de acuerdo
al tiempo y esfuerzo invertido.

Existen situaciones en que el Cirujano Dentista únicamente debe -

proporcionar la información solicitada, y otras situaciones en que -
tiene que responder reflexivamente. Si el paciente le pregunta al -
Odontólogo "¿Está lloviendo afuera?", no será apropiado responderlo
reflexivamente. En esta situación el paciente está pidiendo informa-
ción y el Dentista le contestará "si" o "no". Hay que tener cuidado,
porque muchas veces el paciente nos hará una pregunta, pero está pi -
diendo información únicamente. La pregunta hecha por el paciente pue
de expresar sus sentimientos y emociones, por ejemplo:

El paciente que pregunta "¿Cree usted que con el tratamiento quedaría
bien?", puede estar transmitiendo duda. El paciente que pregunta al
Cirujano Dentista, "¿Ha hecho este tratamiento anteriormente?", podría
estar expresando desconfianza. Estas preguntas requieren respuestas -
reflexivas, porque el paciente nos está comunicando una emoción o sen
timiento. Veamos los dos siguientes ejemplos:

Ejemplo A

Paciente: Mi esposo va a pasar por mí ¿A qué hora se terminará
la consulta?.

En este ejemplo, la paciente está pidiendo información únicamen
te y por lo tanto se le proporcionará sin necesidad de responder re -
flexivamente.

Ejemplo B

Paciente (muy tenso): ¿Qué me va a hacer hoy?. ¿Tardará mucho?.
¿Cuándo terminaremos?.

El paciente en el ejemplo B., es ansioso. Será apropiado respon
derlo reflexivamente.

Se presentarán casos en que no estamos seguros de cómo se siente el paciente. En estos casos el paciente nos hace una pregunta y estamos indecisos de cómo contestarle. La forma más correcta de manejar estas situaciones es preguntar al paciente: "¿Está diciendo?", o "¿Quiere decir?". Esto indicará al paciente nuestra incertidumbre. Por regla general, cuando existe duda, se comenzará a contestar reflexivamente preguntando al paciente si se siente de tal forma. En caso de que el paciente nos esté pidiendo información únicamente, nos corregirá y agradecerá nuestro interés y preocupación.

También se presentarán casos en que el paciente nos exprese dos - sentimientos contradictorios al mismo tiempo. Considera el paciente - que dice a su Dentista, "estoy harto de este tratamiento, aunque me - supongo que me está ayudando mucho". En este caso, el Cirujano Dentista debería reflejar ambos sentimientos tanto el sentimiento de frustración como el de sentirse mejor. Se reflejarán las dos emociones sin reforzar las emociones positivas o criticar las negativas. El ser humano es una entidad compleja y suele guardar emociones mixtas, sobre todo cuando una de las emociones es el enojo u hostilidad. Si permitimos que el paciente exprese sus emociones negativas abiertamente, saldrán después las positivas.

La reflexión se emplea para lograr un "rapport", con el paciente - identificar sus problemas, estados emotivos intensos, y áreas de dificultad. ¿Cuál es el paso a seguir una vez que se llevó a cabo la reflexión de los sentimientos del paciente?. Generalmente el intercambio - reflexivo entre el Cirujano Dentista y su paciente traerá uno de los - siguientes resultados mostrados en figura 1-1.

Figura 1-1

- A. Problema identificado.
No hay forma de resolverlo.

- B. Problema identificado.
El Cirujano Dentista tendrá que proporcionar información al paciente.

- C. Problema identificado
El paciente lo resolverá.

- D. Problema no identificado.
El paciente expresa emociones - ambiguas o contradictorias.

**Intercambio Reflexivo
Dentista-paciente**

El resultado A., se refiere a aquellas situaciones en que el problema ha sido claramente identificado, pero desafortunadamente no existe una solución adecuada. Dentro de esta clase se incluyen todos aquellos eventos que están fuera del control de uno, como sería por ejemplo: el tiempo, la muerte de un ser querido, etc. En estos casos en los cuales no hay forma de solucionar el problema, es importante, escuchar al paciente y demostrarle interés y comprensión. Debemos evitar hacer comentarios triviales.

La categoría B., incluye aquellas situaciones en que el problema ha sido claramente identificada y lo que hace falta al paciente es información o instrucción. El paciente que presenta abrasión de los dientes, migración gingival y exposición del cemento, y se descubre que emplea una técnica de cepillado inadecuado, necesitará instrucción para corregir este problema. Muchas veces. el paciente nos hace una pregunta como "¿Cuándo podré masticar de este lado?", o "¿Qué pasta -

de dientes me recomienda usted?. En tales situaciones, nuestra obligación es proporcionarle toda la información e instrucciones necesarias y asegurarnos que el paciente nos haya entendido.

Como hemos dicho anteriormente, una de las metas de la reflexión es hacer entender a la otra persona, que por sí solo puede resolver el problema. La categoría C., incluye toda situación en la cual el problema ha sido claramente identificado y el paciente ha proporcionado su propia solución o ha demostrado capacidad para resolverlo. Veamos el siguiente ejemplo:

Recepcionista: (Muy molesta). Doctor Torres, la Sra. González permite que sus 3 niños corran y griten en la sala de espera. Hacen mucho ruido y desorden.

Dentista: Usted está muy molesta cuando los niños de la Sr. González se portan de esa manera. Esta usted preocupada de que se molesten los otros pacientes.

Recepcionista: Si, es que se portan como salvajes y la Sra. González no les dice nada. No me molestaría tanto el ruido si los niños se quedarán en el área designada para jugar.

Dentista: Entonces lo que le molesta es que los niños corran en la sala de espera. Si usted podría encontrar la forma de restringirlos al área de juego, usted se sentiría mejor.

Recepcionista: Podemos utilizar un sistema de premios, para reforzar la buena conducta. Mi hermana es maestra de primaria y lo emplea exitosamente con sus alumnos. ¿Piensa usted que funcionará en el consultorio?.

Dentista: ¡Me parece una buena idea. Podemos regalarles premios si ganan muchos puntos.

En este ejemplo, se empleó la reflexión para identificar claramente el problema. La recepcionista había mencionado 2 problemas, primero, que los niños corrían por toda la sala de espera y segundo, que hacían mucho ruido. El Dr. Torres reflejó los sentimientos de la recepcionista y después ella misma llegó a la conclusión de que le molestaba que los niños corrierán. La identificación del problema es de suma importancia. Una vez aislado el problema, la recepcionista demostró la capacidad para resolverlo.

Hasta ahora hemos hecho referencia a situaciones en las cuales el problema ha sido claramente identificado y aislado. Existe una cuarta posibilidad en el caso en que se ha podido determinar con certeza cual es el problema. Esto puede ocurrir de varias formas. A menudo, el paciente nos cuenta algún problema de una manera muy indefinida y nosotros no podemos identificarlo con exactitud. En estos casos, el Cirujano Dentista debe hacer preguntas muy específicas al paciente para que los dos puedan determinar la dificultad. Veamos el siguiente ejemplo:

Paciente: Doctor, su asistente me cae mal.

Dentista: ¿Le ha molestado la Sra. Vázquez?

Paciente: Si, Doctor.

Dentista: Por favor, dígame ¿en que manera la ha molestado?.

Paciente: Es muy grosera.

Dentista: ¿Le ha hecho alguna grosería?.

Paciente: Si, Doctor, es muy rara.

Dentista: ¿Que tiene de rara?.

Paciente: Parece ser que le caigo mal.

Dentista: ¿Y eso le molesta? ¿Por que piensa usted que no le caiga bien a la Sra. Vázquez?.

Paciente: Es que me ignora.

Al preguntarle acerca del asunto, se descubrió que la asistente - estaba preparando una obturación temporal de óxido de zinc y eugenol y no escuchó al paciente cuando le hizo una pregunta y por tal motivo - no le contesto. El paciente lo interpretó como una grosería. El Dentista le explicó al paciente y el paciente acepto la explicación y excusa. Posteriormente en privado, el Dentista le pidió al asistente que le pidiera disculpas al paciente.

Algunas veces la misma conducta defensiva del paciente hará difícil la identificación del problema. El paciente defensivo puede expresar agresión cuando se le pregunte acerca de asuntos muy personales. El suele negarse a hablar acerca de sus hábitos de higiene oral, los medicamentos, que está tomando actualmente, o sus sentimientos de ansiedad y agresividad, los cuales han sido detectados por el Cirujano Dentista. Muchas veces se cae en el error de clasificar como agresiva la conducta del paciente defensivo. Generalmente estos pacientes son muy ansiosos y su ansiedad es bien justificada, porque al exponer asuntos muy personales se arriesga a que sea rechazado o no le dará la debida importancia. Estos pacientes demuestran preocupación, incertidumbre, e inseguridad, porque no saben cómo responderá el Cirujano Dentista. Debemos dirigirnos a estos sentimientos y reflejarlos al paciente.

Veamos los siguientes ejemplos de respuestas reflexivas, dirigidas a los pacientes defensivos:

- A). Se le hace difícil hablarme de este tema.
- B). Tal vez, le preocupe lo que podría pensar de usted.
- C). Usted se pregunta, si realmente necesita esta información.
- D). Usted siente que me estoy entrometiendo al hacerle estas - preguntas.

¿Cómo se puede ayudar al paciente para que exponga esta información?. Sabemos por ejemplo que la sífilis primaria y secundaria es una infección viral, y que con mayor frecuencia es contraída durante la copulación.

La sífilis presenta manifestaciones clínicas en la cavidad oral. El paciente no estará muy dispuesto a proporcionar esta información, sobre todo si es una persona casada y con hijos. Son asuntos muy delicados y sin embargo, nosotros como médicos debemos saberlo.

La investigación ha comprobado que en estos casos, podemos ayudar al paciente a exponer esta información, si empleamos la técnica de modelamiento o ejemplificación. Si el Cirujano Dentista ha tenido alguna vez una experiencia similar, debería compartirla con su paciente. Para resolver las dudas, se presentan los siguientes ejemplos:

- A). Yo soy una persona reservada y no estoy en disposición de proporcionar información. Quizás si le explico el porqué necesito saberlo, usted se sentiría más confiado.
- B). Yo usaba frenos de caballo cuando estaba en secundaria, y me sentía muy mal a veces. Me acuerdo de una ocasión en que

me enoje con el Ortodoncista, porque, no comprendió mis sentimientos.

C). Al principio, era una molestia el tener que usar el hilo dental después de cada cepillado. Se me olvidaba hacerlo regularmente y me preocupaba que el Dentista me gritaba en la consulta.

Después de escuchar las anécdotas personales del Cirujano Dentista, el paciente suele sentirse relajado y más confiado y expondrá la información solicitada. Nuevamente observamos que las habilidades interpersonales del Cirujano Dentista le pueden ayudar a sobrellevar las dificultades.

En la categoría D, hicimos mención de aquellas situaciones en las cuales el paciente nos transmite dos sentimientos contradictorios al mismo tiempo. En estas circunstancias, será difícil de identificar su problema. Hay ocasiones en que las respuestas verbales del paciente no coincidan con su conducta no verbal. Como por ejemplo, el paciente que dice a su Cirujano Dentista "estoy muy relajado", mientras está temblando y sudando. También puede existir una discrepancia entre lo que dice el paciente y lo que hace una vez que abandona el consultorio, como es el caso del paciente que dice "yo voy a cepillarme los dientes tres veces al día, y entre comidas y voy a usar el hilo dental después de cada índice de placa dentobacteriana y sarro.

El señalar al paciente la discrepancia o incongruencia, lleva un elemento de riesgo. El paciente lo puede interpretar como una falta de respeto. El Cirujano Dentista que señala al paciente sus incongruencias, debe estar consciente del riesgo implícito. Se le debe señalar -

en una forma recta y sin juzgarlo. Informamos al paciente acerca de la incongruencia de sus respuestas o acciones con el fin de proporcionarle otro punto de vista.

Ejemplo:

El resultado del exámen, indica que el paciente tiene nuevas lesiones cariosas y el Dentista le explica esto al paciente.

Paciente: ¡Más tratamiento. Estoy harto de que den malas noticias cada vez que vengo a un chequeo.

Dentista: No estas tan harto de esto o de lo contrario tendrías más cuidado con tu higiene bucal.

En este ejemplo, el Cirujano Dentista está juzgando al paciente lo que hace que el paciente se siente defensivo.

Ejemplo B. (La misma situación).

Dentista: Le molesta que en cada visita encontremos más caries.

Paciente: Es cierto. Me gustaría que me dijera "no hay ningún problema, todo está bien".

Dentista: Me extraña. Cuando reviso su boca veo que no practica una buena higiene bucal y sin embargo quiere que todo este bien.

En ejemplo B, el Dentista señala una discrepancia entre lo que dice el paciente y lo que hace, sin llegar a juzgarlo o criticarlo. Al exponer al paciente estas incongruencias, lo ayudamos a tomar conciencia, para que a la vez resuelva sus problemas.

Capítulo 2

EL MIEDO DENTAL

El miedo es una de las sensaciones más familiares para el Odontólogo. Aunque poca gente admite que siente miedo al estar en el consultorio dental, muchos individuos lo experimentan en una forma intensa. Puede llegar a ocurrir que individuos muy miedosos evitarán la consulta aunque padezcan de una serie de alteraciones de origen dental severas.

Estudios estadísticos recientes que se realizaron en Estados Unidos, mostraron que del 5 al 6% de toda la población presentan miedo intenso al tratamiento dental. (Vease apéndice gráfica No. 1 para comparación). Generalmente mujeres reportaron tener mayor índice de miedo que los hombres, y a la vez los niños, más que los adultos. (Vease apéndice gráfica No. 3-8 para comparación).

El manejo del miedo dental representa un problema tanto para el paciente como para el Cirujano Dentista. Pacientes ansiosos requieren mayor tiempo en cada visita, aún para procedimientos sencillos. Más aún, el trabajo bajo tensión constante reduce la eficiencia de todos los integrantes del equipo dental. En el estudio estadístico realizado por los elaboradores de este trabajo en la zona metropolitana del Distrito Federal, el miedo se reportó como uno de los problemas más importantes en el manejo del paciente. (Vease introducción tabla No. 1).

Endodontólogos y periodontólogos han manifestado también que el problema del miedo es muy común en su práctica privada.

El miedo es un factor de suma importancia en el retardo y cancelación de citas. No es sorprendente que pacientes con alto índice de miedo al tratamiento dental tienden con mayor frecuencia a cancelar citas.

En éste capítulo enfocaremos nuestra atención hacia los orígenes, el diagnóstico y el manejo del miedo en el tratamiento dental presentado por adultos.

2.1. LOS ORIGENES Y DESARROLLO DEL MIEDO DENTAL

¿Es el miedo dental un fenómeno asociado con cierto "tipo" de personalidad?. ¿Es el miedo al tratamiento Odontológico un síntoma resultado de un conflicto personal subconsciente.

Se han hecho muchos intentos para descubrir los orígenes del miedo dental y asociarlos a las características de la personalidad del individuo. Los investigadores fracasaron en encontrar relación alguna entre el miedo dental y problemas en la personalidad como dependencia, trastornos en la etapa oral, problemas con figuras autoritarias, neurosis o introversión-extroversión. Sin embargo los estudios si revelaron una diferencia significativa entre pacientes que mostraban miedo y aquellas que no lo demostraban, relacionadas con la cultura y miedo que los rodea hacia la Odontología y los antecedentes dentales traumáticos propios.

Los pacientes ansiosos reportan a menudo una historia dental con experiencias traumáticas o una actitud familiar muy desfavorable hacia el tratamiento dental.

2.1.1. EXPERIENCIAS TRAUMATICAS

Dos temores producidos por éste tipo de experiencias son denominadas "temores objetivos". Los psicólogos Ronald Kleinknecht y Douglas Benstein se dedicaron al estudio de los orígenes, diagnóstico y tratamiento del miedo dental. Dichos autores investigaron doscientos veinticinco jóvenes, de ellos noventa y tres se catalogaron como muy ansiosos y ciento treinta y dos como poco ansiosos. Se les pidió a los jóvenes que describieran las experiencias dentales específicas que según ellos son la causa directa de su actitud hacia la Odontología. Las respuestas se clasificaron como "positivas" y "negativas"; ejemplo de una respuesta positiva es la siguiente: "Mi Dentista fue paciente y gentil. El hizo un esfuerzo sincero para evitar dolor innecesario. El me pidió que le señalara cuando me molestaba y esperó hasta que le indicará que estaba listo para seguir".

Un ejemplo de una respuesta negativa es la siguiente: "Mi Dentista me molesto mucho. Se enojaba cada vez que le indicaba que me dolía. Me estaba empujando el pelo a cada rato y no paraba de hablar acerca de los jóvenes con el cabello muy largo y muy sucio". De un total de respuestas dadas por los jóvenes clasificados como ansiosos 71%, fueron clasificados como "negativos", mientras que los sujetos clasificados como no ansiosos reportaron solamente 47% de respuestas negativas. Sin embargo, debemos hacer notar que dentro del primer grupo habían respuestas positivas y a su vez en el segundo - habían también comentarios negativos.

La tabla 2-1 demuestra claramente la proporción entre ambos grupos de jóvenes clasificados a su Dentista en una forma negativa. Se hizo énfasis en tres aspectos comunes de la profesión y se puede apre

ciar que alrededor de la mitad de los jóvenes clasificados como ansiosos hicieron comentarios negativos acerca del comportamiento y personalidad de su Dentista, mientras que menos de un tercio de los clasificados como poco ansiosos hizo comentarios similares. En una forma análoga, entre los clasificados como ansiosos 42% se quejaron de experiencias dolorosas mientras que el otro grupo reportó solamente 17% de experiencias parecidas.

Kleinknecht demostró que el dolor por sí solo, no es la causa del miedo ya que 17% del grupo poco ansioso reportó experiencias dolorosas sin haber desarrollado temor alguno. Más aún, 71% de los clasificados como ansiosos y que reportaron actitud negativa, no indicaron el dolor como factor significativo.

Kleinknecht postulaba que "Suele ser que el dolor por sí solo no causa el miedo sino la manera y la actitud que toma el Cirujano Dentista para manejarlo". (Kleinknecht, R.A. "Fear And Avoidance Of Dentistry". In P. Weinstein ed.: Advances in Behavioral Research in Dentistry. Seattle, 1978).

	JOVENES MUY ANSIOSOS	JOVENES POCO ANSIOSOS
ACTITUD Y PERSONALIDAD DEL CIRUJANO DENTISTA.	51%	30%
DOLOR	42%	17%
ADMINISTRACION DE ANESTESICO LOCAL.	35%	12%

TABLA 2-1: Comparación entre dos grupos de jóvenes especificando aspectos negativos en el tratamiento dental.

2.1.2. ACTITUD FAMILIAR Y AMBIENTAL

Los temores que han sido sugeridos al individuo por el miedo que le rodea se denominan "temores subjetivos". El ser humano, durante su vida, aprende por la observación de los demás individuos. La primera fuente de aprendizaje es la familia. El niño adquiere su temprana información, acerca del mundo que lo rodea, de su medio ambiente familiar. La casa tiene influencia muy marcada sobre las actitudes, creencias y comportamiento del individuo. Un niño sin experiencia es muy sensible a la sugestión; al oír de algunas situaciones desagradables o dolorosas experimentadas por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a situaciones similares. La representación mental del miedo permanece en el niño y por medio de la fantasía propia de su edad, se agranda y vuelve importante.

Shoban y Bonland reportaron que en los adultos el miedo a la Odontología estaba principalmente basado en lo que hablaron sus padres sobre ello. En adultos, así como en los niños, lo que más temor provoca es escuchar comentarios acerca de experiencias desagradables en el consultorio dental a través de sus padres o amigos.

Los temores subjetivos suelen ser mucho más intensos que los temores causados por la experiencia del individuo. Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. El dolor objetivo, ya sea por inyección de anestésico local, puede ser superado sin mayor dificultad siempre y cuando la sensación haya sido experimentada anteriormente. Por otro lado, los miedos subjetivos al dolor de los tratamientos dentales no están circunscritos a ninguna experiencia real y personal, de manera que el miedo que puede experimentarse, no encuentra límites.

Ultimamente se ha demostrado que el factor ambiental tiene mayor influencia sobre el individuo que los factores de experiencias pasadas. En Estados Unidos se hizo un estudio estadístico entre 500 estudiantes con edades que variaron desde los 12 a los 20 años. Se les pidió a los estudiantes describirán sus opiniones acerca de qué factor consideraban ellos como el factor determinante para su actitud actual hacia la Odontología. Las razones más comunes para su actitud "negativa", fueron las experiencias de amigos, vecinos o familiares y no necesariamente sus propias experiencias.

Otros estudios relacionados con lo anterior demostraron que los padres de pacientes temerosos fueron ansiosos desde su niñez, quedando igual o similar durante el período adulto.

2.2. DIAGNOSTICO Y EVALUACION DEL MIEDO DENTAL

La detección temprana y la evaluación del miedo dental es de vital importancia tanto en la clínica como en el campo de investigación. Si vamos a atender a los pacientes ansiosos con todas las medidas de precaución, debemos primeramente identificar a dichos sujetos. Más aún, el Odontólogo debe distinguir entre los pacientes que presentan temor ligero y aquellos que presentan un temor intenso, ya que el manejo difiera sensiblemente de un grupo a otro. El investigador también debe evaluar los diferentes niveles de temor ya que de no hacerlo no podrá separar los sujetos y diferenciarlos. Por último, si no tenemos establecidos métodos de diagnóstico, no podemos efectuar una evaluación eficaz de los procedimientos a seguir en el plan de tratamiento.

El miedo es un fenómeno muy complejo. Existen muchas definiciones de éste fenómeno que dependen del autor y de la escuela a que pertenece.

Cada definición de miedo debe, sin embargo, incluir las experiencias - subjetivas y objetivas de cada individuo. La sensación del miedo está acompañada por cambios fisiológicos como son el cambio de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria, hiperactividad - de glándulas sudoríparas, etc. Con frecuencia podemos observar cam - bios de conducta expuesta como temblor, lágrimas, etc.

La actividad de ésta índole puede ser medida y los resultados - indicarán el nivel de temor que cada individuo presenta. Las medidas utilizadas en el campo de la investigación son las medidas de auto-re - porte, medidas fisiológicas y observación de conducta. Mientras que la mayor parte de éstos métodos son utilizados más en la investigación y no en la práctica privada, hacemos mención de todas para darle al - lector la más amplia perspectiva y dejarle a su criterio el uso de - cada uno de los métodos.

2.2.1. MEDIDAS DE AUTO-REPORTE

Parece que la medida más eficaz para determinar si un individuo siente miedo o no, es simplemente preguntárselo. Se han hecho estu - dios profundos para elaborar una variedad de cuestionarios para tal - propósito, pero antes de que un cuestionario pueda considerarse rele - vante, se debe demostrar que los resultados son tanto confiables como - válidos. En el caso del miedo al tratamiento dental, la validez se - establece generalmente al demostrar que los resultados obtenidos por otros métodos como cambios de conducta, aumento de frecuencia cardíaca sudor, etc. El cuestionario se considera confiable si se obtienen - los mismos resultados o semejantes después de aplicarlo varias veces.

Se han desarrollado varios cuestionarios diferentes para determinar el miedo que presentan los pacientes ante el tratamiento dental, dos de los más usados son: "La Escala de Ansiedad Dental", sugerida por Corah y "La Prueba de Miedo Dental", sugerida por Kleinknecht, Klepak y Alexander. Ambas medidas demostraron ser válidas y confiables. La Escala de Ansiedad Dental, demostrada en la figura 2-2, consta de cuatro preguntas que suelen ser muy útiles tanto en la clínica particular como en el campo de investigación. La escala, que toma solamente pocos minutos para completarse, brinda un solo resultado que es la suma de todas las respuestas en conjunto. Cada respuesta tiene una puntuación correspondiente; la respuesta "a", equivale a un punto, y la respuesta "e", a cinco puntos.

Los autores de ésta escala declaran que un resultado de 13 ó 14 puntos debe hacer al Cirujano Dentista sospechar que su paciente es ansioso. Un resultado de 14 puntos o más insinúa, casi siempre, que se trata de un sujeto altamente ansioso. La prueba de Miedo Dental, presentada en la figura 2-3, es un cuestionario más largo que utiliza para su propósito el mismo sistema de sumar las respuestas. La puntuación va de 1 a 5 puntos para cada pregunta, que son 20 en total, así que la máxima puntuación es 100. Los autores consideran que las respuestas de 1. ó 2., indican poco miedo y las respuestas de 4. ó 5., indican mucho temor. Además éste cuestionario nos da información acerca de las respuestas específicas de los pacientes ante estímulos asociados con las experiencias en el consultorio dental como son el olor de los medicamentos y la observación de los distintos instrumentos.

(Vease apéndice gráficas No. 11-14).

Los elaboradoras de ésta Tesis encontraron que la observación de la jeringa, la sensación de la inyección, el sonido y la sensación de la fresa de alta velocidad causa más miedo entre los pacientes que otras tareas que se realizan comunmente durante el tratamiento dental.

(Vease apéndice gráficas No. 11-14).

TABLA 2-2

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE: CORAH

Sexo: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

1. Si usted tuviera una cita mañana con el Dentista.

¿Cómo se sentiría al respecto?

- (a). La vería como una experiencia agradable.
- (b). No me importaría.
- (c). Un poco preocupado.
- (d). Tendría miedo que sería desagradable y dolorosa.
- (e). Tendría mucho miedo de lo que el Dentista pudiera hacerme.

2. Cuando está aguardando su turno en la sala de espera.

¿Cómo se siente?

- (a). Relajado.
- (b). Un poco preocupado.

(c). Tenso.

(d). Ansioso.

(e). Tan ansioso que a veces empieza a sudar o se siente enfermo.

3. Cuando está usted en el sillón dental, esperando que el Dentista prepare la jeringa para anestésicar.

¿Cómo se siente?

(a). Relajado.

(b). Un poco preocupado.

(c). Tenso.

(d). Ansioso.

(e). Tan ansioso que a veces empieza a sudar o se siente enfermo.

4. Está usted sentado en el sillón dental para que le hagan una limpieza de sus dientes. Mientras está esperando y el Dentista está sacando los instrumentos que vá a utilizar para raspar sus dientes.

¿Cómo se siente?.

(a). Relajado.

(b). Un poco preocupado.

(c). Tenso.

(d). Ansioso.

(e). Tan ansioso que a veces empieza a sudar o se siente enfermo.

TABLA 2-3

PRUEBA DE MIEDO DENTAL DE KLEINKNECHT, KLEPAK Y ALEXANDER

Sexo: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Favor de clasificar sus reacciones para cada una de las siguientes preguntas, utilizando la siguiente escala:

- | | | |
|------------------|----------------|-----------------|
| 1. Nunca | 3. Pocas veces | 4. A menudo |
| 2. Una o 2 veces | | 5. Casi siempre |

_____ ¿El miedo al tratamiendo dental, lo ha detenido alguna vez de hacer cita con el Dentista?.

_____ ¿El miedo al tratamiento dental le ha provocado cancelar una cita o no presentarse a ella?

Cuando lo está atendiendo el Dentista:

- | | | |
|------------|---------|--------------|
| 1. Nada | 3. Algo | 4. Mucho |
| 2. Un poco | | 5. Muchísimo |

- _____ Mis músculos se ponen tensos.
- _____ Mi frecuencia respiratoria aumenta.
- _____ Sudor.
- _____ Me dá náuseas y me siento mal del estómago.
- _____ Mi corazón late más rápido.

Utilizando la misma escala de arriba, favor de calificar cuánto miedo, ansiedad o desagrado le causa cada uno de los siguientes puntos:

- _____ Hacer cita con el Dentista.
- _____ Aproximarse al consultorio dental.
- _____ Estar sentado en la sala de espera.
- _____ Estar sentado en el sillón dental.
- _____ El olor del consultorio dental.
- _____ Ver entrar al Dentista.
- _____ Ver una jeringa para anestésicar.
- _____ Sentir la inyección de la anestesia.
- _____ Ver la fresa y pieza de mano.
- _____ Escuchar el ruido del motor de alta velocidad.
- _____ Sentir las vibraciones de la fresa.

_____ Al estar limpiando el Dentista mis dientes.

_____ Tomando en cuenta éstas preguntas, qué tanto miedo tiene -
usted de que le hagan un tratamiento dental? .

2.2.2. MEDIDAS FISIOLÓGICAS

Cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo, acompañan comúnmente al fenómeno del miedo. Los cambios más notorios son el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, mayor flujo sanguíneo periférico, sudor, cambios de las actividades gástricas y de los reflejos pupilares.

Las medidas fisiológicas más utilizadas en el estudio del miedo al tratamiento dental son los cambios de la actividad de las glándulas sudoríparas de la palma de la mano y cambios en la actividad eléctrica de la piel. La medida de la actividad de las glándulas sudoríparas en la región palmar se llama ISP (Índice de Sudor Palmar), y se obtiene a través de la aplicación de solución de grafito al dedo. Cuando se seca la substancia se despelleja y se coloca en un portaobjetos para un examen microscópico.

Los poros abiertos de las glándulas que aparecen como agujeros en la película, se cuentan, y el total indica la actividad glandular. Utilizando éste método, Kleinknecht y Bernstein encontraron que los sujetos poco miedosos se adaptan con facilidad a la situación en el transcurso de la cita dental. Comparando los resultados del ISP, con pacientes altamente miedosos, en donde no se encontró una declinación constante, sugiere que dichos sujetos no se adaptan fácilmente durante la sesión.

Para valorar los cambios en la actividad eléctrica de la piel se adaptan electrodos a los dedos del paciente mediante una pasta conductora. A través de dicho método el investigador puede medir los cambios en la resistencia galvánica de la piel (RGP), y la conductividad

galvánica de la misma (CGP). La frecuencia de éstos cambios es utilizada para indicar el incremento o declinación del temor. Por ejemplo una inyección de solución anestésica está asociada con una mayor frecuencia en el cambio del RGP que durante un procedimiento de remoción de placa dentobacteriana.

Un aumento de la frecuencia cardíaca está también íntimamente relacionada con el sentimiento del miedo. Tanto pacientes adultos como infantiles se han sometido a pruebas y se han encontrado cambios muy significativos entre los grupos de alto temor y los otros que presentaron poco temor.

2.2.3. MEDIDAS DE CONDUCTA EXPUESTA

Una categoría de conducta muy importante en el estudio del miedo al tratamiento dental es la cancelación y retardo en las citas. Como señalado anteriormente, pacientes muy ansiosos o miedosos cancelan las citas con mayor frecuencia que los pacientes sin temores.

Las conductas expuestas de interés en la zona de recepción o de operación son los movimientos corporales y el habla.

Si se hace la pregunta "¿Quién se mueve más durante el tratamiento dental, el paciente miedoso o el no miedoso?", la mayoría de la gente responderá que los pacientes miedosos. La imagen popular de un paciente miedoso es aquél que mueve constantemente sus pies, golpetea sus dedos y habla mucho para detener al Cirujano Dentista de seguir con los procedimientos operativos. Sorprendentemente parece que éste no es el caso. Los pacientes adultos miedosos solamente no se mueven

y hablan más que los no miedosos sino que en varios casos exhiben menos movimiento.

En estudios comparativos de la conducta de los pacientes altamente miedosos y los poco miedosos en la sala de espera y en la zona de operación, Kleinknecht y Bernstein grabaron la actitud de cada sujeto en un video-tape. Las películas fueron analizadas cuidadosamente y se han encontrado diferencias entre los dos grupos solamente en la sala de espera. Se detectó que en ésta zona los pacientes altamente miedosos movían sus brazos y su cuerpo con mayor frecuencia que el otro grupo. En la zona de operación no se detectaron diferencias algunas entre los dos grupos.

El fracaso de encontrar mayor diferencia en la conducta de los pacientes adultos de ambos grupos probablemente se debe a que la conducta adulta está bajo control fuerte de normas sociales. La mayoría de la gente adulta considera inapropiado gritar y molestar al Odontólogo durante el tratamiento.

Esta noción es apoyada por los encuentros que al preguntar detalladamente a los pacientes unos meses después de la consulta, muchos especialmente miedosos declaran que ejecutaron mayor movimiento que en realidad fué observado. Además ellos recordaron haber hecho cosas que no fueron observadas como bostesar, rascarse y brincar. Podemos nosotros suponer que los pacientes sentían ganas de ejecutar dichos movimientos pero las demandas sociales los inhibieron.

Puede ser que podamos identificar muchos movimientos corporales para distinguir entre pacientes adultos miedosos y no miedosos; sin embargo, está claro que el Odontólogo que confía solamente en los da-

tos de la conducta expuesta para determinar el grado de ansiedad de un paciente, se arriesga en hacer un diagnóstico erróneo y como consecuencia, utilizará medidas de tratamiento innecesarias o incorrectas.

2.3. MEDIDAS TERAPEUTICAS DEL MIEDO DENTAL

Es un hecho que un paciente no miedoso puede volverse sensible y miedoso si está manejado de manera incorrecta, por eso es importante que el Cirujano Dentista sepa seguir un orden de procedimientos para relajar el miedo de todo tipo de pacientes y no solamente aquellos que son altamente ansiosos. El doctor Erick Jackson, Odontólogo que fue entrenado como psicólogo también, sugiere las siguientes reglas para facilitar el trabajo y la relación interpersonal en el ambiente del consultorio dental:

- 1). "Nunca provocar dolor si existe una manera para evitarlo", - aunque ésta regla parezca obvia, el doctor Jackson reclama que el dolor puede sensibilizar a los pacientes no miedosos. El hace notar que los Cirujanos Dentistas deben utilizar todos los métodos posibles para evitar dolor innecesario.
- 2). "Un dolor accidental debe eliminarse inmediatamente", evitar la tentación de terminar un procedimiento sin parar. Utilizar anestesia adicional y si no es posible suspender el trabajo para permitir al paciente un recreo con el objeto de que éste se relaje.
- 3). "Si existe la posibilidad de que el paciente experimente dolor, advertírselo", eventos aversivos no esperados son mucho más tensos que los esperados. Una descripción breve de un procedimiento doloroso futuro, ayuda al paciente a prepararse y manejar la situación con mayor facilidad.
- 4). "Evite utilizar palabras que inspiran miedo como "dolor" o -

"desgaste". Substituírlas por palabras más suaves como - -
"molestia" o "reparación".

- 5). "Siempre hay que decir la verdad al paciente", si se le dice al paciente que no sentirá ninguna molestia, procurar estar seguro de ello. Esta regla es recíproca a la regla No. 3. El paciente estará tenso y no confiado si no vá a poder - creer en lo que se le dice.
- 6). "Indique al paciente señalar con su mano para parar el procedimiento operatorio, si él señala, pare inmediatamente". El control, como los eventos esperados, reduce el stress asociado con el trabajo dental. En realidad pocos pacientes - utilizarán la señal y mucho menos abusan de ella.
- 7). "Introduzca nuevos procedimientos lentamente y con delicadeza", ésto implica hasta la entrada del Odontólogo al área - operatoria y el control de sus movimientos. Nunca deberá moverse bruscamente y en una forma repentina. El doctor - Jackson sugiere que al manejar pacientes altamente miedosos el Cirujano Dentista deberá quitarse la bata blanca y hablar con el paciente en su privado antes de entrar al área operatoria.
- 8). "Apruebe las conductas deseables pero nunca critique las indeseables", muchos pacientes se preocupan de que el Odontólogo los critique por su mala higiene bucal o por el descuido de sus dientes. Es más, algunos evitarán la cita por esa razón. Como nos especifica el doctor Jackson, aunque el paciente haya sido descuidado en el pasado, ahora él desea - corregir la situación y debe ser reforzada ésta actitud.
- 9). "El ambiente del consultorio debe ser lo más relajado y agradable posible", la correcta manipulación de la luz y el sonido ayudará a crear una atmósfera placentera. Los niveles de sonido deben ser bajos y es recomendable que se toque - una música suave. Los niveles de la luz deben mantenerse - a un nivel elevado para que el lugar se vea más alegre. Recuerde hablar en un tono de voz bajo y entrene a su equipo auxiliar a hacer lo mismo.

Muchos Odontólogos y estudiantes frecuentemente preguntan si por la existencia de amplia gama de métodos farmacológicos, es necesario recurrir a los métodos psicológicos para tratar el temor de los pacientes. En éste dilema nosotros, los elaboradores de éste trabajo, aceptamos el punto de vista de Gerald Wright que dice: "Las drogas no - substituyen a la terapia farmacológica fundamental de la conducta".

Con el incremento de los reportes acerca de la toxicidad de muchos agentes químico-farmacéuticos, tanto los pacientes como los profesionales adoptan una actitud más conservadora en el empleo de los - medicamentos. Además algunos pacientes no pueden utilizar ésta medida terapéutica ya sea por alergia a los mismos y por otras reacciones secundarias indeseadas. Obviamente que éstos pacientes requieren un manejo no farmacológico como son los pacientes que su temor intenso les impide llegar al consultorio dental.

Si observamos el gran número de artículos en la literatura dental que describen técnicas psicológicas para el manejo del miedo al tratamiento dental, concluimos que quedan muy pocos problemas para resolver en ésta área. Desgraciadamente la mayoría de esas publicaciones no son más que reportes basados en impresiones subjetivas o experiencias personales. Desde luego que dicha información nos brinda muchos datos clínicos útiles pero no es de gran ayuda para conclusiones científicas ni para un tratamiento eficaz. La información adecuada puede llegar solamente a través de un estudio profundo y cuidadoso y por investigaciones bien controladas. Estudios semejantes se llevan a cabo últimamente en varias escuelas de Odontología y departamentos de psicología en los Estados Unidos. Aunque hasta el momento los datos están en su etapa preliminar dichos estudios tienen un futuro prometedor en el campo del tratamiento del miedo dental.

En ocasiones es difícil distinguir claramente entre los métodos de revisión de miedo y aquellos que reducen el dolor ya que miedo y dolor están con frecuencia íntimamente relacionados. Muchos creen que la hipnosis, por ejemplo, ayuda a aliviar el dolor por la reducción del fenómeno de ansiedad que lo acompaña. En éste capítulo discutiremos los tratamientos orientados a ayudar a los individuos a vencer su excesivo miedo. Los métodos diseñados para reducir el dolor se discuten en el capítulo que trata del dolor orofacial y su manejo.

2.3.1. MÉTODOS DE BIO - RETROALIMENTACION

Hemos descrito anteriormente una variedad de cambios fisiológicos que acompañan a los estados de ansiedad. Los mismos pacientes describen el espasmo muscular como la reacción más comunmente experimentada durante el tratamiento dental, acompañada por exceso de saliva e incremento de la perspiración, respiración y de la frecuencia cardíaca.

Estos reportes indican que los cambios somáticos durante la emoción son muy notorios por parte de los pacientes altamente miedosos. La noción del aumento en la actividad fisiológica parece tomar un papel muy importante en determinar como valorará el individuo a su estado emocional y la causa de esa emoción. Esto quiere decir, si un paciente experimenta un aumento de la frecuencia cardíaca y sudor palmar durante el tratamiento, probablemente interpretará éstos cambios como una indicación de que está ansioso y que la situación inspira temor - aún cuando ésto no es necesariamente el caso. De ésta manera se crea un ciclo de retroalimentación (feedback), un incremento de la actividad fisiológica causa un futuro incremento de ansiedad.

¿Si la percepción de un aumento en la excitación fisiológica provoca aumento de ansiedad, suele ser verdad lo opuesto? ¿Podemos nosotros reducir la ansiedad y las molestias al reducir los niveles de excitación fisiológica? Esta es la idea que se encuentra detrás de la terapia de tipo bio-retroalimentación y que ha sido designada para ayudar a los pacientes a aprender a controlar sus niveles de excitación fisiológica. Los procedimientos del bio-retroalimentación incluyen la medición de la actividad fisiológica, transformación de esta información a una señal, ya sea luz o sonido y el entrenamiento del paciente a utilizar dicha señal con el propósito de alterar el nivel de su actividad fisiológica.

En el laboratorio, el Dr. Richard Hirschman, Odontólogo y Psicólogo, investigó la eficacia de varios procedimientos de bio-retroalimentación como medida de reducción de stress durante la cita dental. Utilizando un feedback electromiográfico (EMG), él entrenó a los pacientes a reducir la actividad muscular del brazo, que es un procedimiento que puede completarse en una sesión breve. Como resultado, los pacientes altamente ansiosos que recibían este tratamiento, se encontraban menos ansiosos y menos tensos durante la cita dental.

Por el contrario, el grupo de control que estaba integrado de pacientes altamente ansiosos pero no tratados por el método de bio-retroalimentación, demostró un incremento notorio de ansiedad y de stress.

El Dr. Hirschman y sus colaboradores han estudiado también los efectos de un procedimiento sencillo conocido como "Respiración Moderada". Sus estudios indican que cuando los pacientes altamente ansiosos utilizan una señal para moderar sus respiración a un nivel menor que la frecuencia normal, su experiencia en el consultorio dental es

mucho más agradable que aquellos pacientes que respiran normalmente - o aumentan su frecuencia respiratoria.

Altos resultados se obtuvieron de retroalimentación de la frecuencia cardíaca. Es una serie de estudios muy interesantes realizados - en Estados Unidos; sujetos que reciben indicaciones confusas (indicación de una reducción de la frecuencia cardíaca mientras que realmente ocurrió un aumento o viceversa), respondieron como los sujetos que recibieron una indicación de retroalimentación verdadera. Sin importar la verdad de las señales, sujetos que recibieron una retroalimentación indicando reducción de la frecuencia cardíaca ante estímulos dentales, experimentaron una sensación menos desagradable que aquellos que su indicación fue incremento de frecuencia cardíaca. Estos resultados son muy significativos ya que sugieren que la magnitud y la dirección de cambios somáticos no necesariamente son absolutos; mientras que el paciente cree que ocurre una reducción en su actividad fisiológica se sentirá más cómodo y relajado.

Las evidencias indican que los métodos de bio-retroalimentación - ofrecen mucho éxito en el manejo de los pacientes en el consultorio - dental, especialmente con pacientes altamente ansiosos. Los procedimientos por sí solos son eficaces y relativamente breves, y suelen ser aplicables fácilmente por el equipo dental auxiliar.

2.3.2. MÉTODOS DE RELAJACION Y DESENSIBILIZACION SISTEMATICA

El método para tratar el exceso de miedo, conocido como la "Desensibilización Sistemática", tiene una historia larga. En el año de -- 1924, Mary Cover Jones desensibilizó, en forma exitosa, a un niño que

presentaba un temor intenso a los conejos, al acercarse gradualmente - el conejo hacia el niño mientras que el último estaba comiendo su comida favorita.

Posteriormente, Joseph Wolpe continuó explorando esta técnica - utilizando para su propósito animales de laboratorio que adquirieron miedo a una jaula donde recibían choque eléctricos. Al colocarse en la jaula energizable los animales mostraban un miedo intenso aunque - ya no se les administraba más choques. Por el otro lado, en jaulas distintas, los animales mostraban respuestas de menor temor. Al mover los animales en una forma constante de una jaula a otra, cada una más parecida a la jaula energizable que la anterior, y al alimentarlos en cada jaula, Wolpe logró eliminar el miedo a la jaula donde ocurrían - los choques eléctricos.

Wolpe extendió entonces su investigación y utilizó sujetos humanos altamente miedosos; en lugar de alimentarlos Wolpe utilizó una versión simplificada de la relajación progresiva, un método que emplea - una serie de ejercicios, tensiones y relajaciones cíclicas de varios grupos musculares del cuerpo. Se formó para cada individuo una jerarquía de estímulos que provocan ansiedad, específicos para cada temor particular que presentaban los pacientes.

Para un paciente que teme a los perros, por ejemplo, el último artículo en la jerarquía podría ser "mirar a un dibujo de un perro en un libro". El artículo más alto de esa jerarquía podría ser "acariciar a un perro de raza grande".

El paciente aprende a relajarse de una manera gradual desde el artículo más bajo hasta el más alto, igual a los animales utilizados

en el laboratorio que pasaron por una serie de jaulas antes de alcanzar la jaula electrizada.

Eventualmente, los pacientes podrían permanecer relajados mientras visualizaban las situaciones más intensas de la jerarquía utilizada y cuando ocurrió la situación real lo podían manejar de una forma controlada y calmada. El método de Wolpe fue empleada para una gran variedad de temores irracionales entre ellos el miedo a los animales como viboras e insectos, inyecciones, agua, vuelos y muchos más.

El primer reporte de un tratamiento exitoso de miedo al tratamiento dental utilizando la desensibilización sistemática, fue publicado por Gale y Ayer en 1969 ("Treatment Of Dental Phobias" por E.N. Gale y W.A. Ayer). Estos autores describen un caso clínico de un sujeto masculino de treinta y dos años que presentaba un temor intenso al tratamiento dental desde la infancia. El miedo era tan intenso que él no podía obtener el tratamiento dental necesario para enlistarse en la marina ni podía obtener un tratamiento por odontalgias repetitivas. El tratamiento incluyó nueve sesiones, de una hora de duración, en las cuales el paciente fue entrenado en relajación mientras que los artículos de la jerarquía que él formó se presentaban. La jerarquía del paciente fue la siguiente:

- 1). Pensando en ir al Dentista.
- 2). Subiendo al carro para ir al Dentista.
- 3). Hablando por teléfono para hacer una cita.
- 4). Viendo la sala del consultorio.
- 5). Ser avisado por la asistente de su turno.

- 6). Acomodándose en el sillón dental.
- 7a). Viendo al Dentista acomodar sus instrumentos, de los cuales uno es explorador.
- 7b). Viendo al Dentista acomodar sus instrumentos, de los cuales uno de ellos es fórceps.
- 8). Observando de cerca un explorador.
- 9). Sentir el explorador tocando un lado del diente.
- 10). Sentir el explorador colocado en la cavidad.
- 11). Recibir una inyección anésteica por un lado.
- 12a). Sentir la fresa de la pieza de alta velocidad mientras piensa que la anestesia no va a durar.
- 12b). Extracción de un diente.
- 13a). Recibir inyecciones anésteicas por ambos lados.
- 13b). Sentir la presión y movimiento asociados con la extracción de un órgano dental.

Como consecuencia, justo antes de la novena sesión el paciente podía hacer y cumplir con una cita en el consultorio dental. Después de la novena sesión el paciente acudió a tres citas dentales adicionales y completó con todo el tratamiento necesario incluyendo restauraciones y extracciones. El autor agrega que en la actualidad el mismo paciente describe el tratamiento dental como "relajante".

Además de éste estudio, existen otros que apoyan la hipótesis que la sensibilización sistemática suele ser muy efectiva en el manejo del miedo al tratamiento dental. En un estudio interesante, realizado por

el Dr. Robert Klepac, que fue publicado en 1975, bajo el título: "Successful Treatment of Avoidance of Dentistry by Desensitization or by Increasing Pain Tolerance", tres de los cinco pacientes altamente ansiosos tratados con dicho método, lograron completar un tratamiento dental. Sin embargo, para los otros dos pacientes se necesitaban aplicar procedimientos adicionales hasta lograr que completaran su tratamiento satisfactoriamente.

En una investigación realizada por Shaw Thoreson y publicada en 1974 bajo el título "Effects of Modeling and Desensitization in Reducing Dental Phobia", nueve sujetos que evitaban por largo tiempo el tratamiento dental fueron tratados. Tres meses después del tratamiento, cuatro pacientes habían completado casi todo el trabajo dental requerido, dos obtuvieron tratamientos de emergencia y tres no se presentaron en el consultorio. Los resultados obtenidos de los estudios mencionados anteriormente sugieren que la desensibilización sistemática es un método efectivo solamente en algunos pacientes. Sin embargo, el índice de éxito entre los pacientes que presentan miedo al tratamiento dental es menor que el obtenido de tratamientos de otro tipo de temores. Esto no es sorprendente ya que el miedo al tratamiento dental difiere de los temores "irracionales", en que el paciente espera una experiencia acompañada de algún grado de molestia. En efecto, los dos pacientes en el estudio de Klepac que necesitaban un tratamiento adicional reportaron el dolor como la causa de la continuación de su temor.

Finalmente, debemos hacer hincapié en que aunque el tratamiento mediante la desensibilización sistemática es relativamente menos prolongado que otros métodos tradicionales para tratar el miedo, generalmente no ahorra tiempo al Cirujano Dentista. El problema está en que pocos Odontólogos están asociados con psicólogos y todavía menos,

puedan llegar a dedicar el tiempo necesario para realizar éste tipo - de tratamiento.

Una manera para reducir el tiempo empleado por el profesional - es utilizar películas de video-tape. Resultados satisfactorios se ob tuvieron permitiendo a los pacientes observar su jerarquía en la pantalla de un aparato de video-tape. Bernstein y Kleinknecht, en 1979, reportaron que 66% de los pacientes tratados por dicho método lograron acudir y mantener una cita dental completa.

Otra alternativa menos costosa todavía es dar al paciente citas audiograbadas que contienen instrucciones relajantes según el estandar de la jerarquía de cada paciente. El cassette y las instrucciones pa ra su uso se pueden dar al paciente durante el éxamen inicial o al - efectuar remoción de placa dentobacteriana de tal manera que pueda -- escucharlas encasa las veces que sea necesario.

Otra alternativa poca costosa es dejar al paciente escuchar una cita con instrucciones relajantes durante la cita. Los autores Illing, Korah y Gale en su documento presentado en 1978, ante la Asociación de Investigación Odontológica indicaron que cuando los pacientes utilizaba n el método de instrucciones relajantes durante la cita, se mostró una reducción significativa en las quejas de incomodidad por parte de los pacientes y por su parte, los Cirujanos Dentistas describieron a dichos sujetos como menos ansiosos. Los efectos positivos fueron bené- ficos especialmente para los pacientes altamente miedosos.

2.3.3. METODOS DE MODELO

Se observó que la gente aprende actitudes negativas al escuchar u observar a otros; por eso es válida la pregunta de que si la gente también puede aprender actitudes nuevas y positivas hacia el tratamiento dental simplemente al utilizar el mismo proceso de observaciones. Un número considerable de evidencias indica claramente que sí es posible.

Albert Bandura el famoso psicólogo de la Universidad de Stanford, fue el pionero en la aplicación y profundización de los estudios en los cuales ciertos "modelos" fueron utilizados para ayudar a niños y adultos miedosos a sobrellevar ciertos temores. Bandura encontro que niños que presentaban miedo a los perros podían superar su temor al observar a otros niños (modelos) jugando con perros sin temor. Una técnica similar a la de la sensibilización sistemática fue utilizada, en la cual los modelos progresaron desde situaciones de menos miedo como es acariciar un perro a través de las barras de su jaula, hasta situaciones que implicaban un contacto muy cercano con el objeto-perros.

El método del modelo fue aplicado en forma extensa para tratar pacientes infantiles altamente miedosos al tratamiento dental. Los estudios han demostrado que generalmente los niños que observan a otros niños cooperando con el Cirujano Dentista son menos ansiosos que aquellos que no lo observaron. Parece que el modelo no solamente proporciona información de lo que se espera durante el tratamiento dental sino de cómo se debe actuar en ésta situación también.

La oportunidad de observar modelos pasando un tratamiento dental es un método muy eficaz para el manejo de adultos miedosos.

Bernstein y Kleinknecht reportaron que el éxito de éste método con el paciente adulto llega a 60%. No es necesario tener un modelo vivo - presente para poder efectuar ésta técnica. Modelos filmados cumplirán satisfactoriamente con el propósito. El Odontólogo interesado en el empleo de la técnica del modelo para la reducción del miedo deberá tener en mente los siguientes puntos con el objeto de diseñar un programa de tratamiento eficaz:

- a). El observador (paciente), tiende a imitar la conducta del modelo si lo observa recibiendo premios (muy efectivo con el paciente infantil).
- b). El observador debe revisar más de un modelo ya que cada modelo presenta ligeras variaciones en su conducta. Es aconsejable que el modelo se asemeje al observador lo más posible ya que así se forma una identificación en el paciente; cuando se demuestran varios modelos es más probable que el observador se considere identificado con más de un modelo - mostrado.
- c). Es de suma importancia que el observador perciba al modelo como similar en su miedo. Se obtienen los mejores resultados con modelos que aparecen inicialmente tímidos o ansiosos y gradualmente conllevan su miedo, que con aquellos que aparecen sin miedo y confiados desde el principio.

2.3.4. METODOS COMBINADOS

Generalmente los procedimientos de la terapia del modelo y desensibilización parecen ser compatibles con el grado de su eficiencia. Se ha demostrado que al utilizar cada método por sí solo se logra de 55% a 60%, de los pacientes tratados con éxito; esto quiere decir que el método es efectivo en permitir a 55% ó 60% de los pacientes tratados buscar y recibir el tratamiento dental. Se debe hacer notar que

las cifras mencionadas se basan en el hecho de que los pacientes sufrían temor intenso por un período de tiempo prologado, lo cual les impedía presentarse en el consultorio dental. Sin embargo se espera un índice más elevado de mejoría utilizando éstos métodos con pacientes que por lo menos hayan pasado el primer obstáculo y se presenten en el consultorio.

Mejores resultados aún, se obtienen al combinar ambos métodos en un solo plan de tratamiento. En dos estudios separados, uno hecho por Klepac y otro por Melamed, se enseñó a un grupo de pacientes la técnica de la relajación progresiva y posteriormente se les enseñó pe lículas de modelos durante su estado de relajación. En ambos estudios se logró éxito en un 78% de los casos. Para obtener un beneficio adi cional es aconsejable permitirle al paciente un lapso de tiempo para habituarse a la rutina de la clínica antes de iniciar el tratamiento, Kleinknecht y Bernstein describen en su artículo "Short-term Treatment of Dental Avoidance". que se publicó en 1979, un método que permite al paciente estar durante 30 minutos en la zona de operación junto con la asistente dental.

2.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los métodos que hemos presentado en éste capítulo han demostrado ser benéficos para la reducción del miedo dental; de todos los mét odos mencionados la actitud combinada ha brindado los resultados más efectivos.

¿Cuál de todos los métodos escogería usted para atender a sus pacientes?

La selección del método depende de varios factores como espacio, disponibilidad de equipo y personal y el grado de temor que presenta el paciente. Con pacientes altamente miedosos (aquellos que obtienen un resultado de sesenta o más en la prueba de Miedo Dental o un resultado de catorce o más en la Prueba de Ansiedad Dental), se sugiere la siguiente secuencia si el tiempo, espacio y personal están disponibles.

- 1a. Visita. Darle al paciente un cassette para uso doméstico con instrucciones relajantes, una jerarquía de desensibilización; indicarle al paciente escuchar la cinta entera hasta la visita siguiente que será dentro de 7-10 días.

- 2a. Visita. Darle a escuchar al paciente las instrucciones relajantes y a la vez observar películas de modelos. Permitir al paciente estar sentado en la recepción por 20 minutos y posteriormente en la zona de operación por otros 20 minutos. Si la asistente dental no puede permanecer con el paciente en la zona de operación, su deber es estar con él, el mayor tiempo posible. Si el paciente acepta se puede efectuar una profilaxis o en caso contrario, posponerlo para la siguiente visita.

- 3a. Visita. Permitirle al paciente escuchar las instrucciones de relajación durante la profilaxis o el tratamiento. En visitas posteriores se le permite escoger entre escuchar las cintas relajantes u observar películas de modelos.

La secuencia mencionada está sujeta a cambios según el criterio y posibilidades económicas de cada Odontólogo. En cualquier caso se debe describir al paciente toda la secuencia antes de iniciar y aclararle que puede omitir pasos cuando se sienta preparado para avanzar. Por ejemplo, en la segunda visita el paciente puede reportar un mejoramiento significativo y él mismo sugerir, omitir uno o varios pasos programados para la cita. El paciente sin duda alguna, es el mejor juez para su propio nivel de miedo y se puede basar en forma segura en su criterio.

Según la opinión de los elaboradores de ésta Tesis es recomendable, sin importar el nivel del miedo, ofrecer a los pacientes la oportunidad de escuchar una cinta de relajación y observar películas durante la cita dental. Aún el paciente poco miedoso se aburre o se inquieta durante un tratamiento prolongado y las cintas o películas pueden ser de gran ayuda para pasar el tratamiento de la mejor manera posible.

Capítulo 3

EL DOLOR Y SU MANEJO

El dolor es uno de los síntomas más comunmente experimentados en Odontología y como tal, es de gran preocupación para el Cirujano Dentista.

A menudo se le denomina como mecanismo protector, ya que se manifiesta cuando un cambio ocurre, causando daños en los tejidos sensibles.

La palabra "dolor", ha sido utilizada por todos y ha sido descrita por una variedad de términos, tales como, agudo, quemante, afligente, acalabrante, sordo o palpitante. Sin embargo, estos términos son confusos y muy difíciles de definir, ya que es grande la variedad de estas experiencias que son el resultado de una tremenda complicación emocional.

En las pasadas cuatro o cinco décadas, particularmente en la última. la naturaleza del dolor ha sido tema de muchos simposiums, y su discusión ha creado gran controversia.

3.1. LA TEORIAS DEL DOLOR

En la actualidad existen dos teorías: La teoría orgánica o el modelo patológico y la teoría del control ó el modelo de Melzack-Wall.

La primera teoría como se explicará a continuación, no considera los aspectos psicológicos de la naturaleza del dolor. Desgraciadamente, la actitud del Odontólogo ante el aspecto psicológico del trata-

miento del dolor en el paciente, ha sido pobre; a pesar de que este procedimiento tiene éxito en muchos casos donde los otros métodos - han fallado, especialmente en el manejo del dolor crónico.

Los factores psicológicos presentan una íntima relación funcional con el dolor. Es evidente que el conocimiento extraordinario de los aspectos fisiológicos, no es suficiente para entender la naturaleza del dolor y atender a los pacientes que lo experimentan.

El concepto de tratar globalmente al individuo y no solamente - al dolor, tiene poco sentido para los profesionales que conceptualizan al dolor solamente en términos fisiológicos.

3.1.1. LA TEORIA ORGANICA

De acuerdo al modelo orgánico, el origen del dolor es el daño - tisular o la patología orgánica. El dolor cesará si el agente causal es identificado y eliminado por medios mecánicos, quirúrgicos y/o farmacológicos.

En la práctica, esta actitud ha producido con frecuencia resultados benéficos, y muchos pacientes con dolor agudo han obtenido un alivio eficiente utilizando medios quirúrgicos y/o farmacológicos. Sin embargo, utilizando solamente el concepto patológico se corren riesgos serios. Nos puede llevar por ejemplo a un abuso en las medidas quirúrgicas mientras que la tendencia actual es ser más conservador en este sentido.

Los medicamentos generalmente presentan efectos secundarios muy nocivos, siempre será ventajoso utilizar otras medidas como una terapia inicial y posteriormente, si éstas no dan resultado, se dirigirá hacia la farmacoterapia.

Este concepto demostró ser muy eficaz en el manejo del dolor agudo. Aunque algunos pacientes presentaron alivio como resultado de una intervención quirúrgica, este método ha fracasado en aliviar el dolor crónico. Con frecuencia, los procedimientos quirúrgicos son muy extensos para poder producir alivio, pero entre más extensa es la intervención, mayor es el riesgo de traumas y pérdida de la función de varios órganos. Es más, no es raro encontrarse ante la embarazosa - situación de que el dolor regresa después de la cirugía. Debemos recordar que cada intervención quirúrgica presenta un cierto grado de riesgo.

Existen otros peligros cuando nos basamos solamente en el modelo patológico del dolor:

El clínico, al enfrentarse con un dolor sin evidencias de origen orgánico, puede concluir erróneamente que el paciente está alucinando o que "todo está en la cabeza del paciente". Culpando al paciente del dolor, puede aliviar la frustración del Odontólogo, pero no logra nada para aliviar el dolor que presenta el sujeto.

Finalmente, el modelo orgánico simplemente no puede contar mucho en lo que son nuestros conocimientos actuales del fenómeno. El modelo implica que la intensidad del dolor experimentado es directamente proporcional a la cantidad del tejido dañado o del estímulo aplicado. Esto no es siempre el caso, ya que es muy común encontrar soldados heridos en un campo de batalla sin que ellos reporten mucho dolor aunque la herida sea grave o extensa.

En forma análoga, un atleta puede sufrir un daño serio durante una competencia pero no la notará hasta que el evento llegué a su fin. Es más, el dolor puede ocurrir en ausencia de daño tisular detectable o puede persistir por un largo lapso de tiempo después de que la herida se haya cicatrizado.

Los ejemplos dados anteriormente indican que el dolor no puede ser definido solamente en términos fisiológicos y tampoco suele reducirse a un nivel de una simple experiencia sensorial.

Los elaboradores de este trabajo coinciden con la idea de que no existe una sensación pura. Todas las sensaciones se modifican probablemente a nivel subcortical antes de llegar a la consciencia y seguramente después por condicionamiento y significado. El dolor entonces, como cualquier evento sensorial, debe ser procesado por el individuo que lo experimenta.

Melzack, en su obra "Los Mecanismos del Dolor", declara que el dolor es una experiencia perceptual, cuya calidad e intensidad son influenciadas por las experiencias pasadas del individuo, el significado que el individuo da a dicha situación, y por su "estado mental" en el momento.

El dolor vuelve a ser una función global del sujeto incluyendo así sus pensamientos y miedos actuales, así como sus esperanzas para el futuro.

Por lo anterior indicado, debemos considerar al aspecto psicológico del dolor, inseparable de las experiencias del mismo individuo.

3.1.2. LA TEORIA DE CONTROL

La teoría de control, fue desarrollada por Melzack y Wall e hizo su primera aparición en el año 1965. Dicha teoría, explica la relación que existe entre los factores psicológicos y fisiológicos en la percepción del dolor. Aunque los mecanismos fisiológicos que forman la base de la teoría, no se establecieron con exactitud y el modelo - en si se considera controversial, se puede explicar mediante él, muchos aspectos oscuros de la percepción del dolor. Quizás la cardinal importancia de la teoría es la implicación que tiene en el manejo y control del dolor.

3.1.2.1. PROCESOS NEUROFISIOLOGICOS

Las fibras nerviosas sensitivas que conducen impulsos nerviosos desde los sitios de receptores periféricos hacia la médula espinal, incluyen fibras de gran diámetro, cubiertas por una capa de mielina - que transmiten los impulsos nerviosos rápidamente y otras más pequeñas que transmiten los impulsos más lentamente. Las fibras grandes conducen el ligero estímulo a un promedio de 100 metros por segundo. Las fibras pequeñas conducen el dolor agudo lentamente a una velocidad de 0.5 a 2 metros por segundo.

Los impulsos nerviosos transmitidos a través de las fibras sensitivas, entran a la médula espinal, y activan la transmisión de células dorsales o células T. Dichas células, proyectan información a zonas amplias del cerebro vía médula espinal. Cuando el estímulo total de las células T logra un nivel crítico, se experimenta dolor. ¿Cuáles son los factores que determinan el total estímulo de las células

las T?. En la actualidad se sabe que la activación de estas células depende en parte del número total de las fibras sensitivas activas y de su posibilidad de conducción.

Melzack y Wall dicen que un mecanismo de control de "Porton", - en la substancia gelatinosa de la médula espinal, regula la cantidad de activación que presentan las células T. Este mecanismo de control está influenciado por impulsos nerviosos aferentes provenientes de - los nervios sensitivos periféricos, y por impulsos nerviosos eferentes descendiendo del cerebro.

3.1.2.2. INFLUENCIAS AFERENTES SOBRE EL PORTON

La influencia aferente depende de la cantidad relativa de actividad de las fibras sensitivas, tanto las lentas como las rápidas. Una corriente de impulsos transmitidos a lo largo de las grandes fibras inhibe la actividad de las células T, reduciendo así la cantidad de información transmitida y "cierran el Porton". Por el otro lado, los impulsos transmitidos a lo largo de las pequeñas fibras incrementan la actividad y "abren el Porton".

Esto explica porque algunos estímulos sensitivos ligeros como vibración o roce aplicados en la zona adyacente a la herida, puede brindar un alivio temporal del dolor. Un estímulo ligero activa mayor - número de grandes fibras, causando así una inhibición de las células T y cirre total o parcial del Porton. Sin embargo, un daño a las - - grandes fibras periféricas, alteran este equilibrio a favor de las -- pequeñas fibras. El resultado será una excitación de las células T y apertura del Porton.

3.1.2.3. INFLUENCIAS EFERENTES SOBRE EL PORTON

El mecanismo de control, está influenciado también por la actividad de las fibras nerviosas que descienden del cerebro. Melzack y Wall suponían que los signos provenientes de la periferia, participan en la activación selectiva de procesos centrales, como son la atención, la emoción y la memoria. Esto a su vez actúa sobre el Porton para modificar la actividad de las células T.

Los mecanismos centrales, sirven para evaluar y posteriormente disminuir o inhibir las señales que llegan de la médula espinal. Dichos mecanismos centrales, se activan tan rápido, que pueden evaluar y modificar las señales, antes de que el individuo experimente dolor.

Según Melzack, estos sistemas de conducción rápida, tanto ascendente como descendente, nos explican el hecho de que los procesos psicológicos toman un papel importante en la determinación de la calidad e intensidad del dolor. Los mecanismos del dolor central, están influenciados por factores como estado emocional del organismo, actividad actual, estímulos constantes y experiencias previas. La ansiedad por ejemplo, puede causar la apertura del Porton mientras que el relajamiento o la distracción suelen cerrarlo ya sea total o parcialmente.

En resumen, existen tres factores que regulan la actividad de las células T:

- 1). El número total de fibras nerviosas periféricas activas.
- 2). La capacidad conductora y la relación que existe entre las -

fibras de gran y pequeño calibre.

3). La actividad de las estructuras centrales.

La teoría de control, como hemos notado, comprobó ser muy útil - especialmente en la consideración de nuevos métodos de control, particularmente psicológicos. Este modelo evita la actitud cerrada sobre los eventos fisiológicos y nos recuerda a nosotros como Odontólogos, que no trataremos solamente el dolor, sino a los pacientes que lo experimentan.

3.2. DEFINICION Y REACCION AL DOLOR

En lo particular, nosotros coincidimos con la definición de - - Mersky y Spear que dice lo siguiente: "El dolor es una experiencia - desagradable la cual se asocia primeramente a un daño tisular o se - describe en términos de dicho daño o ambos". Esta definición ofrece varias ventajas importantes:

- 1). Pone énfasis a la relación entre el dolor y el daño tisular, pero evita la idea errónea de una relación directa, fija y absoluta entre las dos.
- 2). No se limita solamente a la búsqueda de una causa orgánica que se origina el dolor sino, que nos permite analizar el - fenómeno del dolor como un resultado de varios factores etio - lógicos.
- 3). No enfoca el tratamiento solamente a métodos quirúrgicos o farmacológicos.

- 4). Evita la confusión peligrosa entre el dolor "real" y el dolor "psicológico". Esto nos obliga a reconocer que un dolor puede ser originado, ya sea por herida, tensión emocional o por condicionamiento individual.

La fase de la reacción al dolor, abarca al tálamo posterior y la corteza cerebral, y representa la integración y percepción del dolor dentro del sistema nervioso central. El tálamo es una masa nuclear de materia gris situada abajo de los hemisferios cerebrales. Aquí se integra el dolor y se transmite a la corteza cerebral; esta ejerce a su vez, el más alto control en la percepción del dolor.

Es un complejo proceso psicofisiológico basado en gran parte en las experiencias anteriores del paciente, así como en su actitud presente. La base de este fenómeno dual, varía de día a día en la misma persona y en gran medida de persona a persona; por lo tanto, la reacción al dolor depende del funcionamiento del tálamo y de la corteza cerebral. La acción talámica disminuida, produce un elevado umbral de dolor, y como consecuencia mayor, tolerancia al mismo. Por lo contrario, la disminución ligera de la acción cortical, que puede obtenerse mediante pequeñas dosis de barbitúricos, puede producir mayor reacción al dolor, debido a la eliminación del control consciente. La disminución acentuada de la acción cortical puede eliminar totalmente la reacción al dolor produciendo así la inconsciencia.

3.2.1. UMBRAL DE DOLOR

El umbral del dolor es inversamente proporcional a la reacción al dolor. Un paciente con elevado umbral de dolor es hiporeactivo, mientras el que tiene bajo umbral de dolor es hipereactivo. En consecuen-

cia, la referencia al alto o bajo umbral de dolor de un paciente, indica su reacción a una experiencia sensorial desagradable y específica.

Un estímulo de umbral requerido para producir un cambio de medio en un tejido sensible y crear un impulso variará dentro de muy estrechos límites de un paciente a otro. Cualquier diferencia en la percepción del dolor en individuos normales, dependerá del estímulo y de las variaciones psicofisiológicas que implican, y puede ser clasificado como "umbral de percepción del dolor".

Muchos otros investigadores en este campo han señalado la uniformidad de percepción del dolor. Por lo tanto, los factores que intervienen con la percepción del mismo lo harán elevando el umbral de percepción. El umbral de dolor en su exacta interpretación depende no sólo de la percepción del mismo sino que está relacionado con la reacción al dolor así que toda alteración en la tolerancia del paciente dependerá de complejos factores neuroanatómicos y psicofisiológicos que rigen la reacción al dolor.

De ésta manera, es como muchos investigadores han señalado la uniformidad de la percepción del dolor y también las variaciones de la reacción al dolor. Estas variaciones de la reacción elevan o disminuyen el umbral de dolor. Los factores siguientes tienen influencia definida sobre el umbral de dolor del individuo.

3.2.2. ESTADOS EMOCIONALES

El umbral de dolor de un individuo dependerá en gran parte de su actitud hacia el procedimiento, el operador y el ambiente. Por regla general los pacientes emotivamente inestables tendrán umbrales bajos. Se ha observado también que los pacientes muy preocupados o con problemas no necesariamente relacionados con el problema dental de que se trata, también tienden a un umbral bajo. Los investigadores han demostrado que mientras los individuos emotivamente inestables tienen percepción del dolor dentro de la categoría de los estables su reacción dolorosa es mucho mayor.

3.2.3. EDAD

Los pacientes mayores, tienden a tolerar el dolor, teniendo de esta manera un umbral más elevado que los jóvenes o los niños, tal vez su filosofía de la vida o la comprensión de que las experiencias desagradables son parte del vivir, influyen en ello. En los casos de senilidad, puede estar afectada la percepción de dolor.

3.2.4. SEXO

Según la creencia popular de nuestra sociedad, el hombre tiene un umbral más elevado que la mujer y como consecuencia puede tolerar estímulos dolorosos de mayor intensidad. Sin embargo, los estudios de laboratorio no demostraron diferencia alguna en el umbral del dolor entre hombres y mujeres. Se sugiere que las diferencias a veces manifestadas se deben probablemente a la influencia del aprendizaje y no a las diferencias entre los sexos o sea que se deben probablemente a la

influencia del aprendizaje y no a las diferencias fisiológicas. Algunos autores dicen que en muchos casos el hombre desea mantener su - - sensación de superioridad y lo exhibe en su esfuerzo por tolerar más el dolor.

3.2.5. CARACTERISTICAS CULTURALES Y RACIALES

Las diferencias culturales en la reacción al dolor están relacionadas al aprendizaje y comportamiento. Aunque, el nivel del estímulo en el cual una sensación se detecta primeramente, es igual en todos los individuos, la cantidad de estímulo varía entre cada uno antes de que reporten sensación de dolor, demuestran reacción corporal (muscular) o niegan tolerar estímulos adicionales.

Estudios recientes han demostrado que gente del Medio Oriente o del sur de Europa como italianos o judíos son más aptos para reportar dolor antes que la gente del norte de Europa y toleran niveles más - bajos de estímulos.

Estas diferencias en la conducta reflejan las diferencias étnicas hacia el dolor. Algunos grupos étnicos alientan las actitudes de tolerancia mientras que en otros se espera de la persona que experimenta dolor expresar sus sentimientos abiertamente para recibir la empatía y la atención del médico que lo rodea.

Los patrones culturales se transmiten en gran parte por la familia. Los miembros de la familia sirven como modelos o ejemplos de - como se deben expresar las experiencias dolorosas.

3.2.6. FATIGA

La fatiga es de gran importancia para el umbral del dolor del - paciente. Se ha comprobado que los pacientes bien descansados y que han dormido bien antes de una experiencia desagradable, tienen un umbral mucho más alto que los individuos fatigados y con sueño. Es - - esencial que un buen descanso preceda a una experiencia potencial dolorosa.

3.2.7. TEMOR Y APRENSION

En muchos casos, el umbral de reacción al dolor disminuye a medida que aumenta el temor y la aprensión. Los individuos muy temerosos o aprensivos tienden a magnificar mentalmente su experiencia desagradable. Estos pacientes hipereactivos magnifican el dolor fuera de - toda proporción al estímulo original.

Como se mencionó en el capítulo anterior, los factores que influyen sobre el estado de ansiedad del paciente y como consecuencia a su nivel de umbral son:

- a). Procedimientos que el paciente no espera o que son repentinos.
- b). El control que el paciente cree tener sobre la situación.
- c). La significancia que relaciona el paciente a la situación - dolorosa.

Por eso, es esencial que el operador trata de ganar la confianza del paciente y además aplique todos los métodos para la reducción de -

ansiedad y de relajamiento mencionadas en el capítulo anterior.

3.3. METODOS DE CONTROL DEL DOLOR

Uno de los aspectos más importantes de la práctica Odontológica es el control o eliminación del dolor. En el pasado se ha asociado tan estrechamente el dolor a la Odontología que las palabras "dolor" y "Odontología", casi han llegado a ser sinónimos. En la actualidad, este concepto ha sufrido un ligero cambio favorable. Sin embargo, muchos pacientes evitan la consulta dental por el dolor o el desagrado que esta les puede provocar. Esta situación no debe continuar ya que el dolor puede ser controlado o eliminado en todas las fases de la práctica dental.

En muchos casos se considera el dolor como elemento necesario - del diario vivir, dado que es la advertencia de una perturbación. En la práctica Odontológica no consideramos el dolor como señal de advertencia sino un mal que se debe dominar. El dolor se divide en dos - fases importantes que son: La percepción y la reacción. Por lo tanto, cualquier método de control de dolor afectará a cada una de las - dos fases.

Los métodos de control del dolor que se utilizan en la actuali - dad son los siguientes:

- a). Eliminar la causa.
- b). Bloquear la vía de impulsos dolorosos.
- c). Elevar el umbral de dolor.

- d). Eliminar la reacción dolorosa mediante la depresión corti - cal.
- e). Usar métodos psicosomáticos.

3.3.1. ELIMINAR LA CAUSA

Es evidente que el primer método de impedir el dolor sería, lo - deseable. Si pudiera realizarse, se eliminaría el cambio en el teji - do que lo rodea y en consecuencia no se excitarían las terminaciones nerviosas libres y no habrían impulsos. Es imperativo que cualquier - eliminación no deje modificaciones permanentes en los tejidos porque esto permitiría crear el impulso, aunque hayan sido eliminados los - factores causales.

3.3.2. BLOQUEAR LA VIA DE LOS IMPULSOS DOLOROSOS

El método más ampliamente usado en Odontología para controlar el dolor es bloqueando la vía de los impulsos dolorosos. Mediante el - mismo se inyecta en los tejidos próximos al nervio o nervios implica - dos una droga que posee propiedades anestésicas locales. La solución anestésica local, impide la despolarización de las fibras nerviosas - en la zona de absorción, impidiendo de este modo que estas fibras con - duzcan centralmente impulsos fuera de este punto; mientras la solución anestésica se encuentre en el nervio en concentración suficiente para impedir la despolarización, el bloqueo será efectivo.

3.3.3. ELEVAR EL UMBRAL DEL DOLOR

En la actualidad, los Cirujanos Dentistas han conocido y apreciado más este método. Elevar el umbral de dolor depende de la acción - farmacológica de drogas que poseen propiedades analgésicas. Estas - drogas elevan centralmente el umbral de dolor, infiriendo por lo tanto la reacción dolorosa. En este método de control de dolor puede estar aún presente la causa del estímulo original.

Las vías neuroanatómicas están intactas y podrán conducir impulsos. En otras palabras, la percepción dolorosa no será afectada pero la reacción disminuirá y así se elevará el umbral de dolor. Se debe entender que el umbral puede elevarse hasta cierto punto dependiendo de las drogas utilizadas.

Es fisiológicamente imposible eliminar los dolores más intensos elevando solamente el umbral. La presencia de estímulos extremadamente nocivos que crean dolor intenso requerirá el bloqueo de la vía del impulso o la reacción completamente represora del dolor mediante la - utilización de un anestésico general.

Diversas drogas poseen propiedades analgésicas en distinto grado y unas son más eficaces que otras para elevar el umbral. Ciertas drogas como el ácido acetilsalicílico, son eficaces solo para eliminar perturbaciones leves. Por lo contrario, los narcóticos, aunque no son verdaderos analgésicos, son eficaces contra dolores más intensos elevando el umbral de dolor. Todas las drogas usadas para elevar el umbral, tienen dosis óptimas. Aumentar las dosis más allá del límite, no aumentará la eficacia analgésica de la droga sin producir secuelas indeseables o peligrosas.

3.3.4. DISMINUCION DE LA REACCION AL DOLOR MEDIANTE AL DEPRESION CORTICAL

La eliminación del dolor por la depresión cortical ésta dentro del alcance de la anestesia general y de los agentes analgésicos generales. El agente anestésico de elección mediante su creciente - depresión del sistema nervioso central impide toda reacción consciente ante un estímulo doloroso.

En los casos en que la corteza cerebral está deprimida sólo al punto de suprimirse las inhibiciones, el paciente puede tornarse - hipereactivo a un estímulo doloroso. Por eso, todo estímulo debe - evitarse en estos casos a menos que el paciente esté adecuadamente - adaptado al estímulo que recibirá.

3.3.5. METODOS PSICOSOMATICOS

Con mucha frecuencia, el método psicossomático para eliminar o - controlar el dolor es lamentablemente descuidado en la práctica Odon tológica.

Mediante ningún otro método puede lograrse tanto con tan poco perjuicio para el paciente. Este método afecta a la reacción dolorosa y su eficacia depende de llevar al paciente al estado mental adecuado. Es sorprendente lo que se puede lograr sin usar drogas cuando se gana la confianza del paciente.

Uno de los factores importantes en este caso es la honestidad y la sinceridad hacia el afectado. Se debe mantener informado acerca

procedimiento y de lo que puede esperarse. Como se mencionó anteriormente, es un axioma fisiológico muy conocido que al sistema nervioso le desagradan las sorpresas y en muchos casos reacciona violentamente ante éstas.

Debe hacerse entender al paciente, mediante explicaciones extensas, el alcance de las molestias que puede esperar. También debe asegurársele que cualquier experiencia desagradable puede ser adecuadamente controlada mediante los conocimientos y métodos de que se dispone y que éstos se utilizarán si existiera incomodidad. A los pacientes les agrada saber que su comodidad es objeto de gran preocupación para el Dentista. Una vez que están seguros de ello, tienden a tolerar en mayor grado las sensaciones desagradables. De esta manera la reacción dolorosa es disminuída y se eleva el umbral.

En la actualidad, existen varios métodos psicossomáticos que gozan de mucha popularidad entre los Odontólogos y a continuación se presentarán las de mayor uso.

3.3.5.1. RELAJACION

Los procedimientos de relajación suelen ser muy útiles en el control de dolor, ya que el fenómeno de ansiedad aumenta su percepción bajando el umbral. En los experimentos de laboratorio se comprobó que la relajación tiene un cardinal papel en la tolerancia de estímulos dolorosos como calor, frío o presión. Clínicamente se demostró que la relajación ayuda a reducir los síntomas dolorosos de pacientes con síndrome de disfunción miofacial. En este caso, el dolor proviene de la tensión excesiva que sufren los músculos masticadores. De una muestra de pacientes examinados por Gessel y Alderman, solamente el -

45%, que además presentaron fenómenos de depresión, no respondieron - al tratamiento mientras que el 55%, obtuvo resultados excelentes.

Como hemos notado en el capítulo anterior, la relajación por sí no es suficiente para producir alivio en todos los pacientes, sin em-bargo, cuando se combina con otros métodos es muy útil.

3.3.5.2 SUGESTION

El uso de sugestion para aliviar el dolor es relativamente nuevo. En el capítulo anterior se hizo mención de la "analgesia auditiva", - y se demostró que dicha técnica es muy efectiva en la reducción del - dolor y desagrado cuando se acompaña de una fuerte sugestión por parte del individuo. Una evidencia importante de la influencia que tiene - la sugestión a la percepción del dolor son las sustancias conocidas como placebos.

La palabra "placebo", tiene origen latino y significa "yo placeré". El término "efecto placebo", se refiere a los efectos que posee cualquier sustancia de la cuál se conoce no tener efectos terapéuticos - específicos para la condición que fue administrada. En muchas ocasiones los efectos del placebo suelen ser bastante drásticos.

En la literatura se mencionan numerosos ejemplos como el del Ipa pec que dió alivio a gente que sufría de fenómenos de náuseas y vómitos.

Más relacionado a la Odontología, en 1972 Laskin y Greene, informaron tener éxito en un 40% utilizando el placebo en un grupo de individuos que padecen de dolor miofacial.

En 1959, Beecher hizo un estudio en pacientes que padecían de dolor post-operatorio y 75% obtuvieron resultados significativos utilizando morfina pero 35% obtuvieron un alivio comparable con placebos, sugiriendo así, que la mitad del efecto de la morfina puede ser efecto placebo. Esto nos manifiesta un punto de suma importancia que a veces queda en el olvido: todas las drogas aún siendo activas farmacológicamente, tienen componentes de placebo. La administración de cada medicamento o procedimiento se acompaña de sugestión, ya sea implícitamente para obtener efectos benéficos. Entre mayor sea la sugestión del paciente y su confianza en el Odontólogo que le receta el medicamento, mayor será el efecto del placebo. La "fé", que tiene el paciente de que algo favorable se le está efectuando, crea una expectativa para un alivio que suele reducir su ansiedad y como consecuencia su dolor.

Según Beecher, la efectividad del placebo es mayor cuando el dolor es muy severo y cuando el paciente es altamente ansioso. En 1960, dicho autor encontró que el efecto placebo es diez veces menor en sujetos de laboratorio que en individuos en los que su dolor es de origen patológico. Esta divergencia suele atribuirse a la diferencia en ansiedad entre los dos grupos. Los sujetos de laboratorio saben que la duración e intensidad de su dolor serán limitadas y las consecuencias no serán permanentes ni significativas, mientras que el otro grupo no goza de esa seguridad.

Los estudios citados anteriormente, ilustran un punto importante

acerca de la respuesta al placebo. Aparentemente, la tendencia para al placebo, no se relaciona a características innatas del individuo - como su personalidad, sino se determinan situacionalmente y por una - interacción de varios factores.

Los factores que se vieron ser importantes en la cita dental incluyen el entusiasmo con el cual el Cirujano Dentista introduce el placebo así como la actitud positiva que demuestra hacia el paciente. El efecto placebo se considera generalmente carente de valor por los investigadores farmacólogos y sospechoso por los clínicos. Esta creencia refleja una falta de entendimiento de la naturaleza del dolor. Esto se debe probablemente a que poco se ha hecho para utilizar el efecto placebo en forma intencional para lograr alivio de dolor. Sin embargo, ya que el efecto placebo se presenta en todos los procedimientos de tratamiento y puede ser influenciado positivamente o negativamente por la actitud y la personalidad del Odontólogo será menester - lograr el máximo de efectos positivos con todos los pacientes.

3.3.5.3. HIPNOSIS

La hipnosis en su forma moderna empezó en el siglo XVIII cuando un médico vienés llamado Franz Anton Mesmer demostró un poder extraño - llamado "magnetismo". Aunque Mesmer y su teoría del magnetismo fueron descartados por la Comisión Royal, no cabe duda que éste logró un efecto dramático con beneficio terapéutico en años posteriores. En el siglo XIX se reportaron casos de cirugía sin dolor gracias al mesmerismo o como se conoce en la actualidad, hipnosis. En 1829, un Cirujano francés denominado Cloquet, utilizó la hipnosis en un procedimiento indoloro de remoción de tejido canceroso en la región torácica. La -

hipnosis fue usada en Odontología durante la misma década. El pri -
mer uso documentado de hipnosis en la Odontología fue de Oudet que en
1820 reportó ejecutar extracciones dentarias utilizando la hipnosis -
como el único método de anestesia.

A pesar de todos los reportes favorables, la actitud negativa de
la Comisión Royal Francesa causó a muchos profesionales negar la efec
tividad de la nueva técnica. La hipnosis no logro un valor científico
y con el desarrollo de los anestésicos locales y químicos a principio
del siglo XX, el interés en ello desapareció.

En los años recientes existe de nuevo el interés en la hipnosis
por los médicos y los Odontólogos. Se formaron dos Asociaciones de
Hipnosis Americanas y cada una publica revista y programas educaciona
les sobre hipnosis. En una forma interesante los Odontólogos han to-
mado un mayor papel en el interés moderno de la técnica.

La Sociedad Americana de Hipnosis Clínica publicó las siguientes
aplicaciones para el uso de la hipnosis:

- a). Para pacientes nerviosos o ansiosos.
- b). Para aquellos pacientes que ponen barreras de mecanismos de-
defensa con el objeto de posponer el procedimiento a efectuar.
- c). Para succión del pulgar.
- d). Para bruxismo.
- e). Para mejor control de hemorragias y salivación.
- f). Para reforzar las instrucciones de higiene oral.

- g). Para los pacientes que niegan la anestesia.
- h). Como sustituto de anestesia química en algunos de los ca -
sos .
- i). Para problemas psicológicos que implican las dentaduras to-
tales o los aparatos de Ortodoncia.

A pesar de ésta lista impresionante y a pesar que existen cursos de hipnosis práctica en muchas escuelas de Odontología en los Estados-
Unidos, éste método no goza de mayor popularidad entre los Cirujanos
Dentistas. Esto puede deberse a la creencia errónea de que el procedi-
miento de la hipnosis aumenta el tiempo requerido para cada cita. En
realidad a los expertos en hipnosis les consta que ocurre lo opuesto;
el trabajo procede con mayor facilidad y rapidéz con paciente relajado
y cooperativo que con uno tenso y aprensivo. Con la combinación de un
Odontólogo entrenado y un paciente inteligente y motivado la inducción
se logra rápidamente y sin mayor dificultad.

¿Qué es hipnosis y cómo funciona?. En la actualidad parece que -
no existe una definición científica aceptable. Algunos autores sugie-
ren que la hipnosis es un verdadero estado alterado de la conciencia,
un estado diferente al normal; otros están en desacuerdo. Sin embargo,
existen ciertos acuerdos generales los cuales son:

- a). La hipnosis es una medida para enfocar la atención y la con-
centración del paciente.
- b). La persona hipnotizada demuestra mayor susceptibilidad para -
responder a la sugestión.
- c). El éxito de la hipnosis depende de las buenas relaciones Odon
tólogo-paciente.

Según Erikson, cada individuo posee muchas habilidades que no puede demostrar adecuadamente así como memorias, sonidos, vistas y sensaciones. Mediante la ayuda de un profesional entrenado, la hipnosis nos permite utilizar dichas habilidades y memorias para nuestro beneficio profesional.

La hipnosis es un procedimiento simple y no nocivo. El Odontólogo arriesga muy pocos; en el peor de los casos no sucederá nada, pero si funciona la terapia, las ventajas son considerables tanto para el paciente como para el Cirujano Dentista.

3.4. EL DOLOR CRONICO Y SU MANEJO

El dolor crónico se define generalmente como aquella sensación que por un período mayor a seis meses. Aunque podemos diferenciar entre el dolor crónico de origen maligno que presenta amenaza a la vida del paciente y aquél proveniente de procesos benignos, no interpretaremos al término "benigno", como inofensivo. El dolor crónico de cualquier origen resulta generalmente en un disturbio en la vida del individuo y suele llegar hasta un suicidio. El dolor crónico difiere del agudo no solamente por su duración sino por otros aspectos importantes también. El dolor agudo es generalmente localizable y específico. El paciente tiene la esperanza de aliviarse en un futuro cercano. Por otro lado, el dolor crónico es frustrante y desesperante y la persona que lo padece se siente amargada, tensa y aprensiva en forma constante.

De la descripción anteriormente mencionada podemos esperar que los pacientes con dolor crónico presenten depresión. Al igual que la ansiedad es un fenómeno asociado con el dolor agudo, la depresión está

Intimamente relacionada con el dolor crónico.

El dolor suele indicar depresión si está asociado con signos fisiológicos de depresión como disturbios de sueño, cambio en el ritmo de vida, o empeoramiento de condiciones físicas. Si el dolor es vago, no específico, y el paciente presenta dificultad para describirlo y localizarlo, el Cirujano Dentista debe pensar en un fenómeno de depresión.

Según Richard Sternbach, la relación entre el dolor y la depresión puede reflejar procesos neuroquímicos similares para ambos. Esto se basa en la evidencia de que muchos pacientes con dolor crónico obtienen alivio con medicación antidepresiva.

Un dolor de larga duración siempre provoca cambios interpersonales, emocionales y económicos. El dolor vuelve a ser el centro de atención para el paciente, y como consecuencia, dejan muchas actividades de las cuáles obtienen mucha satisfacción.

A la vez, el paciente suele recibir emparía y atención considerable de las personas que lo rodean y así poco a poco empieza a valorarse en términos de dolor. El dolor vuelve a ser el medio de comunicación con la sociedad y él se identifica como persona con dolor. Esta noción tiene importantes implicaciones para el Odontólogo ya que el paciente trata de mantener su "identidad" y como Sternbach lo denomina "juegos de dolor". El paciente, para preservar su identidad, debe mantener su dolor y el profesional, por el otro lado, para confirmar su propia identidad debe tratar de aliviar este dolor. Si el profesional se preocupa demasiado, en tener éxito en donde muchos han fallado, puede caer en la trampa del "juego", lo que resulta una gran frustración.

El diagnóstico de condiciones de dolor crónico en el consultorio dental, con frecuencia suele ser difícil. Entre ellos podemos mencionar la neuralgia del trigemino y el síndrome doloroso de disfunción miofacial. Parte del problema del diagnóstico es que el dolor facial - suele originarse de muchos órganos y estructuras diferentes, sin embargo, los pacientes no lo asimilan y creen que cualquier dolor a nivel oral indica un problema dental o relacionado con el mismo. El Odontólogo no debe aceptar el diagnóstico del paciente, ya que esto provocará pérdida de tiempo y un tratamiento dental innecesario. Drinnan en su artículo "Diferencial diagnosis of orofacial pain", publicado en 1978 menciona un ejemplo de tratamiento dental innecesario, obsequiado a 270 pacientes que padecían de neuralgia del trigémino. El menciona que casi todos los casos mostraron extracciones múltiples que fueron empleados como medio terapéutico. Por dicha razón el Odontólogo nunca deberá efectuar procedimientos irreversibles a menos que tenga toda la seguridad de haber hecho un diagnóstico correcto. Cuando existe la menor duda, el paciente será referido al especialista apropiado para su evaluación. Obviamente, entre más amplios sean los conocimientos del Odontólogo sobre los orígenes y manifestaciones del dolor facial, presentará mayor facilidad de efectuar un diagnóstico diferencial correcto y a su vez tratar personalmente el caso.

Capítulo 4

EL MANEJO DE LA MOTIVACION Y COOPERACION PARA LA PRODUCCION DE CAMBIOS CONDUCTUALES EN LOS PACIEN TES.

Los pacientes que no siguen las recomendaciones para el cuidado de la salud son encontrados por todos los profesionistas en esta rama. Recientemente Sackett y Haynes realizaron una investigación en la cual se reportó que entre el 30 y 70% de todas las recomendaciones para medicación, cuidados en la casa, ejercicios, dietas, etc., no fueron seguidas por los pacientes.

Así no debería sorprendernos que los Dentistas compartan a tales tipos de pacientes y que los resultados de recientes encuestas indiquen que estos problemas se han difundido ampliamente. Con respecto a este punto se ha preguntado a los dentistas qué problemas enfrentan en su práctica diaria y un gran porcentaje de los Dentistas encuestados reportan que un gran problema en su practica es que "los pacientes no siguen las instrucciones del tratamiento". Esto es especialmente cierto para los Ortodontistas y protesistas que enfrentan este problema como uno de los más frecuentes. Se puede suponer que esto es debido en parte, al hecho de que las instrucciones de tratamiento en estas especialidades son frecuentemente un poco más complicadas y requieren por parte del paciente un esfuerzo especial para llevarlas a cabo.

También se ha indicado en los resultados de estas encuestas que otro de los problemas altamente reportados es en cuanto a la cooperación del paciente para seguir recomendaciones preventivas. La mayoría de los Dentistas aceptan que "los pacientes que parecen ignorar los beneficios del cuidado preventivo", es decir los pacientes que -

buscan sólo el servicio de emergencia, demandan extracciones cuando algunos procedimientos restaurativos más conservadores pueden ser realizados. Es interesante señalar que los Dentistas que tienen menos de diez años practicando, son los que más reportan este problema. Esto parece ser resultado del gran énfasis que se ha dado en los últimos años a la prevención en la educación dental, por lo cual no es sorprendente que los Dentistas recientemente egresados consideren de una manera tan importante el cuidado preventivo y sientan una especial preocupación acerca de los problemas en esta área.

Finalmente, es bien conocido que los Dentistas frecuentemente se quejan de los pacientes que no parecen estar bien motivados para involucrarse en buenas prácticas de cuidado en la casa. La mayoría de los Dentistas reportan esto como un problema y se ha encontrado una alta frecuencia con los Ortodoncistas, Paradoncistas y Protésistas.

Estos hallazgos posiblemente no causen ninguna sorpresa al Dentista o estudiante de Odontología, pero lo que quizá sí resulte interesante y algo desalentador, es la frecuencia con que los Dentistas encuentran pacientes no cooperativos. La investigación realizada sobre el tema, se ha dedicado a estudiar la cooperación del paciente, las recomendaciones para el cuidado profesional preventivo y el cuidado en la casa, reportándose que aproximadamente la mitad de los pacientes fueron moderadamente cooperativos; una tercera parte fueron altamente cooperativos y cerca de una cuarta parte fueron considerados como no cooperativos. Esto significa que bajo condiciones ordinarias, sólo tres de cada diez pacientes seguirán las recomendaciones preventivas que se les indican. El resto no llevan a cabo algunas o todas las recomendaciones.

4.1. LA CREENCIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD PERSONAL.

Con respecto a las diferencias entre pacientes cooperativos y no cooperativos con las recomendaciones preventivas, muchos autores han afirmado que hay diferencias de personalidad que distinguen a los pacientes cooperativos y no cooperativos. Algunos han sugerido por ejemplo, que el paciente no cooperativo tiene características pasiva-agresiva o que tiene problemas con figuras de autoridad. Sin embargo, la investigación ha fallado para fundamentar estas nociones o de manera más general para apoyar el concepto de diferencias de la personalidad entre los dos grupos.

La única diferencia consistente entre los grupos que ha emergido de los resultados de varios estudios es una diferencia en la creencia en el cuidado de la salud para cada grupo. Específicamente se ha encontrado que las personas que se involucran en actividades preventivas creen que:

- Son vulnerables a una enfermedad específica.
- La enfermedad puede tener serias consecuencias.
- El involucramiento en actividades preventivas puede reducir la probabilidad o seriedad de la enfermedad.

Estas creencias son sostenidas en un grado mucho menor por individuos que no se involucran regularmente en actividades preventivas. Esto está basado en el modelo de Creencia en el Cuidado de la Salud que ha recibido mucha atención en la literatura médica y dental en años recientes.

Los puntos esenciales de este Modelo son, como se mencionó anteriormente, que las personas se comprometerán en actividades preventivas y cooperarán con las recomendaciones médicas y dentales solo si creen que son susceptibles a una enfermedad grave y además que sus propias acciones van a influir en la probabilidad de que puedan contraer la enfermedad.

En cuanto a la ayuda que este Modelo puede proporcionar al Dentista que desea promover una mejor cooperación por parte de sus pacientes y la utilidad de las estrategias sugeridas, desafortunadamente el Modelo proporciona muy poca información útil para la práctica del Dentista.

El Modelo en sí, es esencialmente descriptivo. Esto es, se conoce que existe una relación entre las creencias en el cuidado de la salud, pero no se puede demostrar que estas creencias causen estas conductas.

Muchos investigadores y algunos clínicos en forma individual han supuesto que existe una relación causal entre creencias y conducta, y por lo tanto han dirigido sus esfuerzos para modificar las creencias con la esperanza de cambiar la conducta. Los programas educativos para promover cuidados preventivos, han tenido la aproximación más común para mejorar la conducta preventiva. Ciertamente, esta aproximación educativa tiene una instancia intuitiva y se conforma al pensar que las personas son criaturas racionales que harán lo que sea bueno para ellos si solo tienen la información adecuada.

Desafortunadamente, sin embargo, se conoce que este no es el caso,

Estudio tras estudio muestra que los esfuerzos educativos para est
mular la conducta de cuidado bucal ha logrado poco éxito. Si se -
toman los resultados de numerosos programas educativos diseñados pa-
ra enseñar el público los hechos acerca de la enfermedad dental y -
la necesidad de actividades preventivas, podemos observar que son -
desalentadores. Resumiendo estos resultados muestran que los pro -
gramas educativos.

- a). Pueden producir incrementos importantes en el conocimien
to acerca de la enfermedad dental y actividades preveni
vas apropiadas.
- b). Pueden producir marcados cambios en las actividades hacia
la salud dental.
- c). Pueden producir un mejoramiento a corta duración en la -
conducta preventiva.
- d). No producen mejoramiento de larga duración en la conduc-
ta preventiva.

Ya que la prevención de enfermedades orales requiere de alteraca
ciones significativas en la conducta sobre largos períodos de tiempo,
de hecho a lo largo de toda la vida, resulta evidente que los pro -
gramas educativos por sí sólo no producen tales cambios.

De esta manera, las fallas de los programas educativos e infor
mativos para producir mejoramientos significativos de larga duración
en la conducta preventiva, han permitido a algunos investigadores -
utilizar instancias de miedo. Esta aproximación consiste esencial -
mente en intentar atemorizar a la gente para involucrarla en activi-

dades preventivas y se cree que puede tener un mayor impacto que el dar simplemente información. Sin embargo, la investigación muestra que el uso de estos mensajes de miedo no ha sido un medio efectivo para producir el cambio en cuestión. Como por ejemplo, sí se proporciona información mostrando fotografías de pacientes con enfermedades orales muy avanzadas, mensaje que contiene un nivel de miedo muy alto, la gente simplemente se voltea totalmente evitando así el mensaje completo. Por otra parte sí se utilizan mensajes con un nivel bajo o moderado de miedo, el cambio producido en la conducta preventiva resulta similar al producido con una aproximación en que únicamente se proporciona información.

Lo anterior no implica de ninguna manera que el proporcionar información acerca de la conducta preventiva carezca de valor. Es particularmente cierto, que los paciente necesitan conocer hechos - específicos acerca de su vulnerabilidad para las enfermedades orales y también necesitan información exacta acerca de las actividades - preventivas que se requieren y con que frecuencia deben llevarlas a cabo.

En relación a esto el Dr. Phillip Weinstein ha señalado que muchos consultorios dentales proporcionan más que suficiente información acerca de la etiología, histopatología y secuela de la enfermedad dental, pero que aún cuando se les da a seleccionar objetivos de salud en relación a esto, muy pocas veces se les da la instrucción necesaria para que puedan lograr estos objetivos. Continúa - diciendo, que los pacientes necesitan un entrenamiento de las habilidades correspondientes y asistencia para desarrollar nuevos hábitos que los ayudará a cambiar su conducta.

En resumen, se puede señalar que mientras la información puede proporcionar una motivación inicial a través de la cual las creencias y actitudes del paciente cambian, el objetivo terminal deber ser el - de cambiar la conducta del paciente.

4.2. LA PRODUCCION DE CAMBIOS CONDUCTUALES MEDIANTE EL USO DE CONSECUENCIAS

Toda persona que en alguna ocasión ha tratado de cambiar su pro pia conducta, como por ejemplo, cuando trata de romper un viejo hábi- to e iniciar un nuevo, sabe que el producir cambios conductuales de larga duración no es una tarea fácil. La literatura al respecto seña la que hay varios factores que influyen la facilidad o dificultad con la cual un cambio conductual puede ser producido. En general, se ha encontrado que es más difícil producir un cambio de conducta si:

- a). La conducta requiere que el individuo asuma un rol activo.
- b). La conducta es difícil, intrusa o consumidora de tiempo.
- c). Las consecuencias de la conducta tienen un rango amplio - y/o incierto.

El primer factor es muy importante y se sabe que es más difícil producir un cambio conductual si la conducta requiere que el indivi - duo asuma un papel activo y continuo. Podemos clasificar las activida des preventivas de acuerdo al papel que desempeña el paciente: Activo o pasivo, y en base a un continuo de frecuencia que va de eventos sen cillos a actividades que deben ser realizadas para alcanzar la meta.

Se sabe bien que la mayoría de la gente está dispuesta a involucrarse en actividades preventivas, tales como una inyección que le permita desarrollar un papel pasivo y al mismo tiempo recibir una vacuna que lo prevenga de una enfermedad contagiosa. Desafortunadamente, no se tiene un procedimiento comparable a la vacuna que actualmente esté disponible en la Odontología.

Para los pacientes que se encuentran en la media de la clasificación pasiva-activa del paciente, se requieren visitas periódicas al Dentista para la rutina de cuidado preventivo, limpieza y procedimientos técnicos tales como aplicaciones tópicas de fluor y selladores de fisuras. En general, la gente frecuentemente está dispuesta a cooperar con las recomendaciones para estos procedimientos que involucran cuidado clínico, pero se muestran menos dispuestos en aquellas actividades que involucran autocuidado.

Por supuesto, que esto no significa que el Dentista podrá persuadir exitosamente a sus pacientes para que terminen su tratamiento o para que acudan a chequeos y profilaxis de una manera regular. Es bien conocido que los pacientes que se resisten a concertar una cita antes de salir del consultorio, prometiendo que llamarán por teléfono después, en la mayor parte de los casos lo harán, pero dos años más tarde o cuando el dolor experimentado no sea aguantable por el paciente.

Aún cuando el Dentista pueda persuadir a sus pacientes para que hagan una cita antes de salir del consultorio, no tiene ninguna garantía de que el paciente conservará esa cita. Aún más, es bastante familiar para los Dentistas las citas canceladas o bien aquellas citas a las cuales el paciente simplemente no asiste. Como ya se mencionó anterior

mente este es uno de los problemas que la mayoría de los Dentistas señalan, reportando porcentajes desde un 20 hasta un 50% de citas canceladas.

Con el propósito de ayudar a remediar esta situación se han sugerido algunas estrategias. La más utilizada es aquella en donde se usan los recordatorios y las llamadas telefónicas recordatorias. Los resultados obtenidos mediante estos métodos para reducir la tasa de citas canceladas, son reportados en un estudio realizado en una clínica que contaba con una tasa del 30% de citas canceladas. Los recordatorios telefónicos decrementaron la tasa al 21%. La ineffectividad de los recordatorios telefónicos se ha relacionado con la dificultad de contactar a los pacientes por teléfono para recordarles su inminente cita y además se ha señalado la desventaja de este método en términos del costo referido al tiempo invertido por el personal.

Se ha encontrado que el método más exitoso es el de pedir al paciente que llame al consultorio para confirmar su cita. La recepcionista da a cada paciente un recordatorio, el cual contiene todas las instrucciones para que haga la llamada para confirmar. Además, la recepcionista es la persona que pide al paciente que llame, implicando así que ella es la persona con la que hablará y proporcionando de esta manera un contacto más personal que el que pueda dar una tarjeta escrita. Este método redujo la tasa de citas canceladas hasta un 12% que demuestra un decremento significativo considerando que la tasa de línea base se encontraba al 30%.

Un punto adicional que vale la pena hacer notar es que el 98% del grupo de pacientes que llamaban para confirmar sus citas, cumplieron

con éstas. Las citas no cumplidas fueron casi exclusivamente para el grupo que no tenía que confirmar. Esto sugiere que la estrategia más efectiva para reducir citas no cumplidas es el requerir a todos los - pacientes, confirmar sus citas y para aquellos que no confirmen en el día asignado, puede hacerse una llamada telefónica recordatoria un día antes de la cita.

El segundo factor asociado a la naturaleza de la conducta se refiere a que es mucho más difícil producir un cambio conductual si la conducta es difícil, intrusa o consumidora de tiempo. Nuevamente, - encontramos que los procedimientos de cuidado en la casa caen dentro de difícil rango, ya que un buen programa de cuidado en el hogar es - consumidor de tiempo. Se ha estimado que un régimen de control de - placa llevado a cabo una vez al día con uno o dos cepillados adicionales puede tomar 30 minutos diarios. Si se asume que el paciente se - encuentra despierto 16 horas al día, encontramos que el paciente dedica el 3% a su higiene oral.

Los procedimientos de cuidado en el hogar son además intrusos - ya que compiten con otras actividades que el paciente encuentra más - disfrutables o que necesita realizar. Un mal horario puede ser un - factor que contribuya al problema. La mayoría de la gente se cepilla y limpia antes de ir a la cama. Sin embargo, después de que ha terminado sus quehaceres rutinarios antes de ir a la cama, tales como - lavar la ropa para el día siguiente, hacer el lunch, cerrar la - supervisar a los niños, etc., pocos se encuentran en el hogar de - cepillar y limpiar sus dientes a menos que sea un hábito fuertemente - cado.

Para los pacientes que intentan adquirir buenos hábitos para la higiene oral, un mal horario para hacerlo puede ser uno de los mayores obstáculos. Estos pacientes pueden necesitar ayuda para mejorar su horario para tal efecto. Por ejemplo, el Dentista puede sugerir al paciente que siempre ve las noticias por la noche, que cepille sus dientes antes del noticiero o aún mientras que lo este viendo. De esta manera el noticiero puede servir como una recompensa por cepillar y limpiar sus dientes, fortaleciéndose así esta hábito.

Finalmente, es necesario mencionar que aún y cuando se esta señalando el cepillado como algo "difícil", hay algunas conductas que requieren de un cierto monto de habilidad para que sean ejecutadas efectivamente. Ya que no se puede asumir que los pacientes saben como cepillar y limpiar sus dientes apropiadamente, es necesario pedirles que demuestren su técnica al Dentista. Si el Dentista estima que sus habilidades son deficientes, entonces un programa de entrenamiento será necesario.

Un buen programa para enseñar habilidades motoras tales como el cepillado y limpieza bucal debe incluir lo siguiente:

1. Demostración. La gente aprende más eficientemente cuando se les muestra que tienen que hacer, en vez de únicamente decirles. Existen una gran cantidad de películas y material audiovisual que demuestran las técnicas para un correcto cepillado y limpieza de los dientes que están disponibles y que el Dentista puede utilizar.

2. Práctica con Retroalimentación.

Es esencial para tener un buen aprendizaje de conductas motoras que se proporcione retroalimentación acerca la precisión con que se ejecuta el proceso. Cada vez que se haga una visita al consultorio el paciente debe informar específicamente acerca de sus esfuerzos y entre más específica sea la retroalimentación mejor serán los resultados. También es importante que se desarrollen índices numéricos - para la higiene oral, en lugar de utilizar un simple "lo está haciendo mejor" o "necesita mejorar su técnica", las escalas numéricas serán más específicas y de mucha más utilidad. Aún más el graficar la calificación del paciente le permitirá ver su progreso en cada visita que haga al consultorio. Una buena idea es la de cobrear la gráfica del paciente, basándose en un código de colores que indiquen si se encuentra en un rango "bajo", "adecuado", o en un rango "bueno", esta técnica tendrá un mayor impacto visual para el paciente y mejora el cuidado oral de los niños por parte de los padres.

La inmediatez de la retroalimentación es también importante, pero ¿qué tipo de señales pueden ser utilizadas como retroalimentación inmediata para informar al paciente la adecuación con que cepilla y limpia su boca?. Casi, sí no es que todos los pacientes adultos pueden discriminar entre el sabor de una boca limpia y aquella que no se limpió

Adecuadamente, así estas sensaciones pueden servir como retroali -
mentación. Sin embargo, el problema radica en que las pastas de dien -
tes dejan un sabor de que la boca esta limpia, aun cuando no se haya
cepillado adecuadamente. Para eliminar este problema el Dr. James -
Cassidy, un prominente educador dental, sugirió que los pacientes fue -
rán enseñados a cepillar sus dientes con un cepillado en seco incial -
mente hasta que el paciente pueda lograr el sabor y la sensación de -
una boca limpia, posteriormente cuando maneje correctamente las técni -
cas de cepillado y limpieza de dientes puede regresar a la utilización
de la pasta de dientes.

A pesar de que muchos Dentistas delegan la responsabilidad de -
la enseñanza de esta habilidades a sus ayudantes, debe recordarse de
que ellos son los responsables de su trabajo y que además la coopera -
ción del paciente esta relacionada con el status de la persona que le
hace las recomendaciones.

Por último, el tercer factor mencionado se refiere a que es más
diffcil producir un cambio conductual si las consecuencias son incier -
tas o se encuentran en un amplio rango. Sí bien las consecuencias que
siguen a una conducta juegan un importante papel en el aprendizaje, la
conducta será másfuertemente afectada sí la consecuencia sigue inmedia -
tamente a la conducta en cuestión. Cuando hay una demora entre una con -
ducta (por ejemplo, comer demasiado) y las consecuencias que le siguen
(ganar peso), las consecuencias no tendrán un efecto marcado en esa -
conducta.

En general, las consecuencias negativas o aversivas que siguen a
una conducta sirven para debilitar una conducta, decrementando la pro -
babilidad de que esta ocurra nuevamente.

Por ejemplo, si usted pone su mano sobre una parrilla caliente de la estufa y sufre una quemadura dolorosa (consecuencias negativas), como resultado de su acción, usted tocará parrillas calientes con una menor probabilidad en el futuro.

Por otra parte, las consecuencias positivas o reforzantes que siguen a una conducta sirven para fortalecer la conducta. Las consecuencias positivas incrementan la probabilidad de que la conducta se rá repetida. El cambio conductual se facilita si los eventos son - arreglados de tal manera que las consecuencias sean positivas, inmediatas y específicas.

Recientemente, los seguidores de B.F. Skinner, pionero de la - Teoría del Reforzamiento han aplicado sistemática y exitosamente estos principios a un amplio rango de la conducta humana. Aquí se intentará describir el trabajo realizado para ayudar a nuestros pacientes a aprender mejores conductas para su salud oral.

La selección y el uso de consecuencias positivas es de primordial importancia y no siempre necesitan conservar un orden estricto - para alterar la conducta, ni siempre su inmediatez es aparente para un observador. Una sonrisa puede servir como una recompensa poderosa y un gesto de desaprobación puede servir como un agente efectivo de castigo. A pesar de que muchos de nosotros pensamos inmediatamente en bienes materiales cuando se menciona la palabra "recompensa", existen otros tipos de consecuencias negativas que pueden servir tan bien, o aun mejor, para fortalecer la conducta. Como por ejemplo:

- Recompensas Sociales.- Estas incluyen atención, sonrisas, -

guiños, abrazos y otros signos de aprobación y afecto. Frecuentemente se subestima el poder de las recompensas sociales, pero resulta sorprendente la efectividad que tienen para producir cambios conductuales.

- Actividades recompensantes.-

Estas incluyen cualquier actividad que una persona disfrute como ver televisión, ir a una fiesta, leer un libro o jugar un juego. Las actividades recompensantes no necesitan ser eventos especiales.

- Materiales recompensantes.-

Estos incluyen cualquier material que una persona pueda usar, vestir, jugar o consumir, como por ejemplo: dinero, juguetes, comida y ropa. Estos materiales son muy efectivos para promover cambios conductuales pero los programas pueden resultar muy costosos si sólo se utiliza este tipo de consecuencias.

Por supuesto que lo que es recompensante para un individuo puede no serlo para otro, de hecho, puede ser hasta castigante. En este sentido para que una recompensa sea efectiva, debe ser verdaderamente recompensante para la persona que la recibe. Por otra parte, sabemos de la necesidad de que las consecuencias positivas ocurran inmediatamente después de la conducta deseada, pero esto no siempre es posible. Para estas circunstancias los sistemas de puntos son de gran utilidad, ya

que el individuo gana un punto cada vez que realiza la conducta y un determinado número de puntos es requerido para ganar la recompensa.

Una ventaja adicional de un sistema de puntos es que proporciona un buen método para la recolección de datos de la conducta en cuestión. El conservar los registros escritos de la conducta es muy importante cuando se intenta producir un cambio conductual, ya que la memoria humana no es notoriamente confiable y la mayoría de la gente que confía en su memoria, tiende a sobreestimar o subestimar los datos a su favor.

Los registros no sólo permiten a la persona observar su progreso con precisión, sino que también sirven como consecuencia positiva al ver que tanto han logrado. Muchas veces no son necesarias consecuencias adicionales para producir un cambio inicial de la conducta, ya que el simple acto de registro resulta suficiente para mejorar estas conductas. Esto es especialmente probable que ocurra cuando al paciente se le ha proporcionado con formas "oficiales" de autoregistro y se le ha instruido para que traiga esas formas requisitadas en su próxima cita. A pesar de que los efectos del autoregistro usualmente tienden a tener una corta duración y que resulta necesario suplementarlo con medidas adicionales, puede ser un buen principio.

4.2.1. EL USO DE CONSECUENCIAS CON PACIENTES INFANTILES

El uso de estas consecuencias positivas resultan especialmente efectivas con pacientes infantiles, sobre todo si el Dentista tiene una buena relación con ellos, él puede utilizar recompensas sociales con buenos resultados. Además puede utilizar una variedad de otras recompensas. Por ejemplo: se pueden utilizar premios, trofeos y membre-

cías a clubes. En este sentido se puede alentar a los niños a conservar diariamente sus registros de cepillado y limpieza oral y traer estos registros al consultorio en su próxima cita.

Una preocupación que debe formarse especialmente cuando se trabaja con niños, es que los objetivos sean razonables y realistas de tal manera que puedan proporcionarse recompensas por cada pequeño paso que vaya dirigido al mejoramiento de la conducta. El Dentista que espera hasta que la calificación de su paciente en cuanto al control de placa sea casi perfecta para poder recompensarlo, puede que nunca vea a sus pacientes alcanzar un objetivo. Resulta mucho más efectivo demandar cambios hacia un incremento, paso por paso.

También a pesar de que el Dentista puede proporcionar algunas consecuencias por una buena práctica de cuidado en el hogar, su efectividad esta limitada por el infrecuente contacto con el niño. Sin embargo, probablemente sea más efectivo promover conductas correctas de cuidado en el hogar si se enseña a los padres a aplicar programas de recompensa en su casa. La literatura muestra que los padres pueden ser enseñados a utilizar esta aproximación efectivamente.

Al enseñar a los padres a utilizar programas de recompensas con sus niños, debe de darse y explicar los siguientes puntos:

1. Proporcionar a los padres con formas en las cuales los puntos, o estrellas adheribles en caso de niños pequeños, puedan ser registrados por su ejecución diaria.
2. Fomentar a los padres que utilicen recompensas sociales y

actividades recompensantes. Las actividades recompensantes pueden ser no costosas, fáciles de usar y muy efectivas con niños. Entre las actividades recompensantes que los niños disfrutaban más se encuentra ir a dormir más tarde, hacer una llamada telefónica, permitir que sus amigos se queden - mas tiempo jugando.

3. Pedir a los padres que proporcionen recompensas frecuentemente, especialmente cuando es la primera vez que el niño está aprendiendo nuevos hábitos. Se ha tenido un éxito considerable con el programa llamado "barril doble", en el cual el niño puede ganar una pequeña recompensa diaria, como contarle un cuento antes de dormir, y acumular puntos que estén dirigidos hacia una recompensa mayor, como un viaje o permitir que un amigo se quede por la noche.

4. Involucrar al niño para que seleccione recompensas. En ocasiones un niño puede pedir una recompensa que la familia considere inapropiada o muy cara. Al principio el niño puede rechazar cualquier intento de negociación, insistiendo que si no puede tener un perro (o un caballo), no hará ninguna cosa. La primera cosa acertada que puede hacerse es, no argumentar con el niño y simplemente buscar otras recompensas más adecuadas que él sabe que el niño le gustan. Probablemente el niño no quiere participar en el programa por un día o dos, pero si las recompensas fueron cuidadosamente seleccionadas, usualmente el niño decidirá participar.

Por otra parte, el emplear consecuencias positivas con pacientes adultos enfrenta una serie de problemas diferentes que aquellos - encontrados al desarrollar programas de recompensas con pacientes infantiles.

Aún cuando los niños pueden tener una menor preocupación real o deseo por manejar su higiene oral, ellos han sido llevados al Dentista por sus padres, lo cual indica al menos algún grado de interés en la - salud oral de su niño. Entonces, resulta fácil enlistar la ayuda de - los padres como un factor importante para que el niño aprenda buenos hábitos de higiene.

4.2.2. EL USO DE CONSECUENCIAS CON PACIENTES ADULTOS

Obviamente la situación con el paciente adulto es bastante diferente. A diferencia del paciente infantil, el adulto debe tomar la decisión para alterar su conducta y una vez tomada debe servir él mismo - como su principal fuente de consecuencias positivas.

Algunas veces los pacientes no tienen ningún deseo de mejorar - sus prácticas de higiene oral a pesar de los mejores intentos que se hagan para educarlos y motivarlos. El Dr. Weinstein discute esta situación diciendo que el Dentista debe decidir si la pobre higiene oral del paciente es un problema del paciente o un problema de los profesionistas. Para este propósito ofrece una guía útil de comunicación con esos pacientes.

Algunos clínicos piensan diferente y sienten que no deben gastar su tiempo en pacientes que no ponen suficiente de su parte. Además parece legítimo que el Dentista coloque algunas demandas de sus pacientes y que especifiquen las condiciones bajo las cuales él proporcionará tratamiento. Por ejemplo, el Dr. Robert Bricker hace un contrato de -- acuerdos con cada nuevo paciente en su primera visita. De acuerdo al -- contrato el Dr. Bricker inicia el tratamietno sólo cuando el paciente -- ha logrado un cierto nivel de higiene oral.

Los contratos que emplean consecuencias positivas pueden tambien estar basados en los honorarios profesionales. Una escala de honorarios flexible, con altas cuotas para los pacientes no cooperativos, recompensa al paciente por tener un buen cuidado en su hogar. La gente siempre esta más dispuesta a realizar cambios cuando estos cambios involucran -- su bolsillo, como se demostró en un estudio realizado por Iwata y -- Becksfort (1981), en el cual los pacientes recibian reducciones en sus -- cuotas por mejorar su higiene oral. En este estudio los pacientes recibieron previamente un programa de instrucción en técnicas para una apropiada higiene oral. Los pacientes fueron recompensados con un 10% de -- descuento en las cuotas por un índice de placa del 20% o menor, y un -- descuento del 25% para aquellos con un índice de placa del 10% o menos. Esta mejoría se mantuvo durante los siguientes 6 meses de visitas de se -- guimiento, que nos indica que esta aproximación puede tener efectos bené -- ficos de larga duración.

Cuando se usan contratos tales como el que se acaba de describir, debe recordarse que se pida al paciente cambios graduales de su conducta. Algunos Dentistas creen erronéamente, que deben pedir un gran mejoramiento inicialmente con el propósito de obtener aunque sea un pequeño cambio.

Como se mencionó previamente deben darse objetivos razonables y dar al paciente citas frecuentes durante el período en el cual se están estableciendo nuevos hábitos.

Capítulo 5

MANEJO DE LA CONDUCTA EN LA ODONTOLOGIA INFANTIL

5.1 ACTITUDES DE LOS NIÑOS HACIA LA ODONTOLOGIA Y EL TRATAMIENTO DENTAL

México es un país de jóvenes. La población infantil representa el 25% de la población total. El Cirujano Dentista se ve obligado a atender las necesidades odontológicas de esta parte de la población. Sin embargo, sabemos que hay muchos Cirujanos Dentistas que limitan su práctica dental a los pacientes adultos. Desafortunadamente, no hay tantos Odontopediatras para atender a todos los niños que necesitan tratamiento dental, y por lo tanto, el Cirujano Dentista de práctica general debería atenderlos. Entre los motivos por los cuales el Dentista de práctica general prefiere no atender a los pacientes infantiles, se mencionan los siguientes:

- 1) La falta de cooperación de los niños.
- 2) La mala conducta que demuestran los niños dentro del consultorio dental.
- 3) El tiempo que se necesita para llevar a cabo procedimientos rutinarios.

Todos estos motivos apoyan a la teoría que los problemas son de tipo conductual. Si los pacientes infantiles presentan mala conducta y no cooperan durante la visita, es porque nosotros no sabemos manejarlos adecuadamente. Es importante que el Cirujano Dentista aprenda cómo mejorar la conducta de sus pacientes infantiles y provocar en ellos cambios conductuales positivos. Los niños de hoy son los adultos del mañana, y si creemos en la filosofía de la prevención, tenemos que em-

pezar a educar a los niños y demostrar interés y preocupación por su salud bucal.

Sabemos que las actitudes que guarda una persona adulta hacia el Cirujano Dentista tienen su origen en las experiencias y actitudes adquiridas en la niñez. Aquel niño que tuvo experiencias desagradables o traumáticas con el Dentista, será un paciente adulto miedoso del tratamiento dental, quien tratará de evitar la consulta a toda costa. Si queremos prevenir todas estas consecuencias, debemos hacer todo lo posible para que las experiencias dentales de los pequeños sean agradables y gratas. La realización de esta meta requiere más que buenas intenciones y deseos; se necesita adquirir conocimientos y habilidades especiales.

Primeramente vamos a analizar los factores que influyen en las actitudes del niño hacia la experiencia dental. Se mencionarán luego algunas técnicas y procedimientos sencillos que pueden ser aplicados exitosamente por el Cirujano Dentista para reducir el miedo, lograr la cooperación y promover actitudes positivas en nuestros infantiles.

B.G. Melamed, investigador norteamericano que ha hecho varios estudios para determinar "¿Cómo se sienten los niños acerca de la visita dental?" La "visita dental" implica muchas cosas. Podemos dividirla en tres partes:

- A) Veinticuatro horas antes de la visita hasta llegar al consulto dental y sentarse en la sala de espera.- Durante este intervalo el niño suele pensar en la visita y en lo que le va a hacer el Dentista.

- B) La visita dental propiamente dicho.- Incluye el tiempo que el paciente esté sentado en el sillón dental hasta que abandona el consultorio.
- C) Veinticuatro horas después de la visita.- El pequeño suele re flexionar en los procedimientos operatorios que fueron llevados a cabo durante la visita y compara la visita con las anteriores.

Entonces la pregunta "¿Cómo se sienten los niños acerca de la visita dental?" es compleja, ya que toma en cuenta muchos factores. Es interesante hacer notar que muy pocos niños de escolaridad primaria expresan aprehensión, miedo o desagrado ante la visita dental. La mayoría de estos y también adolescentes guardan actitudes algo positivas o neutras hacia la experiencia dental. Melamed preguntó a un grupo de cien niños: "¿Qué es lo que menos te gusta de la visita dental?"; el 73% contestó "nada". Cuando se preguntó al mismo grupo: "¿Qué es lo que más te gusta de ir al Dentista?", muchos mencionaron las buenas revisiones, el tratamiento profiláctico y los premios que les regala el Cirujano Dentista al final de la visita. Los estudios llevados a cabo por Morga, Wright, Ingersoll y Seime, comprueban que los premios suelen promover y reforzar las actitudes positivas de los niños hacia la experiencia dental.

La personalidad del Cirujano Dentista, así como, la de sus asistentes, son factores que ayudarán al pequeño a formar actitudes y critérios personales hacia la visita. Si el Cirujano Dentista y sus asistentes le caen bien al niño, entonces él suele guardar actitudes positivas acerca de la experiencia dental. Ha sido comprobado que el intercambio Dentista-niño es más importante que cualquier otro aspecto de la visita dental.

Melamed presentó a un grupo de cien niños de primaria, una lista de seis personajes: 1) maestra, 2) padre, 3) médico, 4) dentista 5) amigo, 6) yo (se refiere al niño); Se les pidió a los niños que calificaran estos seis personajes según su importancia, en orden descendiente. Los resultados demuestran que el Dentista es altamente calificado, ocupando el tercer lugar en la lista, 65% de las veces entre médico y maestra. De aquí podemos decir que un alto porcentaje de pequeños consideran importante el papel que juega el Cirujano Dentista en la sociedad.

Las actitudes de los padres también son un factor que determina las actitudes y sentimientos del niño. Muchos padres utilizan la amenaza: "Si no te portas bien, te voy a llevar al Dentista", como si el tratamiento dental fuera una forma de castigo. Estos comentarios tienden a fomentar actitudes negativas y sentimientos desfavorables en los niños.

La observación e imitación constituyen formas por medio de las cuales el niño aprende a formar actitudes. Si los padres temen ir al Cirujano Dentista, el niño por imitar dice "tengo miedo también". Estos temores adquiridos son desarrollados por imitación.

Los padres juegan un papel muy importante porque ellos son quienes se encargarán de:

- A) Seleccionar al Cirujano Dentista que atenderá a su niño.
- B) Hacer la cita y llevarlo al consultorio.
- C) Contestar las preguntas correspondientes a la historia clínica del niño (interrogatorio indirecto).

D) Asegurar que las instrucciones y sugerencias del Cirujano Dentista sean llevadas a cabo por el niño.

¿En base a qué seleccionan los padres a un Dentista para su niño? Generalmente los padres buscan a un Dentista que "se lleve bien" con los niños. Parece ser que el aspecto interpersonal del Cirujano Dentista es el criterio más importante. Es interesante hacer notar que cuando se pregunta a los padres de clase socioeconómica alta: "¿Por qué seleccionó a este Dentista para su niño?", las dos respuestas nombradas con mayor frecuencia fueron:

- 1) Porque se lleva muy bien con los niños.
- 2) Porque tiene los conocimientos y habilidades necesarios para brindar un buen tratamiento dental.

Los investigadores Wright y Alpernn señalan que la mayoría de los padres no son capaces de evaluar los conocimientos odontológicos o las habilidades técnicas del Cirujano Dentista y suelen confundir su aspecto interpersonal con éstos.

Hace apenas 20 años, los consultorios dentales generalmente eran lugares pintados de colores oscuros, en donde el instrumental, charola y cables estaban a la vista de los pacientes. Se ha hecho mucho para mejorar la imagen física del consultorio dental. En los consultorios modernos se observan colores vivos y se ha tratado de remover los instrumentos de la vista del paciente, todo esto con el fin de presentar un ambiente físico más agradable. El ambiente físico suele influir en los criterios y actitudes del paciente. Los pacientes infantiles sienten miedo de los instrumentos dentales y parece ser que estos sentimientos desfavorables se intensifican cuando el instrumental está a la vista. Wright ha reportado en su libro "Behavioral Manage-

ment in Pediatric Dentistry" que la ansiedad del paciente infantil ante el tratamiento odontológico es considerablemente menor cuando se efectúa dicho tratamiento en un consultorio dental modificado (todos los aparatos e instrumental fuera de la vista del paciente). Además, los niños suelen manifestar menos ansiedad cuando se les recibe en el privado, en vez de la sala de tratamiento.

Los investigadores Stokes y Kennedy han estudiado los patrones de conducta de los pacientes infantiles ante el tratamiento dental y dicen lo siguiente:

"El tratamiento dental para un pequeño implica dolor a corto plazo y beneficio a largo plazo". Hay muchos aspectos de la Odontología que ayudan a formar y reforzar actitudes negativas en los niños. Para el niño que asiste al Dentista por primera vez, el consultorio dental representa un ambiente muy diferente de los que está acostumbrado. Es un lugar en el que el niño tendrá que estar en una posición supina, sin poder hablar, mientras que el Dentista y su asistente están colocando instrumentos y material en su boca, algunos de los cuales hacen ruidos extraños, le provocan sensaciones raras y lo lastiman. Cabe mencionar que los temores adquiridos y el miedo subjetivo del niño, tienden a complementar los factores que acabamos de mencionar, dándonos como resultado un pequeño que demuestra una conducta negativa ante el tratamiento dental.

Entre nuestros pacientes adultos no es común que se presenten problemas de conducta o falta de cooperación. Se supone que si el paciente acude con nosotros, es porque le interesa su salud bucal, y por lo tanto, va a cooperar con nosotros y llevará a cabo nuestras indicaciones.

Aún los pacientes miedosos tratarán de reprimir sus impulsos y cooperar con el Cirujano Dentista. Por otra parte, los niños demuestran una conducta más variable. Los pacientes infantiles tienden a actuar de acuerdo con las emociones que sienten en ese momento. Por lo tanto, el niño asustado tiende a llorar, moverse o manifestar otras conductas agresivas. Como notamos anteriormente, la mayoría de los niños expresan actitudes positivas o neutras ante el tratamiento dental. Sin embargo, el 33% de los niños de primaria interrogados por Melamed, reportó miedo ante dicho tratamiento y entre 6 y 13% se califican a sí mismos como muy miedosos.

Hay niños miedosos o ansiosos que sí cooperan con el Dentista y que demuestran una conducta adecuada dentro del consultorio dental. Entonces la relación que existe entre miedo y mala conducta no es perfecta. No se puede suponer que en todos los casos de mala conducta el medio es el factor causal e inversamente; no se puede decir que todos los niños miedosos demostrarán mala conducta. Seguramente hay otros factores que también influyen en la conducta del niño. Muchos Cirujanos Dentistas cometen el error de pasar por alto a estos niños porque no presentan problemas de manejo. Cuando se está atendiendo a estos niños es importante recordar que ellos también necesitan atención especial. La relación Dentista-niño es de suma importancia en estos casos porque si el pequeño tiene confianza en nosotros, él nos explicará tanto sus miedos como los factores que le causan reprimir estas emociones.

¿Cuáles son los factores que ocasionan en el niño miedo y conducta adversa ante la experiencia dental? La identificación de estos factores es muy importante por dos motivos:

- 1) Nos permite predecir quién presentará problemas conductuales.

- 2) El conocimiento de estos factores nos permite diseñar métodos de tratamiento que tienen como finalidad prevenir o reducir la intensidad del problema.

Los factores determinantes que han sido identificados hasta ahora son los siguientes:

- 1) Edad, sexo
- 2) Ansiedad materna
- 3) Clase socioeconómica
- 4) Experiencias dentales previas
- 5) Conocimiento por parte del niño de su estado de salud oral

5.1.1. EDAD Y SEXO

Entre los niños muy pequeños, la edad es uno de los factores pre-disponentes del comportamiento. Por lo general, entre más pequeño sea el niño, mayor será la probabilidad que demuestre un comportamiento inadecuado. Los investigadores Rua y Shirley sostienen que los niños que tienen una edad mental menor de tres años tienden a demostrar conductas negativas ante el tratamiento dental.

El miedo subjetivo tiende a aumentar en los niños de tres a cuatro años de edad. Durante este período el niño tiene dificultad de adaptarse a nuevas situaciones y sus estados emotivos intensos llegan al máximo grado. La conducta negativa tiende a disminuir en los niños mayores de cuatro años y podemos esperar de ellos una buena conducta y

cooperación.

Entre los niños pre-escolares y de primaria no se ha encontrado diferencias considerables según el sexo, en los niveles de miedo y conducta negativa. Los estudios realizados por Wright demuestran que entre los niños más grandes de ambos sexos, un mayor porcentaje de niñas se califican a sí mismas como miedosas. Esto no implica que las niñas sean menos cooperativas que los niños.

5.1.2. ANSIEDAD MATERNA

Una significativa relación fue observada entre el comportamiento de los niños en una experiencia dental y el nivel de ansiedad de sus madres. Se ha encontrado que los niños de madres muy ansiosas tienden a ser miedosos y menos cooperativos que aquellos de madres no ansiosas.

Melamed sostiene que en la primera visita dental existe una relación marcada entre la ansiedad materna y el comportamiento del niño. Esta relación ha sido observada clínicamente en niños de secundaria, pero parece ser que la relación es más marcada en niños menores de once a doce años. Algunos investigadores sostienen que la relación entre ansiedad materna y comportamiento infantil es válida únicamente en la primera visita y que en las subsiguientes el efecto desaparece.

Es importante recordar que aunque existe una relación positiva entre ansiedad materna y comportamiento infantil, no podemos deducir que la primera da origen a la segunda. No podemos decir que todas las madres ansiosas transmiten esta ansiedad a sus niños. Además, la relación entre estos dos factores no es una regla general. No todas las

madres ansiosas tienen hijos ansiosos y viceversa. Sin embargo, el reporte de ansiedad materna es útil porque nos ayuda a predecir la res-puesta del niño ante la primera visita dental. Basta preguntar a la madre que califique su propia ansiedad acerca de la visita dental del pequeño. La respuesta nos indicará su grado de ansiedad y junto con los demás factores podremos pronosticar la conducta del niño.

5.1.3. NIVEL SOCIOECONOMICO

Los investigadores Infante y Owen han encontrado diferencias muy marcadas en las actitudes acerca del tratamiento dental según la clase socioeconómica. Se sabe que las personas de bajos recursos económicos y de bajo nivel educativo tienden a acudir al Cirujano Dentista con menor frecuencia que los de mayores recursos y nivel educativo. Las personas de clase socioeconómica baja tienden a acudir al Dentista cuando ya no toleran el dolor ocasionado por un diente, es decir, vienen con nosotros en la etapa avanzada y aguda de la enfermedad. Por lo tanto, el tratamiento dental que se efectuará será extenso y algo doloroso. Dentro de este grupo la incidencia de extracciones dentales es sumamente alta debido a dos factores:

- 1) Porque el paciente tiene lesiones cariosas de cuarto grado y/o movilidad dental de tercer o cuarto grado.
- 2) Porque el paciente prefiere que se le extraiga el diente en vez de someterse a un tratamiento más conservador.

Se ha encontrado que las personas de la clase socioeconómica baja reportan más miedo ante el tratamiento dental que las de clase media y alta. Encontramos también que los niños de familias de bajos recursos

y niveles escolares, tienden a demostrar un mayor grado de ansiedad y son menos cooperativos durante la visita que los niños de clase socio-económica media y alta.

5.1.4. EXPERIENCIAS MEDICAS PREVIAS

La información acerca de las visitas médicas del niño puede ayudar a predecir la conducta del pequeño en la primera visita dental. Es importante saber cuántas veces se ha llevado al niño con el médico y cuánto tiempo ha transcurrido desde la última visita. Pero por medio de estos datos únicamente, no se puede hacer un pronóstico válido. Debemos informarnos acerca de la calidad de esas visitas, o sea, si fueron experiencias agradables o dolorosas. Aquel niño que ha tenido experiencias médicas negativas, suele ser más miedoso y menos cooperativo durante la primera visita dental. La actitud del niño acerca del personal médico es también un factor que se debe tomar en cuenta. Aquellos niños que anticipan la visita médica sin miedo, generalmente son pacientes más cooperativos que los niños que anticipan la visita con temor.

5.1.5. CONOCIMIENTO POR PARTE DEL NIÑO DE SU ESTADO DE SALUD BUCAL

Los estudios llevados a cabo por Wright y Alpernn, señalan que existe una relación entre las creencias que tiene el niño acerca de su estado de salud oral y el comportamiento que manifiesta durante la visita. Aquellos niños que perciben problemas respecto a su salud oral tienden a ser menos cooperativos durante el tratamiento que los niños que se creen en buen estado de salud oral. Esta tendencia se presenta tanto en niños pequeños como grandes. Algunos investigadores sostie-

nen que la ansiedad materna transmitida al niño es el factor determinante. Si los niños que están conscientes de sus problemas dentales tienden a ser menos cooperativos que los niños que no perciben problemas, entonces debemos procurar educar a las madres para que lleven a los niños a la consulta antes de que se presenten estos problemas.

Para obtener esta información sería necesario preguntar a los padres de nuestros pacientes infantiles. Se han diseñado cuestionarios escritos para los padres, los cuales deben ser contestados antes de comenzar el tratamiento. Una vez contestados, el Cirujano Dentista debe revisarlos y consultar con los padres en caso de que haya duda.

5.2. TECNICA PREOPERATORIA DE MANEJO CONDUCTUAL DEL PACIENTE INFANTIL.

Presentamos un cuestionario que mide el grado de ansiedad materna que podría tener la madre de un paciente infantil.

- 1). ¿Cómo piensa usted que su hijo reaccionó ante experiencias médico-dentales en el pasado?.
 - a). Muy mal.
 - b). Moderadamente mal.
 - c). Moderadamente bien.
 - d). Muy bien.

- 2). ¿Cómo piensa usted que su niño reaccionará ante esta experiencia?.
 - a). Muy mal.
 - b). Moderadamente mal.
 - c). Moderadamente bien.
 - d). Muy bien.

- 3). ¿Cómo califica su propia ansiedad (temor, nerviosismo en el momento)?.
 - a). Alta.
 - b). Moderadamente alta.
 - c). Baja.

- d). Moderadamente baja.
- 4). ¿Cómo califica la ansiedad de su hijo?.
- a). Alta.
 - b). Moderadamente alta.
 - c). Baja.
 - d). Moderadamente baja.
- 5). ¿Cree su hijo que tiene algún problema dental como caries, diente fracturado, etc?.
- a). Sí.
 - b). No.
- 6). ¿Durante el año pasado ha estado su hijo en contacto con - alguien que haya tenido una experiencia dental desagradable?.
- a). Sí.
 - b). No.
- 7). ¿Durante los últimos dos años las visitas médicas que ha - tenido su hijo han sido.....?.
- a). Siempre agradables.
 - b). Generalmente agradables.
 - c). Generalmente desagradables.

- d). Siempre desagradables.
- 8). ¿Durante los últimos dos años su hijo ha esperado la consul
ta médica....?.
- a). Con mucho miedo.
- b). Con poquito miedo.
- c). Sin miedo.
- 9). ¿En los últimos dos años su hijo ha experimentado dolor como
consecuencia del tratamiento médico....?.
- a). A menudo (tres veces o más).
- b). Ocasionalmente (una o dos veces).
- c). Nunca.

Figura 5-1- Cuestionario de ansiedad materna de Johnson y Baldwin.

También podemos obtener algunos datos muy importantes del propio niño. Se han diseñado varios cuestionarios que pueden ser utilizados en la práctica dental para evaluar el estado emocional del niño. Los cuestionarios escritos y orales tienen una gran desventaja, ya que los niños pequeños todavía no han desarrollado sus habilidades psico-motoras y verbales a tal grado para poder comprender y responder correctamente a las preguntas. Por este motivo se han elaborado medidas de autoreporte que consisten en caricaturas de niños con diferentes grados emotivos. Se le presentan al niño un par de caricaturas, cada una de las cuales varía de acuerdo a la emoción mostrada y la intensidad de la misma. Se le pide al pequeño que seleccione la figura que más se parece a él en ese momento. Se ha utilizado esta medida de autoreporte exitosamente con niños de dos a catorce años de edad y los datos obtenidos son válidos y confiables. Tiene la gran ventaja de que puede ser aplicado en el consultorio dental y puede proporcionar datos muy importantes acerca del estado emocional del pequeño, así como, el comportamiento que podemos esperar de él durante el tratamiento dental.

Se sabe que la primera visita dental puede ser una experiencia difícil y desagradable para el pequeño. Con el fin de reducir estos problemas, será necesario preparar tanto al pequeño como a sus padres para la primera experiencia dental. Se han elaborado varios métodos para lograr esta meta. Puesto que todos los métodos involucran tiempo, esfuerzo y gasto por parte del Cirujano Dentista, mencionaremos únicamente aquellos métodos que han sido comprobados eficaces en reducir ansiedad y conducta negativa y son los siguientes:

1. Hoja de instrucción para los padres
2. Visita de reconocimiento
3. Introducción y explicación

4. Modelamiento

5.2.1. HOJA DE INSTRUCCION PARA LOS PADRES

Ya señalamos la relación positiva entre las actitudes de los padres ante el tratamiento dental y el comportamiento del niño durante la vista. Estas actitudes suelen ser transmitidas cuando los padres preparan al niño para la visita dental. Aquellos niños que han estado preparados correctamente tienden a ser más cooperativos que aquellos que no fueron preparados. Esta preparación consiste en pláticas con el niño acerca de lo que hace el Cirujano Dentista y de lo que implica el tratamiento dental.

El objeto de dicha preparación es reducir los estados emocionales negativos que podría tener el pequeño respecto al tratamiento dental. Parece ser que muchos padres en lugar de aliviar estas emociones, las agrandan, debido a la preparación inadecuada o deficiente brindada al niño. En un estudio realizado por Ingersoll y sus colaboradores, se demostró que el grado de ansiedad y aprehensión del pequeño tiende a aumentar como resultado de la preparación paternal. De aquí podemos deducir que las actitudes y criterios negativos de los padres contribuyen a producir grados mayores de miedo y ansiedad en el niño. El padre que no sabe "qué es lo que hace el Cirujano Dentista" o que piensa que se va al Cirujano Dentista para "sacar las muelas", no será la persona adecuada para preparar al niño. Los niños preparados en esta forma serán menos cooperativos que aquellos niños a los que se ha explicado que el Cirujano Dentista se encarga de cuidar la salud oral y "arreglar" los dientes.

Entonces el Cirujano Dentista se ve obligado a educar a los padres para que ellos a la vez puedan preparar a sus hijos para la visita dental. Para lograr esta meta se han diseñado hojas de instrucciones para los padres que son enviadas a la casa de los niños tres o cuatro días antes de la consulta. Este método ha sido utilizado exitosamente por muchos Cirujanos Dentistas. Cuando éstas hojas de instrucción se envían antes de la primera visita, los padres reportan que las instrucciones les ayudan para preparar al niño, los niños suelen ser más cooperativos y hay menos cancelaciones.

La hoja de instrucción no debe ser ni demasiado larga ni muy complicada. En el primer párrafo se ofrecerá la bienvenida tanto a los padres como al niño. Después se proporcionará información respecto a lo que va a ocurrir durante la primera visita. La hoja debe definir el papel del Cirujano Dentista como aquel profesionalista que se encarga de "arreglar" los dientes, conservarlos bonitos y en buena salud.

5.2.2. VISITA DE RECONOCIMIENTO

Algunos investigadores sostienen que un método eficaz para reducir el miedo y ansiedad del niño ante el tratamiento odontológico es citarlo al consultorio antes del comienzo de dicho tratamiento. El objeto de la visita pre-operatoria es familiarizar al niño con el Cirujano Dentista y con el consultorio dental. Mencionamos anteriormente que el ambiente físico del consultorio dental es diferente de los que está acostumbrado. Por lo tanto, tal visita podría servir para preparar al niño y darle a entender lo que se va a realizar durante la primera visita. Por medio de esto podemos reducir su grado de ansiedad y aprehensión. Todo lo que es desconocido al niño, suele provocar en él sentimientos adversos. La visita pre-operatoria junto con los otros métodos prepa-

ratorios, ayudarán al pequeño a familiarizarse con la Odontología.

5.2.3. INSTRUCCION Y EXPLICACION

La mayoría de los investigadores están de acuerdo con respecto a la importancia y beneficio de preparar al niño antes de que se siente en el sillón dental por primera vez. La preparación consiste en enseñarle el consultorio y explicarle la función de cada aparato e instrumento que se encuentra allí. Este método logra los mismos objetivos que el anterior, reduciendo el elemento de desconocimiento y promoviendo actitudes positivas.

La técnica de Diga-Muestra-Haga, ha logrado aceptación mundial porque sirve para preparar al niño para la experiencia dental. Se mostrará al niño la sala operatoria, explicándole todo lo que hay en ella y su manejo, para qué sirve cada cosa, cómo subir y bajar el sillón dental, cómo se enciende la lámpara, cómo se llena el vaso, etc. Después se le enseñará el espejo y para qué sirve, como también, el explorador y las pinzas de curación, dejando que él las tome para que no les tenga miedo.

Pasaremos a la pieza de alta velocidad, le indicaremos al niño cómo funciona y cómo gira la fresa. Después le enseñaremos la pieza de baja velocidad y se le demostrará haciéndole girar en su uña una copa de hule para que sienta cosquillas y sienta que no pasa nada. Se le enseñará la jeringa triple y para qué sirven cada uno de los botones; se le permitirá al paciente que él los oprima y se dé cuenta para qué sirven.

Pasaremos al cuarto de Rayos X, en el cual se le explicará que es una cámara para tomar fotografías de los dientes; se le mostrará su funcionamiento indicándole que cuando se prende el foco rojo es como si fuera el flash de la cámara.

Siguiendo el recorrido, pasaremos a la sala de prevención, en la cual se le indicará que allí se les enseña cómo cepillarse los dientes a los niños. Al pasar al laboratorio se le dirá que es el sitio en donde se guardan los moldes de los dientes de los niños que asisten al consultorio.

La técnica de Diga-Muestra-Haga, tiene como finalidad lograr que el niño en lugar de tener miedo, tenga curiosidad e interés. Para lograr este fin es necesario que el Cirujano Dentista recuerde los siguientes puntos:

1. La explicación del procedimiento al niño debe ser sencilla y breve.
2. El Cirujano Dentista debe demostrar el procedimiento sobre sí mismo o sobre un tipodonto.
3. No se comenzará ningún tratamiento hasta que el niño nos haya comprendido perfectamente.

Algunos clínicos han combinado la técnica de Diga-Muestra-Haga con la de desensibilización sistemática. En esta técnica combinada se presentarán los eventos de acuerdo a la aproximación sucesiva del paciente a la sala de tratamiento. Se emplearán cintas o videocasettes pregrabados. En seguida presentamos un ejemplo de la técnica combinada.

- 1) Pensar en la visita dental.
- 2) Estar sentado en el coche mientras que la madre busca un estacionamiento cerca del consultorio.
- 3) Estar sentado en la sala de espera.
- 4) La enfermera le está avisando que le toca su turno con el Dentista.
- 5) Subir al sillón dental.
- 6) Ver al Dentista sacar los instrumentos que va a usar para arreglar los dientes.
- 7) Ver el explorador en la mano del Dentista.
- 8) Tener colocado el explorador a un lado del diente.
- 9) Tener colocado el explorador en una cavidad.
- 10) Recibir una inyección de anestesia.
- 11) Ver la fresa que se va a colocar en la pieza de mano para cortar los dientes.
- 12) Escuchar el ruido de la fresa en su boca mientras se están preparando los dientes.

Figura 5-2 Jerarquía del paciente infantil de Gale y Ayer

Muchos Odontopediatras y Cirujanos Dentistas de práctica general han reportado que el uso de desensibilización sistemática aumenta el grado de ansiedad en los pacientes infantiles. Se sabe que esta técnica ha sido comprobada de ser eficaz en los pacientes adultos y es lógica

co pensar que sería útil en los niños también. Experimentos controlados con niños demuestran lo contrario. La Doctora Barbara Melamed, investigadora norteamericana, ha encontrado que la desensibilización sistemática tiende a aumentar ansiedad y conducta adversa en un grupo de niños de cuatro a once años sin previa experiencia dental.

¿A qué se debe que la técnica de desensibilización sistemática produzca diferentes resultados en niños y adultos? Para poder responder a esta pregunta debemos tener algunos conocimientos acerca del desarrollo infantil. Los niños —sobre todo, los niños pequeños— no tienen las mismas habilidades verbales y conceptuales que los adultos. El paciente adulto tiene un vocabulario mucho más extenso que el niño. Además, por el hecho de haber vivido más, ha tenido experiencias más variadas, las cuales le ayudan a comprender, imaginar y prepararse para una nueva experiencia. El niño todavía no ha desarrollado estas habilidades a tal grado y por lo tanto, ofrece una respuesta diferente ante ésta técnica.

Algunos investigadores como Wright y Melamed, sostienen que todas las técnicas de introducción y explicación son contraproducentes, ya que "sensibilizan" al niño en lugar de reducir sus estados emotivos desfavorables. Ellos han demostrado por medio de experimentos controlados que la comunicación interpersonal entre el Cirujano Dentista o su asistente y el pequeño fuera de la sala de tratamiento prepara mejor al niño para la visita dental que las técnicas de demostración y explicación dentro del consultorio dental.

Wright realizó un experimento con dos grupos de cinco niños, con el fin de determinar con cuál de los dos métodos se obtienen mejores resultados. En el grupo 1 se emplearon las técnicas de introducción

y explicación dentro de la sala de tratamiento. Los niños del grupo 2 pasaron cinco minutos platicando con la asistente dental en el privado. Los niños del grupo 2 demostraron mejor comportamiento y fueron más cooperativos que los niños del grupo 1. De aquí podemos deducir que es más importante la comunicación interpersonal que la explicación de los procedimientos operatorios. Es más importante que el niño conozca a las personas que le van a atender que los instrumentos y aparatos a los que va a estar sometido.

5.2.4. MODELAMIENTO

El modelismo es la técnica por medio de la cual se permite que los niños sin previa experiencia dental, observen a otros niños que reciben el tratamiento dental sin miedo o conducta negativa. Esta técnica consiste en tener en la sala de tratamiento varios sillones dentales, los cuales estarán distribuidos en tal forma que los pacientes puedan verse unos a otros. El modelismo empleado correctamente cumple dos funciones:

- A) Le enseña al niño lo que puede anticipar durante la visita dental.
- B) Le enseña al niño lo que se espera de él (buena conducta, cooperación) durante la visita dental.

Wright ha notado que muchos niños no saben cómo portarse en el consultorio dental y por medio del modelismo aprenden cómo conducirse por imitar a los niños experimentados.

Actualmente se considera que el modelismo es el método de preparación más eficaz para promover el buen comportamiento del niño ante el

tratamiento dental. Muchos Odontopediatras han aplicado con éxito el modelismo en sus pacientes infantiles, utilizando a los hermanos más grandes como modelos.

Se han logrado buenos resultados también cuando el modelo no es un hermano o pariente del paciente. El requisito más importante es que los niños experimentados sean cooperativos y que no muestren signos de miedo o ansiedad durante el tratamiento. Debido a que no siempre es posible tener modelos en vivo, se le puede presentar al niño películas pregrabadas antes de comenzar el tratamiento dental. Las películas pregrabadas suelen lograr los mismos resultados que los obtenidos con los modelos en vivo. Estudios realizados por Ingersoll demuestran que las películas pregrabadas pueden producir mejoras tanto en las actitudes dentales como en la conducta del paciente infantil.

Para resumir, podemos decir que los métodos preparatorios deben reunir las siguientes características:

- 1) Enseñar al niño lo que puede anticipar durante la visita dental.
- 2) Dar la oportunidad al niño de conocer tanto al Cirujano Dentista como a los miembros de su equipo.
- 3) Enseñar al niño cómo portarse dentro del consultorio dental.

Por lo tanto, se recomienda que el Cirujano Dentista emplee los siguientes métodos de preparación en su práctica dental:

- A) Hoja de instrucción para los padres.
- B) Visita pre-operatoria o plática antes de comenzar el tratamiento

to para que el niño conozca al Cirujano Dentista y a sus asistentes. Esta plática tendrá lugar fuera de la sala de tratamiento.

C) Una película de modelismo.

5.3. MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL DENTRO DE LA SALA DE TRATAMIENTO

Los métodos preparatorios son de gran beneficio en el manejo del paciente. Sin embargo, en muchos casos encontramos que estos métodos no eliminan por completo los problemas conductuales. El Cirujano Dentista que piensa lograr el manejo conductual de su paciente infantil, tendrá que aplicar además de las técnicas que ya mencionamos, otras técnicas. Estas técnicas de manejo conductual se aplicarán cuando el niño esté en la sala de tratamiento. En seguida mencionaremos las técnicas y luego explicaremos la aplicación de cada una y los argumentos en favor y en contra de su uso.

5.3.1. PRESENCIA DE LA MADRE EN EL CONSULTORIO

Actualmente existe mucha controversia respecto a la presencia de la madre en el consultorio dental durante el tratamiento. Cuando se pregunta al niño si prefiere que su mamá se quede con él, la gran mayoría responde afirmativamente. Encontramos que la mayoría de los Cirujanos Dentistas prefieren que la madre no entre a la sala de tratamiento, a tal grado que muchos se niegan a atender al niño cuya madre insiste en quedarse durante la consulta. El argumento es que la presencia de la madre:

- 1). Intensifica los estados emocionales del niño.
- 2). Impide que el Dentista establezca un buen "rapport" con el niño, y así lograr su confianza y respeto.
- 3). Promueve la conducta no cooperativa.
- 4). Impide que el Dentista brinde al niño un buen tratamiento dental.

Aquellos Dentistas que prefieren tener la presencia de la madre en el consultorio, sostienen que su presencia ofrece al pequeño un apoyo moral y seguridad. El Doctor Franker, reconocido Odontopediatra e investigador, dice que "el niño recibe el afecto y apoyo de la madre desde que nace. Sería muy adverso para el niño intentar romper esta relación sobre todo en una situación difícil como el tratamiento dental, el cual representa una amenaza potencial tanto física como emocionalmente en contra del pequeño".

La decisión de permitir que entre la madre en la sala de tratamiento, dependerá en gran parte del estado emocional que ella manifieste. La madre con poca ansiedad puede proporcionar al niño apoyo moral y seguridad. En cambio, la presencia de una madre altamente ansiosa puede provocar en el niño sentimientos desfavorables y conducta adversa. Estas madres tienden a expresar abiertamente sus miedos delante del niño. Muchas cierran sus ojos cuando el Dentista está anestesiando al niño o cuando se le lleva a cabo otro procedimiento rutinario. Ellas suelen manifestar movimientos corporales agitados y gestos inapropiados, etc., todo esto delante del niño. En estos casos la presencia de la madre es contraproducente y debe ser evitada a toda costa. Nuevamente vemos la importancia que tiene la valoración psicológica en el manejo conductual del paciente.

Se presentarán casos en que la madre ansiosa insista en quedarse con su hijo, mientras que él recibe el tratamiento dental. El Cirujano Dentista que decida atender a este niño bajo estas circunstancias, debe poner algunas reglas antes de empezar el tratamiento. Estas reglas son:

- 1). La madre observará los procedimientos dentales sin gestos inapropiados y movimientos corporales agitados y expresivos verbales de miedo o ansiedad.
- 2). En caso de algún problema conductual, el Dentista y no la madre, se encargará de él. Muchas madres piensan que es su deber intervenir cuando su pequeño demuestra un mal comportamiento, no obstante situación o lugar. Mientras está recibiendo tratamiento dental, el Cirujano Dentista es la única autoridad y él se encargará de los problemas conductuales. Los esfuerzos por parte de la madre para disciplinar al niño suele confundirlo y distraen al Cirujano Dentista.

5.3.2. HIPNOSIS

El término hipnosis se define como un estado de conocimiento alterado, sueño o catalepsia, el cual es inducido por medio de la sugestión verbal del hipnotista o por medio de la concentración del sujeto en algún objeto. Se sabe que la hipnosis logra buenos resultados en los pacientes adultos. Entonces era lógico suponer que la hipnosis podría ser beneficiosa en el manejo conductual del paciente infantil. Los niños tienen una imaginación bastante amplia, y la facilidad y entusiasmo que entran en su mundo de fantasía les hacen muy susceptibles a la inducción hipnótica que los adultos. Esta susceptibilidad hipnótica llega a su máximo grado en niños entre ocho y doce años de edad.

Las diferencias entre los niños y adultos hacen necesario la modificación de las técnicas hipnóticas. El niño no puede prestar atención por largos ratos y por lo tanto se tendrá que emplear métodos de inducción más interesantes y estimulantes. Aquellos métodos monótonos y repetitivos, los cuales funcionan perfectamente bien con los pacientes adultos, tendrán que ser reemplazados porque les aburren a los niños. Igualmente aquellos métodos de inducción que piden al paciente que se relaje y que cierre los ojos, fracasarán con los niños. A los niños pequeños les gusta la acción y la diversión. Aunque los niños de siete a once años de edad sí responden a la sugestión de cerrar los ojos, no es el método más adecuado para lograr el estado hipnótico.

¿A qué edad se puede empezar a aplicar el método hipnótico con los niños? Wright sostiene que los niños de seis años de edad en adelante responden bien a la hipnosis. Otros investigadores como Morgan e Hilgard mantienen que se puede aplicar la técnica hipnótica en niños de tres a cuatro años de edad siempre y cuando se utilicen sugestiones de fantasía e involucren al niño en sus actividades favoritas.

No siempre será necesario emplear métodos de inducción para lograr el estado hipnótico en los niños, sobre todo cuando los procedimientos dentales que se llevarán a cabo son de menor grado. Los niños responden muy bien a la técnica llamada "confusión sensorial", la cual consiste en clasificar positivamente a todas las sensaciones que va a experimentar el niño durante el tratamiento dental. Por ejemplo, las vibraciones de la pieza de mano generalmente evocan sentimientos desagradables en los niños, pero por medio de la técnica de confusión sensorial el niño asociará las vibraciones de la pieza de mano con la sensación de cosquillas.

5.3.3. TECNICAS DE DISTRACCION

Actualmente la operatoria dental se trabaja por cuadrantes, y esto tiene ventajas tanto para el Cirujano Dentista como para su paciente. En primer lugar el Dentista utiliza su tiempo más eficientemente y en segundo lugar el paciente tiene que hacer menos visitas al Dentista. La desventaja de la Odontología Infantil de trabajar por cuadrantes es que las consultas largas tienden a aburrir y cansar a los niños. Es difícil que un niño se siente tranquilamente en el sillón dental por largos ratos. Como hemos mencionado anteriormente, a los niños les gusta la acción y por lo tanto, se distraen fácilmente. Se ha encontrado que aún los niños muy cooperativos, tienden a aburrirse y volverse inquietos durante las consultas largas.

¿Cómo se pueden evitar estas consecuencias? Muchos autores han promovido el uso de videocassetes para distraer al niño mientras que lo está atendiendo el Cirujano Dentista. Actualmente en el mercado comercial los precios del equipo de video son muy razonables y dentro del alcance de muchos. Su adquisición representa una inversión inteligente ya que puede ser utilizado de muchas maneras. Se puede colocar el monitor del video frente al sillón dental para que el niño pueda verse en la pantalla. A los niños les gusta verse en la televisión y esto les puede entretener por largos ratos mientras se efectúa el tratamiento dental. Como otra opción, se les puede ofrecer a los niños programas de caricaturas pregrabados. Si tenemos un buen surtido de programas, el niño podrá seleccionar el programa que más le guste.

Los experimentos realizados por Ingersoll comprueban la eficacia de las caricaturas pregrabadas para mejorar el comportamiento infantil durante el tratamiento odontológico. En un grupo de diez niños de cinco a nueve años de edad clasificados como no cooperativos, el uso de

programas de caricaturas, redujo la conducta no cooperativa en 70% de los casos.

Si no hay la posibilidad de adquirir el equipo de video, se puede usar una televisión. Esta tiene la desventaja de que el niño no podrá seleccionar el programa que le guste y tendrá que conformarse con los programas que transmiten los canales en ese momento. En lugar de la televisión se puede utilizar cintas pregrabadas de canciones o cuentos, las cuales el niño podrá escuchar con los audífonos.

5.3.4. EL USO DE PREMIOS Y CASTIGOS

Una de las técnicas más eficaces de modificar la conducta de un individuo es por medio de premios y castigos. Estos sirven para reforzar la conducta. Las consecuencias que prosiguen una conducta, juegan un papel muy importante en el aprendizaje, y el uso de consecuencias positivas y negativas suelen producir cambios conductuales en nuestros pacientes.

La mayoría de los investigadores en el área de Odontología Conductual sostienen que el uso sistemático de consecuencias inmediatas ayudan a enseñar a los niños a portarse apropiadamente dentro del consultorio dental. Sin embargo, en la actualidad existen muy pocos datos para comprobar este criterio. Se ha aplicado el uso de consecuencias en otras áreas de conducta infantil, como entrenamiento de baño, problemas de lenguaje, etc.

Kohlenberg, Greenberg, Reymore y Hasi, han publicado un artículo titulado "La modificación de la conducta y el manejo de pacientes re-

trasados mentales". Estos investigadores experimentaron con un grupo de quince niños retrasados mentales, cuya conducta ante el tratamiento dental era tan adversa y agresiva que ningún Dentista les podría atender sin anestesia general. Cada vez que los niños cooperaban con las indicaciones del Cirujano Dentista, se les regalaba un vaso de jugo de naranja. Después de dos sesiones de entrenamiento de 45 minutos, se reportaron mejorías considerables en la conducta de los niños.

Existe mucha controversia acerca del uso de técnicas adversas para lograr el manejo conductual de los pacientes infantiles. Casi todas las escuelas de Odontología enseñan a sus alumnos tanto las técnicas de aversión como los medios físicos para lograr la cooperación del niño. Una de éstas, llamada la técnica de "mano sobre boca", ha recibido amplia aceptación. La técnica consiste en:

- 1) Colocar mano sobre boca.
- 2) Colocar mano sobre boca y nariz.
- 3) Colocar toalla previo a la colocación de la mano sobre la boca.
- 4) Colocar toalla previo a la colocación de la mano sobre la boca y nariz.

Muchos autores están en contra del uso de técnicas adversas porque creen que los riesgos y consecuencias a largo plazo sobrepasan los beneficios inmediatos de cambio de comportamiento del niño. En la Psicología Experimental existe el postulado de que la eficacia del castigo está directamente en proporción con su intensidad. Esto quiere decir que el castigo leve no producirá cambios conductuales permanentes en los pacientes, y que solamente el castigo de mayor intensidad puede producir éstos cambios. Si es válido este postulado, entonces no puede

mos esperar lograr la cooperación del paciente infantil, a menos que empleemos medidas drásticas y esto implicará problemas de ética profesional. El castigo de alta intensidad suele ocasionar respuestas condicionadas negativas a cualquier estímulo presente durante el castigo. El castigo fuerte puede dar como resultado respuestas de miedo ante to dos los aspectos relacionados con el tratamiento dental, incluyendo el Cirujano Dentista mismo.

Estas respuestas negativas del paciente son a veces menos deseables que las conductas que se intentó eliminar por medio del castigo.

El tiempo es otro factor que determina la eficacia del castigo. A través de muchos años de investigación y experimentación, se ha llegado a la conclusión de que el castigo es más eficaz cuando se aplica inmediatamente después de cada respuesta negativa. Si se deja pasar mucho tiempo entre el evento y el castigo, la eficacia del castigo se disminuye proporcionalmente. Este postulado nos indica que si no castigamos al niño antes de que haga berrinches, el castigo no será válido; lo cual implica que tenemos que aplicar castigo ante toda respuesta negativa. Esto también nos trae problemas de ética profesional. La opción sería aplicar castigos fuertes después de cada evento negativo. Por razones obvias, esta opción no es aceptable.

La investigación sobre el uso de reforzadores negativos ha demostrado que algunas veces el castigo en lugar de mitigar las respuestas no deseables, las intensifica. Experimentos realizados por Wright, señalan que los castigos verbales y no verbales, crítica y culpabilidad, y las técnicas adversas, tienden a intensificar el grado de conducta negativa en los niños. En cambio, se encontró que cuando existía una buena relación Dentista-niño, era suficiente darle al niño instruc-

ción y retroalimentación. Generalmente es contraproducente utilizar medidas físicas como las técnicas de aversión o medidas verbales como amenaza, culpabilidad o burla para producir cambios conductuales en los niños. Estos castigos empeoran la relación Dentista-paciente y puede tener consecuencias más graves cuando ya sean adultos, ya que podrían convertirse en pacientes que evitan la consulta a toda costa.

Entonces, ¿por qué se utiliza el castigo tan frecuentemente en la práctica dental? Se utiliza tanto porque lo que les interesa a muchos Dentistas es el beneficio inmediato, o sea, el cambio de conducta inmediato ocasionado por el castigo. Desgraciadamente, no les interesa tanto las consecuencias negativas que suelen surgir de estos procedimientos. También debemos tomar en cuenta que el cambio de conducta del niño refuerza al Dentista que administra el castigo y aumenta la posibilidad de que lo utilizará en el futuro, cada vez que se enfrente con un problema conductual. El Cirujano Dentista que utiliza técnicas de aversión sí logra frenar el berrinche en la mayoría de los casos; pero los efectos colaterales ocasionados por estos métodos pueden intensificar la conducta negativa en el futuro, o dar origen a otras conductas más negativas que las primeras.

Ingersoll ha observado que muchos adultos interactúan con los niños de una manera forzada o artificial. Algunos les hablan en un tono de voz muy alto, otros les hablan en forma de canción o verso, mientras que otros lo hacen muy despacio, con una pronunciación muy exagerada, como si el niño estuviera sordo o retrasado mental. Esta forma de comunicación no es muy adecuada. Los niños tienden a responder más favorablemente cuando se conserva el mismo tono de voz que se usa en pláticas con adultos.

Como hemos dicho anteriormente, existen ciertas diferencias entre

el niño y el adulto en cuanto a desarrollo psicomotriz, las cuales se deben tomar en cuenta. El niño no cuenta con un vocabulario muy extenso y sus habilidades conceptuales son también algo limitadas. Los niños viven en el presente y no suelen proyectarse en el futuro. Para los niños pequeños el dolor asociado con el tratamiento dental es lo que les importa porque ocurre en ese momento. El beneficio que se adquiere a largo plazo no les importa porque no consideran los eventos futuros.

Los psicólogos infantiles sostienen que los niños describen a las personas y cosas que les rodean con una franqueza y sinceridad. Son honestos y al menos que les enseñen lo contrario, no saben mentir. Cuando un adulto les promete algo, los niños lo consideran sagrado. Sabemos que difícil es razonar con un niño cuando se le promete algo y no se puede cumplir por alguna circunstancia.

Por eso es tan importante ser honestos con nuestros pacientes infantiles. Si el Cirujano Dentista le dice al niño "abre tu boca, sólo quiero ver tus dientes" y después sin avisar al niño procede a colocar la fresa sobre la superficie de un diente, el niño percibirá al Dentista como una persona deshonesto y se perderá la confianza y respeto del niño. En este caso el Cirujano Dentista cometió el error de no preparar al niño para el procedimiento que se iba a llevar a cabo. Para evitar que ocurran tales acontecimientos, podemos decir al pequeño "voy a examinar tus dientes y después veremos si necesitas algo más".

Algunos investigadores sostienen que el Cirujano Dentista debe emplear eufemismos cuando habla de cosas que pueden provocar miedo o ansiedad en el niño. Los eufemismos son palabras o frases que se utilizan para suavizar una idea y que el niño puede comprender y asimilar. Ellos insisten que las palabras que inspiren miedo deben ser suprimi-

das.

Tenemos ciertas palabras que pueden ser cambiadas como:

Inyección	"piquete de mosco", "pellizco"
Fresa	"avioncito"
Sillón dental	"sillón de astronauta"
Aparato de Rayos X	"cámara fotográfica"
Cono de Rayos X	"trompa de elefante"
Caries	"animalitos que comen las muelas"
Anestesia	"para dormir los dientes"
Dique de hule	"impermeable"

Los autores Till y Brearly están en contra del uso de eufemismos. Dicen que esta terminología es engañosa y no profesional. Estos autores mantienen que el Cirujano Dentista como educador se ve obligado a enseñar a los niños el significado de palabras como anestesia, preparación y restauración. No existen datos para apoyar ninguna de las dos teorías y por lo tanto, el Cirujano Dentista tendrá que utilizar su criterio. Por supuesto que palabras como dolor y aguja deben ser reemplazadas por palabras más suaves para no evocar estados emocionales intensos en los pacientes.

Además de las técnicas preparatorias utilizadas para enseñar al niño como portarse en el consultorio dental, se le debe proporcionar instrucción y retroalimentación durante la consulta. Ha sido comprobado que las instrucciones específicas dadas por el Cirujano Dentista y la retroalimentación inmediata son medidas más eficaces de lograr cooperación, que adulación, coerción o preguntas retóricas. Muchas veces las instrucciones verbales acompañadas por un ejemplo, suelen evocar

conducta cooperativa.

a). El niño tímido. Es importante saber cómo manejar este tipo de niños. Con el fin de lograr una comunicación con el niño, la mayoría de los adultos comienzan a burlarse de su timidez y a tomarle el pelo. Estos métodos de comunicación suelen fracasar y muchas veces son la causa de que el niño sea más tímido. Wright ha encontrado que los niños tímidos tienden a responder cuando el Cirujano Dentista dirige su atención a la madre del paciente. Periódicamente, sin interrumpir la conversación, el Cirujano Dentista mirará al niño e inmediatamente se retirará este contacto visual y regresará su atención a la madre. Al principio el niño se retirará más porque se siente ignorado y suele voltearse y ocultarse. Pero la mayoría de los niños empiezan a esperar ansiosamente la siguiente mirada del Cirujano Dentista y comienza a sonreír.

b). El niño tenso-cooperativo.

El término tenso-cooperativo se refiere a aquellos niños que cooperan y siguen instrucciones, pero al mismo tiempo demuestran signos notorios de tensión y miedo ante el tratamiento. Es importante que el Cirujano Dentista sepa identificar y manejar a estos niños, porque la tensión los hace más sensibles al dolor y esto a su vez intensificará su ansiedad, creando así un círculo vicioso.

El niño tenso-cooperativo necesita saber que el Cirujano Dentista reconoce y acepta sus sentimientos, y aún más importante, que no pien-

se menos de él porque guarda estos sentimientos. El niño actuará madura y valientemente y tratará de ocultar su miedo y ansiedad. Muchas veces la influencia de sus padres y/o compañeros le hace creer que el miedo no es un sentimiento socialmente aceptable. No se debe decir al niño "está bien sentir miedo" o "muchos niños de tu edad se sienten así", porque el niño no lo creerá. Y si lo cree, de todos modos seguirá teniendo temor.

El Cirujano Dentista debe mostrar que comprenden los sentimientos del niño y que sabe que tan desagradable es sentirse así. Hay que asegurarle que procederemos muy despacio y con mucho cuidado. Se debe instruirlo que levante la mano si se siente dolor o quiere descansar un rato.

5.4 EL MANEJO DE LOS PACIENTES INFANTILES ESPECIALES

Algunos de nuestros pacientes infantiles presentan problemas conductuales especiales y por lo tanto se necesita invertir esfuerzo adicional si se piensa lograr el manejo de éstos.

5.4.1. EL NIÑO FUERA DE CONTROL

Lamentablemente los procedimientos y técnicas descritas anteriormente no son muy eficaces cuando se trata del niño de conducta incontrolable. La conducta que presenta este niño es muy diferente que la del niño no cooperativo. Estos niños suelen hacer berrinches al entrar en la sala de tratamiento o al subirse al sillón dental. Su conducta negativa aumenta cuando el Cirujano Dentista procede a atenderlo. Estos niños se acostumbran a llorar, gritar, patalear y pelear con el

fin de evitar el tratamiento dental.

Aún el Cirujano Dentista más paciente suele cansarse ante este problema. Después de diez o quince minutos de estar tratando de calmar al niño, el Cirujano Dentista puede enojarse con el niño y empezar a batallar con él. El Cirujano Dentista debe reprimir el impulso de batallar con el pequeño porque se le puede ocasionar un trauma psicológico. Además el Dentista tiende a sentir culpabilidad y vergüenza por haberse involucrado en la batalla. Cuando la situación llega a tal grado, es mejor terminar la consulta y remitir al paciente con otro Cirujano Dentista.

Actualmente no existen métodos conductuales que puedan ser empleados dentro de la sala de tratamiento para producir cambios conductuales rápidos en niños difíciles. Se cuentan con métodos para reducir tal conducta, pero se tendrá que invertir mucho tiempo y esfuerzo, y por lo tanto no son métodos prácticos para el consultorio dental. Para lograr los cambios conductuales deseados, sería necesario implementar un programa de modificación conductual. Esto consistiría en sesiones de entrenamiento durante las cuales los niños difíciles observarían modelos en vivo, y se les ofrecerá premios cada vez que se aproximen a la conducta adecuada demostrada por el modelo. Puesto que el Cirujano Dentista no dispone del tiempo necesario, sería conveniente contratar a un psicólogo con experiencia en el área de manejo conductual, quien se encargara de implementar y supervisar tales programas. Desde luego que se cobrará honorarios mayores debido a los servicios adicionales brindados al niño.

5.4.2. EL NIÑO DESAFIANTE

El niño desafiante es aquel niño que provoca entre él y el Dentista conflictos al momento de comenzar los procedimientos odontológicos. Algunos de estos niños expresan su desafío verbalmente diciendo "no" o "no quiero". Otros hacen uso de otros métodos más pasivos para comunicar el mismo sentimiento. Estas técnicas incluyen: voltearse la cabeza, mantener la boca cerrada, etc. El niño desafiante quiere mostrar que él y no el Cirujano Dentista, está en control de la situación.

Algunos investigadores han propuesto que por medio de adulación y razonamiento, se puede ganar la cooperación del niño desafiante. Otros sostienen que el Cirujano Dentista debe demostrar su autoridad al niño. Una vez convencido el niño, suele cooperar con el Cirujano Dentista.

Desgraciadamente, estos métodos no han obtenido muy buenos resultados en todos los casos. A veces funcionan, pero muchas otras fracasan y el niño sigue desafiante, con la cabeza volteada y la boca cerrada.

Wright y Morgan han propuesto dos métodos conductuales que pueden ser empleados en caso de que fracasen los métodos más tradicionales. Son los siguientes:

- 1) Sesiones de entrenamiento con modelos en vivo.
- 2) Uso de la Psicología reversa.

El primero es el mismo que se utilizó con los niños fuera de control. Por medio de éste podemos provocar cambios conductuales posi-

vos en los pacientes desafiantes. La desventaja es que requiere la inversión de tiempo, esfuerzo y personal adicional.

El segundo método utilizó la Psicología reversa para lograr la cooperación del paciente. Los pasos a seguir son los siguientes:

- 1) Se comenzará a reflexionar los sentimientos del niño. Por ejemplo: "Estás muy enojado porque tu mamá te lleva al Dentista".
- 2) Una vez captada su atención, se instruirá al niño a demostrar una conducta desafiante. Por ejemplo: "Enséñame que tan enojado estás".
- 3) Se le pide al niño que demuestre otros sentimientos desafiantes como sacar la lengua, pegarse contra el sillón, etc. Cada vez que el niño demuestra tal conducta el Cirujano Dentista debe reforzarla con palabras apropiadas. Por ejemplo: "Muy bien".

Al principio el grado de conducta desafiante tiende a intensificar en la mayoría de los casos. Pero rápidamente los niños se cansan porque su conducta no está provocando o molestando al Dentista. Muchos niños empiezan a reír. Otros parecen confundidos o incómodos. En poco tiempo el niño estará dispuesto a cooperar con el Cirujano Dentista y a recibir el tratamiento dental sin desaffo o resistencia.

Capítulo 6

ASPECTOS CONDUCTUALES EN EL MANEJO DEL PACIENTE SENIL

Uno de los criterios más importantes en juzgar el factor edad de de un individuo, es el estado de su cavidad oral, ya sea su estética, su habilidad para masticar, hablar, pronunciar y la satisfacción individual de tener los tejidos orales en buenas condiciones. Desgraciadamente la boca con frecuencia es la primera parte del organismo que se descuida por los sujetos que padecen de enfermedades crónicas o inhabilitados a causa de la vejez. Se forma un círculo vicioso de negligencia, depresión y mayor negligencia.

Como Odontólogos nos enfrentamos a padecimientos dentales que suelen relacionarse íntimamente con otras enfermedades y/o problemas emocionales.

En los últimos años, el reconocimiento y la consciencia de los beneficios del servicio dental se han incrementado considerablemente. En la actualidad encontramos mayor número de gente que mantiene algunas, o la mayoría de sus estructuras dentarias, hasta una edad bastante avanzada. El Odontólogo se encuentra con problemas más complejos al tratar dichos sujetos que presentan una dentición "mixta" (dientes naturales y aparatos protésicos) y que requieren un plan de tratamiento más amplio y consideraciones más específicas en su manejo post-operatorio. La Odontología geriátrica ya no consta solamente de prostodoncia total, sino de un complejo e intercambio entre especialistas en medicina oral, endodoncia, parodoncia y Odontólogos de práctica general. El objetivo de este capítulo es dar una perspectiva más amplia de algunos de los aspectos especiales de la Odontología geriátrica.

Antes de continuar este tratado, se debe hacer notar lo siguien-

te: Aunque se describen las características de la vejez en términos generales, es imposible caracterizar el "típico" individuo senil. Más que en otro grupo de edades, la vejez representa una amplia variedad de sus componentes desde el punto de vista fisiológico, psicológico, económico y social. Mientras que algunos encajan en el estereotipo de sujetos enfermos, confusos y aislados, otros son activos, sanos e independientes. Con el propósito de entender mejor esto, hagamos dos suposiciones básicas:

a) La edad representa sobrevivencia. Aquellos que viven hasta la edad de 75 años han superado las enfermedades en el transcurso de su vida y suelen presentar múltiples "cicatrices" (enfermedades crónicas) que eventualmente limitan sus actividades cotidianas. La boca a su vez, refleja muchos años de "asaltos" de parte de los microorganismos, mala nutrición, Odontología iatrogénica, etc.

b) Al envejecer, nuestro espacio y contacto con el mundo exterior se vuelve más estrecho por cambios sociales como retiro o viudez y por cambios fisiológicos como declinación de las actividades fisiológicas y de habilitación senso-motoras, como consecuencia la boca se vuelve menos capaz para tolerar los factores y agentes nocivos.

6.1. ASPECTOS SOCIALES DE LA VEJEZ

En las últimas décadas se ha registrado un aumento constante en el índice de sujetos seniles dentro de la población y las estadísticas demográficas sugieren que este incremento se acelerará para el siglo XXII.

Si comparamos el estilo de vida de los hombres al de las mujeres, no es sorprendente encontrar que la mayoría de los individuos mayores de 65 años de edad son mujeres. La mayoría de estas mujeres son viudez

das y viven solas. Ellas continúan viviendo independientemente en la comunidad y reportan un contacto frecuente con los hijos y amigos.

La mayoría de los hombres de edad viven aún con esposa y se desenvuelven en la comunidad, en muchos casos, jubilados; aunque parte de ellos sigue trabajando medio tiempo. La jubilación representa el cambio más drástico para muchos, ya que está relacionada con la reducción de posibilidades económicas y con cambios en el estilo de vida. Aun cuando varios investigadores han explorado la influencia de la jubilación sobre la salud, existen pocas evidencias de que esto produce una depresión u otros disturbios psicológicos o fisiológicos.

A pesar de los estereotipos, solamente una pequeña proporción de los individuos de edad mayor está en instituciones de asistencia; la gran mayoría de la asistencia la proveen los familiares de estos en casa.

Es un hecho muy conocido que el número de las inhabilidades y condiciones crónicas se incrementan con la edad; la mayoría padecen por los menos de una enfermedad crónica. Sin embargo, más de 50% de los sujetos reportan que su nivel de actividades es satisfactorio. En un estudio realizado por Wilder en 1969, solamente 16.4% de ancianos indicaron que son incapaces de llevar a cabo la mayoría de las actividades cotidianas. Se encontró que los individuos que no tuvieron suficiente cuidado en su juventud son los más inhabilitados en años futuros.

Se ha estimado que las parejas seniles después de su jubilación, requieren para mantenerse un ingreso equivalente a 75% de su ingreso de prejubilación. Entre la población actual de ancianos, menos de 30% poseen un ingreso aparte del Seguro Social y que a su vez equivale solamente a 45% del ingreso de prejubilación para parejas y 30%

para individuos. Por la marcada declinación en sus ingresos, muchos ancianos buscan un empleo satisfactorio para poder cubrir sus gastos diarios, que incluyen además el servicio médico o dental. Los servicios de salud que no son cubiertos totalmente por los servicios sociales como el servicio dental, con frecuencia se ignoran o se abandonan.

6.2 ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA VEJEZ

El estudio de la psicología de la vejez abarca varias áreas: procesos sensorio-perceptuales, psicomotores, cognocitivos, impulsos, motivos, personalidad y procesos sociales.

Cada uno de los temas mencionados es importante, pero lo esencial para el Cirujano Dentista son los cambios sensorio-perceptuales, motores y la función cognitiva. De acuerdo a esto, discutiremos solamente los cambios que son de interés desde el punto de vista odontológico.

6.2.1 CAMBIOS SENSORIO-PERCEPTUALES

Probablemente en ninguna otra área de la psicología las evidencias tanto clínicas como de investigación, son tan contundentes. Al envejecer simplemente no podemos ver, escuchar, tocar, probar u oler como lo hacíamos en nuestra juventud. Nuestra capacidad sensorial, en los cinco canales, disminuye notoriamente desde una edad relativamente temprana. Obtenemos nuestras capacidades óptimas en los veintes, mantenemos este nivel por varios años y posteriormente nos encontramos en una declinación gradual pero constante. El índice de la declinación varía de un sentido a otro y es totalmente individual. La capacidad visual, por ejemplo, parece que disminuye rápidamente después de la edad de 45 años; mientras que la capacidad olfativa suele mantenerse buena hasta los 70 años.

Por el hecho de que los cambios ocurren en una forma gradual, se

desarrollan mecanismos compensatorios de adaptación; por ejemplo: se acerca más a la gente o a los objetos para ver o para escuchar, se utilizan signos no verbales como las distintas orientaciones del cuerpo, aditamentos para mejorar la vista o la audición, etc. Sin embargo, los mecanismos compensatorios, tanto internos como externos, se hacen muy difíciles si la declinación en cada uno de los sistemas es severa o si la capacidad sensorial se deteriora simultáneamente.

La mayoría de los cambios en la visión relacionados con la edad se atribuyen a los cambios en la córnea, cristalino y retina. La acomodación o la habilidad de enfocar de cerca o de lejos disminuye, el cristalino se vuelve más denso, pierde elasticidad y suele volverse totalmente opaco y no permite el paso de los rayos de la luz. Otros problemas visuales asociados con la vejez son la pérdida de sensibilidad para la recepción de algunos colores, mayor susceptibilidad a la luz brillante, problemas con niveles muy bajos de luz y con adaptación a la obscuridad, así como, la reducción en la percepción de profundidad. El aumento de la sensibilidad a la luz brillante se debe al incremento gradual en la opacidad de los cristalinios, al cambio en la curvatura de la córnea, a la irritación de la misma y en algunos casos, a alteraciones en el humor vítreo.

En lo que se refiere a la audición, se reconoce que la causa más común de la deficiencia auditiva en la vejez es la presbiacusia (presbiacosis) o la pérdida bilateral progresiva en la habilidad de escuchar tonos de alta frecuencia. Se estima que 16% de la población mayor de 65 años sufre de presbiacusia avanzada, mientras que más de 50% padecen de ligera pérdida de la audición. Los individuos con antecedentes de exposición a ruidos de alta frecuencia y volumen (habitantes de grandes ciudades o trabajadores de fábricas) muestran mayor declinación de audición en edad avanzada que aquellos provenientes de

zonas rurales' de poco ruido. Esta es la razón por la cual las mujeres generalmente muestran menor declinación que los hombres. Uno de los métodos compensatorios de este defecto es simplemente aumentar el volumen por medio de aditamentos especiales. La dificultad que presentan dichos aparatos es el aumento respectivo del volumen de los ruidos de fondo y para superarlo los científicos están constantemente pendientes del mejoramiento de los aparatos de audición. Las modalidades de olor y de gustar de los ancianos presentan mayor controversia entre los autores; mientras que la mayoría coinciden en que la sensibilidad gustativa empieza a bajar después de los 55 años, las diferencias en sus métodos de investigación podrían producir datos diferentes o falsos. Richter y Campbell en su artículo "Sucrose taste thresholds of rats and humans", publicado en 1940, encontraron que adultos mayores, entre 52 y 82 años, necesitaban mayores concentraciones de sacarosa para poder identificar el sabor dulce, que los niños o sujetos jóvenes. Resultados similares fueron encontrados por Byrd y Gertman en 1959, con respecto a otras tres calidades primarias de gusto, aunque la sensibilidad al sabor ácido o amargo disminuían posteriormente. En estudios más recientes utilizando procedimientos psicofisiológicos, en 1970, Hermen, Schomuetler y Samueloff encontraron cambios mínimos, mientras que Hughes en 1976 encontró una disminución constante en la sensibilidad del sentido del gusto. Los medicamentos, especialmente aquellos suministrados en altas dosis, suelen alterar también la sensación del gusto y la satisfacción del individuo de gozar la comida.

Las evidencias referentes a la pérdida gradual de las sensaciones olfatorias son aún más contradictorias. Mientras que Kimbell y Furchgott en 1963, encontraron una diferencia individual significativa, Chalke, Dewhurst y Ward sugieren que la edad es un factor importante en los cambios olfatorios y gustativos, pero la salud y el tabaco suelen afectar los resultados. El deterioro de las sensibilidades

olfatorias y gustativas pueden disminuir drásticamente la capacidad de gozar la comida (vid. supra.); este problema se agrava si el sujeto presenta simultáneamente alteraciones en las funciones auditivas y/o visuales. Dichos factores contribuyen a la reducción del apetito y el interés por la comida, lo que se traduce en una pobre nutrición y hábitos dietéticos deficientes.

6.2.2 FUNCION PSICOMOTORA

A pesar de que la incidencia de problemas de movilidad es mayor entre los ancianos, la edad por sí sola no es la causa de las inhabilidades motoras. Enfermedades como artritis, parálisis, alteraciones cardiovasculares o daños cerebrales, pueden afectar a ambos mecanismos responsables de la movilidad —el periférico y el central—. Se ha estimado que uno de cada cinco individuos mayores de 65 años presenta alguna limitación en sus actividades diarias, aunque solamente 5% está en cama. El 15% restante puede moverse mediante aparatos mecánicos o con la ayuda de otras personas.

El nivel máximo de resistencia individual bajo esfuerzo constante se reduce con la edad. Se ha encontrado que la máxima resistencia a la edad de 70 años es de 64.5 a 83.6% de la capacidad máxima a la edad de 25 años. Esto sufre una caída hasta el 50% a la edad de 80 años, aunque sujetos mayores que se mantienen físicamente demuestran mucho menos decaimiento en su capacidad física. Finalmente, los ancianos presentan un tiempo de reacción más lenta tanto en recuperación por alto como por bajo esfuerzo. Se han propuesto varias hipótesis para explicar dicha reducción, como son: la pérdida neuronal, disminución en la velocidad de conducción de los impulsos nerviosos y el flujo sanguíneo, pero los datos se encuentran

inconclusos todavía como para contestar a estos problemas tan importantes.

6.2.3 COGNICION

La creencia popular dice que la edad no tiene efecto alguno sobre la memoria inmediata o la memoria del pasado lejano. Los estudios de laboratorio soportaron dicha hipótesis y demostraron que ocurre poca declinación, o aún nula, de la memoria inmediata a causa de la edad. Desgraciadamente es mucho más difícil estudiar la memoria del pasado lejano. Se encontró que la memoria inmediata en la vejez es afectada cuando la información se presenta rápidamente, con brevedad y con interrupciones frecuentes. Cuando se presenta el material de manera estructurada, los sujetos no son peores que los jóvenes en retener y relacionar nueva información.

Aunque se encontró que los sujetos mayores experimentan problemas de aprendizaje verbal, esto suele estar relacionado con las diferencias en la memoria y en el tiempo de reacción. Ancianos con buena salud y coeficiente intelectual elevado conservan su capacidad de aprendizaje. La habilidad para solucionar problemas por diferentes situaciones presentadas se encuentra deteriorada. Las razones de este fenómeno aparentemente son la disminución del tiempo de reacción, susceptibilidad en las interferencias y a los estímulos de sobrecarga, deficiencia en la memoria inmediata, rigidez y la reducción en la capacidad de pensamiento abstracto.

En resumen, concluimos que algunos cambios sensorio-perceptuales, psicomotores y cognitivos son manifestaciones normales del proceso de

envejecimiento. Muchos otros cambios se atribuyen a procesos secundarios como son las enfermedades sistémicas, condiciones ambientales y la precaución que toma el anciano para responder a los diversos estímulos. La acomodación y la percepción de colores y profundidad son los cambios visuales más significativos, mientras que la presbiacusia es un cambio frecuente en la capacidad auditiva.

Además el anciano requiere mayores concentraciones de estímulos para percibir las sensaciones del olfato y del gusto y presenta una declinación notoria de su resistencia física, sus reflejos motores, su memoria inmediata y los procesos de aprendizaje verbal y de solución de problemas presentes.

6.3 ASPECTOS FISIOLÓGICOS, MÉDICOS Y DENTALES DE LA VEJEZ

Los estudios sobre los aspectos fisiológicos de la vejez se han ampliado marcadamente en los últimos años. Desde 1955 se han conducido varias series de estudios en el Centro de Investigación Geriátrica de la Universidad de Duke en Estados Unidos. Los proyectos abarcaron personas desde 20 hasta 96 años de edad, durante períodos variables de 5 a 20 años. Los primeros datos obtenidos fueron los siguientes:

- 1) Los cambios fisiológicos después de los 65 años son graduales.
- 2) Existe una declinación constante con el tiempo, sin embargo, los ancianos funcionan satisfactoriamente aún con el 50% de su sistema orgánico o capacidad tisular.
- 3) No todas las personas envejecen con el mismo ritmo fisiológico.

- 4) Dentro del mismo individuo, diferentes sistemas envejecen con diferentes ritmos.

Un cambio importante es la reducción de la capacidad para responder ante estados de stress o regresar a la homeostacia. Se detectó que los pacientes seniles, aún presentando la misma presión arterial o frecuencia cardiaca, presentaron mayor dificultad para recuperarse de los estados emocionales que los sujetos jóvenes. Así como los cambios en el tiempo de recuperación ante estados de stress, la regularización de la temperatura se presenta como signo notorio de la vejez con tendencias de hipertermia o hipotermia frecuentes. Otro signo, probablemente el más notorio, es la disminución de la eficiencia respiratoria por la declinación en la capacidad respiratoria máxima, en el volumen pulmonar residual y en el consumo del oxígeno. Esto afecta el valor metabólico que se reduce entre los 30 y 90 años, por la disminución del oxígeno combinado con los nutrientes para producir energía, aminoácidos y glucosa. La actividad cardiovascular también se altera con la edad. El corazón bombea más, pero logra menos; las paredes arteriales se tornan más rígidas; la contracción del miocardio se reduce y se puede notar mayor fragilidad capilar. A su vez existen cambios en la presión arterial. Estudios recientes sugieren que la presión sistólica aumenta después de los 65 años, pero la presión diastólica permanece constante. Shock en 1974 informó que el flujo plasmático disminuye en 55% entre los 30 y 80 años, al igual que la circulación renal, filtración glomerular y la excreción tubular.

Existe controversia con respecto a la declinación en la capacidad digestiva y la absorción en el tracto gastrointestinal, sin embargo, es obvio que los niveles del ácido hidroclicórico y de otros líquidos digestivos, decrecen con la edad. La ptialina se reduce en un 20%, la tripsina en 30% y la pepsina en 20%. La movilidad intestinal y del colón declina también, provocando problemas de estreñimiento en la

edad avanzada, al igual que suele afectar la síntesis de los anticuerpos que son los componentes del sistema inmunológico humano.

A nivel de los huesos se encuentran cambios frecuentes por el aumento en la actividad osteoclástica con respecto a la actividad osteoblástica, resultando en una pérdida ósea constante. Existe un adelgazamiento progresivo en los huesos y una reducción global de la masa esquelética que a su vez causan debilidad en el sujeto. La osteoporosis, por ejemplo, se caracteriza por la disminución de la masa esquelética sin alteración de la composición química del hueso y es más común en mujeres después de la quinta década de la vida. El resultado de esta enfermedad es el mayor riesgo de fracturas o alteraciones en la columna vertebral.

Es evidente que el índice de las enfermedades crónicas aumenta con la edad, ya que el incremento de la presión arterial o la disminución en la tolerancia a la glucosa suelen resultar en condiciones patológicas para algunos de los ancianos, pero no para todos; por el contrario, las disfunciones ligeras de la edad mediana pueden producir serios padecimientos en la edad avanzada. Esto incluye obesidad o anemia, que a su vez pueden llevar al individuo hacia problemas de hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias y angina de pecho. La frecuencia de enfermedades pulmonares, bronquitis crónica, fibrosis y enfisema, es cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres. Las respuestas alérgicas se incrementan especialmente ante drogas y productos bacterianos, probablemente por el uso de múltiples drogas durante la vida.

La descripción mencionada tiene varias implicaciones para el Odontólogo y su equipo auxiliar. Primero, es evidente que los pacientes seniles representan un grupo de población diversa, con característi-

cas fisiológicas, psicológicas y socioeconómicas variadas. Sin embargo, podemos decir que en forma general dichos individuos tienden a pertenecer a un nivel económico bajo, a ser menos hábiles para trabajar, más aislados y menos conscientes de sus problemas bucales, ya que su salud general presenta un peligro más evidente. Además, sus arreglos para vivir y su habilidad limitada para la transportación, les provocan mayor dificultad para obtener los servicios dentales requeridos.

Los cambios senso-perceptuales, ya sean visuales o auditivos, demandan mayor sensibilidad de parte del Cirujano Dentista para el desarrollo de la comunicación interpersonal, la descripción de los servicios y los costos de los mismos. La disminución en la actividad psicomotora reduce como consecuencia directa la higiene oral del individuo. Los cambios en otras modalidades sensoriales como en las condiciones médicas, significan un cambio en los patrones nutricionales, así como, en la dieta, la cual juega un papel muy importante en la higiene y en el estado de salud bucal. La comida nutritiva suele no apetecer igual al paladar de los ancianos, requiere mayor tiempo y energía para su preparación y su costo puede parecer demasiado elevado para su bolsillo. Con frecuencia el conocimiento deficiente de los requisitos nutricionales se combina con dichos problemas, que como resultado da una ingestión inadecuada de calcio, hierro y proteínas. Por lo mencionado, es de suma importancia que el Odontólogo conduzca y asesore al paciente en la elección de una buena dieta. Si aparecen alteraciones de la salud de los tejidos orales, la situación socioeconómica, nutricional y psíquica, deben ser determinados. El proceso de envejecimiento patológico de los tejidos bucales es nuestra principal preocupación; es de vital importancia entender el impacto de las condiciones cardiovasculares, circulatorias y artríticas sobre la salud oral y para lograr su manejo satisfactorio se debe con-

sultar con el médico general del paciente para poder integrar todos los antecedentes de su salud general y a su vez efectuar la historia clínica completa y minuciosa junto con estudios de laboratorio requeridos al caso.

Debemos considerar siempre la medicación que toma nuestro paciente para no provocar una interacción indeseada con los medicamentos que recetamos.

Finalmente, existe la necesidad de determinar si los padecimientos crónicos o los medicamentos influyen sobre el tratamiento dental a realizar en el consultorio. Las siguientes preguntas se deben tomar en cuenta:

¿Tiene el paciente un acceso físico al consultorio? ¿Está el paciente ambulatorio o requiere una asistencia mecánica o física? ¿Tiene la capacidad para tolerar citas largas? ¿Cuál será la posición del paciente en el sillón? Esto es particularmente problemático para aquellos sujetos con disturbios neurológicos o musculares.

6.4 EL MANEJO DEL PACIENTE SENIL

Al considerar el manejo de los pacientes seniles debemos familiarizarnos con los problemas dentales más importantes o comunes que presentan. Debemos a la vez prestar la debida importancia a la interrelación que existe entre el Cirujano Dentista y el paciente, así como, entre el Cirujano Dentista y la comunidad.

6.4.1 PROBLEMAS DENTALES COMUNES

a) Enfermedad parodontal.- La enfermedad parodontal y la caries dental son las entidades más perversas, silenciosas y serias que afectan a la dentición natural remanente. La caries dental se inicia comúnmente sobre la superficie radicular; si permanece escondida en el área interdental, la corona entera suele desaparecer en una forma repentina. Es muy común, a su vez, encontrar pacientes con dentición combinada de dientes naturales y aparatos protésicos en los cuales los dientes pilares se encuentran afectados y la prótesis desajustada.

Siempre que el paciente senil presenta dientes pilares afectados, la situación debe considerarse urgente tomando en cuenta el costo y el tiempo para construir un puente o una nueva dentadura completa.

Para poder valorar la etiología de la enfermedad general en los an cianos, se deben considerar los siguientes puntos: Reacción alterada ante estados de stress, nutrición insuficiente o inapropiada, inmunocompetencia alterada y habilidad deficiente para controlar la placa dentobacteriana. La parodontitis es probablemente el padecimiento dental más común que forza al Cirujano Dentista a planear y clasificar la terapia a seguir en una forma sumamente detallada.

Otro problema importante que causa la placa dentobacteriana es la diseminación de bacterias desde la zona bucal hacia el torrente sanguíneo. Esto suele poner en peligro la vida de aquellos sujetos con enfermedades cardíacas, reumáticas, válvulas cardíacas protésicas, ar

ticulaciones artificiales, etc.

b) Disfunciones masticatorias.- La dentadura mal ajustada es el problema dental clásico de la vejez. Esto conlleva a deficiencias nutricionales, desórdenes emocionales y consecuencias sociales.

c) Alteraciones del tejido blando.- El carcinoma de células escamosas suele ser el problema más significativo de los tejidos bucales blandos en la vejez; es menos común que muchas otras lesiones benignas, ya que se estima que el 4% de los pacientes lo presentan y con mayor frecuencia entre la séptima y la octava década. Desgraciadamente la evolución del cáncer bucal generalmente es asintomática y en su etapa de desarrollo suele ser muy difícil diferenciarlo de otros procesos benignos. La mordedura de carrillos, varicosidades de la lengua, labios y carrillos, tejido hipertrófico por debajo de las dentaduras, ulceraciones, queratosis y estado atrófico general de la mucosa, constituyen otros problemas del tejido blando.

d) Problemas iatrogénicos.- Este tipo de problemas se refiere no solamente al Odontólogo sino a los diferentes médicos especialistas o psicólogos que trataron al paciente durante su vida. Algunos de los problemas iatrogénicos suelen aparecer por intentos de solucionar algunos padecimientos sistémicos mediante una terapia inadecuada de pobre diagnóstico intraoral o de un trabajo restaurativo muy deficiente.

Las restauraciones con punto prematuro de contacto, falta de sellado adecuado del material de obturación o falta de contactos interproximales, pueden crear muchos problemas futuros. En prostodoncia total o parcial, el aumento de la dimensión vertical causa alteraciones a nivel de la articulación temporomandibular, acompañadas frecuentemen

te de dolor.

Un problema iatrogenico más severo aún es la medicación incorrecta o la interacción en los medicamentos que toma el paciente con regularidad, ya que no se efectuó una historia clínica o un dialogo cuidadoso.

6.4.2 EL PLAN DE TRATAMIENTO

Según la mayoría de los autores, la clave para el manejo de sujetos seniles es escuchar que dicen, así como, indagar lo que no expresan.

La relación paciente-Odontólogo es uno de los elementos primordiales para lograr y mantener una salud aceptable. Como indicamos anteriormente, los ancianos representan el grupo de edad más heterogéneo de todos. Sus actitudes, nivel de confianza o aceptación, varían desde "Lo que usted diga Doctor" a "Sáqueme esta muela de arriba", o hasta la actitud sospechosa "¿Es usted Dentista, verdad?". Existe una relación directa entre la dependencia del individuo y el plan de tratamiento; mientras más dependa el sujeto de la ayuda ajena, el plan de tratamiento requerirá mayor tiempo para explicaciones, preguntas, dudas y consultas con otros miembros de la familia.

La completa responsabilidad en el manejo del anciano cae sobre el Odontólogo de práctica general, ya que debe coordinar y orientar las diferentes etapas y su desarrollo como partes integrantes del plan. Desde el punto de vista del Odontólogo, la decisión con frecuencia presenta un problema de ajuste del programa de salud bucal a diferen-

tes pacientes con diferentes factores médicos, emocionales y/o económicos. El paciente tendrá grandes expectativas que suelen basarse poco en la realidad influenciadas profundamente por las experiencias odontológicas de la infancia o de la adolescencia. Nuestro paciente, 80 años de edad, suele experimentar todavía las mismas reacciones que presentaba en su adolescencia, particularmente si fueron traumáticas y/o dolorosas. El Cirujano Dentista por lo general está profundamente inspirado por el concepto de lograr un plan de tratamiento ideal, generalmente causado por su educación profesional en la Universidad. Según nuestro criterio, el plan de tratamiento debe ser el mejor posible dentro de las limitaciones emocionales, físicas y socioeconómicas; probablemente muchos Odontólogos pueden recordar aquellos tratamientos que hubieran sido totalmente diferentes si se tomaran en cuenta los factores arriba mencionados.

Finalmente, debemos hacer mención de la importancia que tiene el equipo auxiliar en la preparación, cuidado, atención y transporte del paciente senil durante la cita dental.

El propósito de este capítulo fue dar a conocer todos los factores que hacen al paciente senil diferente de los demás. Desgraciadamente muchos de los puntos mencionados no se toman en cuenta, ya que la preparación del Cirujano Dentista en la rama de la Odontología Geriátrica no está todavía en su nivel óptimo.

El equipo dental, ya sea el Odontólogo y los auxiliares, deben tener una profunda y completa preparación para el manejo adecuado de dichos sujetos. El campo de la Odontología Geriátrica es amplio, no explorado en su totalidad y presenta un reto importante para nuestra profesión.

Capítulo 7

CONSIDERACIONES CONDUCTUALES EN EL MANEJO DEL PACIENTE

INHABILITADO

Cada día el Cirujano Dentista moderno atiende a un número creciente de pacientes inhabilitados. Los datos obtenidos del Censo Nacional pasado, muestran que 15-16% de la población es inhabilitada. Aunque los grados y tipos de inhabilidades varían todas restringen la movilidad, nivel de actividad, y oportunidades de trabajo del individuo. La inhabilidad también influye en las actitudes del individuo hacia la salud y el mantenimiento de la misma.

La población de personas inhabilitadas han aumentado considerablemente durante los últimos 25 años. Gracias a los avances de la medicina, personas con defectos congénitos, hereditarios y adquiridos pueden llegar a una expectativa de vida casi normal. La expectativa de vida de la población, en general, ha aumentado y los problemas de salud tienden a incrementar en el vejez.

El Gobierno Federal por medio de la Secretaría de Salud y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha invertido mucho dinero para crear nuevas fuentes de oportunidades de trabajo para las personas inhabilitadas con el propósito de desinstitucionalizarlos y integrar los en la sociedad. Existe actualmente una campaña creada por el Gobierno Federal y elementos del sector privado, para frenar la discriminación laboral contra los inhabilitados. Los comerciales en la televisión y radio y los anuncios en el periódico tratan de promover la idea que los inhabilitados son personas útiles que pueden contribuir al progreso si se les da la oportunidad. El año de 1981 fue proclamado el "año internacional de los inhabilitados".

Las actitudes que guarda la sociedad acerca de los pacientes inha-

bilitados suelen cambiar gracias a los esfuerzos del Gobierno. Pero en la actualidad todavía existen muchos conceptos erróneos acerca de este sector de la población. Desgraciadamente nuestra profesión también ha sido influida por las actitudes de la sociedad, con el resultado que un alto porcentaje de los inhabilitados no han recibido tratamiento dental adecuado. En los últimos años la profesión dental ha reconocido la necesidad de tomar un papel activo en proporcionar tratamiento dental a las personas inhabilitados y motivarles a práctica una buena higiene bucal. El Cirujano Dentista se ve obligado a comprender a sus pacientes inhabilitados, brindarles consideración especial, y conservar el estado de salud de sus aparatos estomatognáticos.

Las personas inhabilitados padecen de las mismas enfermedades bucales que la población normal. Los inhabilitados presentan caries dental, paradontopatias, problemas de maloclusión, etc. y por lo tanto los procedimientos operatorios que se disponen para solucionar estos problemas son los mismos que se utilizan en el tratamiento dental de personas normales. Entonces ¿cuál es la diferencia entre el tratamiento dental que se proporciona a un individuo inhabilitado y normal?. El tratamiento dental para el inhabilitado consisten en más que solamente la conservación y restauración de sus aparatos masticatorios. Tanto el Cirujano Dentista como sus ayudantes se encuentran obligados a comprender al paciente como un individuo cuyo estilo de vida es restringido por su inhabilidad. El Odontólogo tendrá que conocer las actitudes guardadas por el paciente inhabilitado acerca de su salud corporal en general, y su salud bucal en particular.

Mientras que los pacientes adultos normales se encargan ellos mismos de practicar una buena higiene bucal, acudir a la consulta dental, pagar los honorarios profesionales, y seguir las instrucciones post-operatorias del Cirujano Dentista, muchos pacientes inhabilitados no po-

drán hacerse cargo de estas actividades. Consecuentemente ellos tendrán que depender de otros para poder llevarlas a cabo. En estos casos el Cirujano Dentista tendrá que comunicar eficazmente no solo con el paciente pero tambien con sus miembros familiares y todos aquellos que se encargan del cuidado de él. En ocasiones el Cirujano Dentista tendrá que modificar el plan de tratamiento a las posibilidades del inhabilitado y organizar un plan de tratamiento interprofesional para lograr la rehabilitación completa del paciente.

El brindar tratamiento dental al paciente inhabilitado representa un reto para el Cirujano Dentista y sus ayudantes, pero la satisfacción profesional recompensa los esfuerzos y energía invertidos. La mayoría de los incapacitados pueden estar atendidos en el consultorio dental sin tener que modificar la sala operatoria. Para poder lograr el manejo de estos pacientes el Cirujano Dentista tendrá que conocer las características de las inhabilidades principales, y como estas limitan a las actividades del individuo. El Cirujano Dentista tendrá que adquirir los conocimientos acerca de la Psicología de los inhabilitados y las actitudes que guardan hacia ellos mismos, y hacia el tratamiento dental. Estos conocimientos son indispensables si el Cirujano Dentista espera lograr el buen manejo del paciente, ganar su confianza, motivarlo a cuidar su salud bucal y brindarle un buen tratamiento dental.

7.1. DEFINICION DE LA INHABILIDAD

El término inhabilitado generalmente evoca imagenes de personas institucionalizadas, o aquellos que son confinados a la silla de ruedas, niños con Síndrome de Down, ciegos, etc. El término inhabilitado engloba todos estos casos pero es importante tomar en cuenta que existen personas inhabilitadas de todas las edades, estratos socio-economicos y nivel intelectual. La inhabilidad puede ser muy obvia o puede ser des-

crito como en el caso de sordera o trastornos.

Existe mucho desacuerdo entre las autoridades acerca de ¿qué es una inhabilidad?. Sabemos que muchas personas a pesar de que tienen serios problemas médicos, no prefieren clasificarse como inhabilitados. La definición de inhabilidad propuesta por Ingersoll, ha sido aceptada por los profesionales de la salud como una buena definición operacional. Ingersoll define la inhabilidad como cualquier impedimento físico o mental que limita considerablemente las actividades principales del individuo como alimentarse, vestirse, ejecutar trabajo manual, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender, etc. Las limitaciones físicas y mentales deben ser consideradas en función de la edad y ocupación del paciente. Por lo tanto, un niño con atrofia muscular y que no puede jugar con sus compañeros sería considerado inhabilitado. La ama de casa con artritis reumatoide que no puede llevar a cabo el trabajo doméstico también sería considerada inhabilitada. Igualmente, un señor de edad avanzada, jubilado que sufrió una hemiplegia y como consecuencia no puede llevar a cabo el cepillado dental, se le considera inhabilitado.

Muchas veces se confunden el grado de inhabilidad con la seriedad del trastorno. El grado de inhabilidad es directamente relacionado con el grado que se limitan las actividades y funcionamiento normal. Si a pesar del trastorno, el individuo puede llevar a cabo sus actividades normales, entonces no debe ser considerado como inhabilitado.

En los últimos años, las personas inhabilitadas se han organizado para presionar al gobierno a proteger sus derechos constitucionales. Los inhabilitados representan una minoría a la cual cualquiera podrá -

pertenecer en un momento dado. Las estadísticas muestran que hay más probabilidad que uno o algún miembro de la familia quede permanentemente inhabilitado conforme la edad avanza. Estas organizaciones luchan en contra de la discriminación en tales áreas como la educación, vivienda, trabajo y servicios sociales. Sus esfuerzos han presionado a los legisladores federales dando como resultado la implementación de nuevas leyes para proteger los derechos del inhabilitado .

Como hemos dicho anteriormente, el Cirujano Dentista se ve obligado a brindar tratamiento dental al inhabilitado. No debemos rechazar a atender al inhabilitado, simplemente por que el tratamiento requerirá más tiempo y esfuerzo por parte de nosotros. Estos pretextos no nos absuelven de nuestra obligación profesional. Si después de evaluar el caso, no nos sentimos capacitados a tratar al paciente o creemos que nuestro consultorio no tenga las modificaciones necesarias para poder acomodarlo y brindarle un buen tratamiento dental, entonces debemos remitirlo con otro Cirujano Dentista bien capacitado a atender eficazmente al paciente inhabilitado.

7.2. LA PROBLEMATICA DEL CUIDADO BUCODENTAL EN LOS PACIENTES INHABILITADOS

Los inhabilitados por lo general han sido negados por la profesión dental durante largo tiempo y esto ha traído como consecuencia que este grupo presente un deplorable estado de salud bucal. Son múltiples los factores que contribuyen al mal estado de salud oral de los inhabilitados.

Es importante hacer notar que los procesos patológicos son los mismos tanto en la población normal como en los inhabilitados. Los estudios

llevados a cabo por Brown compara la incidencia de caries dental entre niños y adolescentes con trastornos de desarrollo y sus contrapartes - normales. Los resultados no mostrarón ninguna diferencia significativa en la incidencia de caries entre ambos grupos. El estudio si mostró que los niños y adolescentes inhabilitados habían recibido mucho menos tratamiento dental que los integrantes del grupo normal. El grupo inhabilitado tuvo una mayor incidencia de paradontopatías debido probablemente a la falta de una higiene bucal adecuada. Los datos obtenidos de este estudio muestran claramente que la profesión dental no ha prestado la atención profesional necesaria a este segmento de la población y por lo consiguiente su estado de salud bucal se encuentra desfavorable.

Aunque los inhabilitados no representan un grupo homogéneo, la mayoría de ellos guardan ciertas características en común. Los inhabilitados son personas privadas psicosocialmente. Ellos tienden a experimentar dificultades que les impide a acudir a la consulta dental. Estas barreras son:

- A). Movilidad y acceso al Consultorio.
- B). Los honorarios profesionales.
- C). Falta de motivación.
- D). Escasez de profesionistas dentales capacitados para atender a los inhabilitados.

7.2.1. MOVILIDAD Y ACCESO AL CONSULTORIO

Las limitaciones físicas del inhabilitado pueden en un momento determinado impedirlo de asistir a la consulta dental. Casi el 35% de los inhabilitados tiene limitaciones locomotoras, y estas tienden a incrementar conforme avanza la edad del paciente. Entre los individuos que no tienen el uso de sus extremidades inferiores, encontramos una relación inversa entre grado de movilidad e ingresos. Estos inhabilitados a menudo dependen de otros para transportarlos de un lugar a otro. El gasto de contratar una ambulancia para transportar al inhabilitado de su casa al consultorio dental y del consultorio, nuevamente, a su casa, es fuera del alcance de muchos individuos.

Muchos Consultorios Dentales que se encuentran en edificios sin elevadores presentarán obstáculos para estos pacientes por la falta de acceso.

Los estudios realizados por Stiefel, Lubin y Truelove, muestran que de 269 pacientes no ambulatorios cuestionados, el 78% reportó que la dificultad física de llegar al consultorio les ha impedido de acudir a la consulta dental. Además encontraron una relación inversa entre la habilidad del paciente no ambulatorio para llegar al consultorio dental, y el tiempo transcurrido desde la última visita.

7.2.2. LOS HONORARIOS PROFESIONALES

Debido a su inhabilidad, los ingresos del paciente incapacitado suelen ser menores que los del paciente normal. Se ha reportado una re

tan sorprendente el aparente descuido del aparato estomagnático por parte de los inhabilitados. La ausencia de una adecuada higiene bucal y la falta del tratamiento dental oportuno, dan lugar a la deterioración de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral y aumentan la probabilidad de que estas personas sean candidatos para Prostondoncia total, a una edad demasiado joven.

Vamos a considerar el ejemplo de los niños con trastornos psicomotores. Estos niños por lo general no pueden llevar a cabo las medidas preventivas ellos mismos. Entonces los padres o hermanos tendrán que hacerse cargo de la higiene bucal del niño. El niño necesita fisioterapia y atención médica dos veces por semana, Si los dos padres trabajan y apenas pueden pagar los gastos mensuales y los gastos médicos adicionales del niño, resultará muy difícil que asuman otro cargo como es el tratamiento dental. Si la situación económica de los padres es favorable, el factor de tiempo y energía suele ser el obstáculo. La madre tendrá que transportar al niño al consultorio dental y tendrá que llevar a cabo regularmente las medidas preventivas y las indicaciones del Odontólogo. Si ella no está consciente de la importancia de conservar la salud bucal, y seguir los planes preventivos, entonces no estará muy dispuesta a preocuparse por la salud bucodental del niño. Estos niños a menudo presentan problemas conductuales severos y para calmarlos los padres suelen regalarles dulces. El comer dulces sin practicar un buen programa de higiene bucal tiende a bajar el pH, de la cavidad oral por medio de la descomposición de los carbohidratos provocando así la descalcificación de las estructuras dentales duras, y la acumulación de placa dento-bacteriana.

Si este niño se encuentra internado en un programa residencial, entonces los profesionistas y trabajadores tendrán que hacerse cargo de su

lación inversa entre grado de inhabilidad e ingresos del individuo. Según los datos obtenidos del Censo Nacional, los ingresos de los inhabilitados son 40% menos que los de personas normales, y en el caso de los permanente inhabilitados sus ingresos son 60% menos que los del grupo normal.

Los estudios estadísticos obtenidos del Censo Nacional pasado muestran que las personas inhabilitadas de 10-64 años de edad tienden a tener un nivel escolar mucho más bajo que los individuos normales del mismo rango de edad. El nivel de desempleo de las personas con inhabilidades físicas es dos veces mayor que el de las personas normales.

Los inhabilitados por lo general, tienen mayores gastos médicos que las personas normales. Los gastos médicos anuales de las personas inhabilitados son aproximadamente 2.5 veces mayor que los de los individuos normales. Un individuo con inhabilidades físicas severas, necesitará más atención médica, farmacoterapia, fisioterapia, etc., que la persona habilitada.

Por lo general, al tratamiento dental no se le da la misma importancia que al tratamiento médico. Casi siempre se le da mayor prioridad al tratamiento e intervenciones médicas. Esta forma de pensar trae como consecuencia que la mayor parte del presupuesto de salud del inhabilitado se dirige hacia los servicios médicos, quedando poco o nada para el tratamiento dental.

7.2.3. FALTA DE MOTIVACION DEL PACIENTE INHABILITADO

Tomando en cuenta los factores que ya hemos mencionado, no resulta

tan sorprendente el aparente descuido del aparato estomagnático por parte de los inhabilitados. La ausencia de una adecuada higiene bucal y la falta del tratamiento dental oportuno, dan lugar a la deterioración de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral y aumentan la probabilidad de que estas personas sean candidatos para Prostondoncia total, a una edad demasiado joven.

Vamos a considerar el ejemplo de los niños con trastornos psicomotores. Estos niños por lo general no pueden llevar a cabo las medidas preventivas ellos mismos. Entonces los padres o hermanos tendrán que hacerse cargo de la higiene bucal del niño. El niño necesita fisioterapia y atención médica dos veces por semana, Si los dos padres trabajan y apenas pueden pagar los gastos mensuales y los gastos médicos adicionales del niño, resultará muy difícil que asuman otro cargo como es el tratamiento dental. Si la situación económica de los padres es favorable, el factor de tiempo y energía suele ser el obstáculo. La madre tendrá que transportar al niño al consultorio dental y tendrá que llevar a cabo regularmente las medidas preventivas y las indicaciones del Odontólogo. Si ella no está consciente de la importancia de conservar la salud bucal, y seguir los planes preventivos, entonces no estará muy dispuesta a preocuparse por la salud bucodental del niño. Estos niños a menudo presentan problemas conductuales severos y para calmarlos los padres suelen regalarles dulces. El comer dulces sin practicar un buen programa de higiene bucal tiende a bajar el pH, de la cavidad oral por medio de la descomposición de los carbohidratos provocando así la descalcificación de las estructuras dentales duras, y la acumulación de placa dento-bacteriana.

Si este niño se encuentra internado en un programa residencial, entonces los profesionistas y trabajadores tendrán que hacerse cargo de su

higiene bucal. Encontramos que los niños inhabilitados institucionalizados presentan un estado de salud oral más deficiente que el de los niños inhabilitados no internados. Esto quiere decir que las personas encargadas de la salud bucal del niño no llevan a cabo un buen programa de higiene oral. Tal vez, ellos mismos presentan hábitos orales inadecuados y un estado de salud oral deficiente. Por lo general encontramos que los trabajadores encargados de estos niños presenten un nivel escolar muy bajo, un estado de salud bucal inadecuado y que no son motivados a realizar las medidas preventivas básicas en sus pacientes.

Uno de los papeles más importantes que debe ejecutar el Cirujano Dentista es el de educar a sus pacientes, tanto los habilitados como inhabilitados acerca de la importancia de la salud dental. Debemos educar a todas aquellas personas encargadas del cuidado del inhabilitado acerca de los beneficios de los planes preventivos. Es nuestro deber motivar a las personas responsables a llevar a cabo las medidas preventivas y dirigir a las autoridades a someter a los internados al tratamiento dental. Es importante hacerles entender que la deterioración de la salud bucal en las personas inhabilitadas lleva consigo consecuencias más serias y requiere de un tratamiento más costoso que el de la persona normal.

Las personas inhabilitadas generalmente acuden a la consulta dental cuando la enfermedad se encuentra en una etapa sumamente avanzada y el dolor asociado con esta enfermedad es muy intenso. Quizás es la primera o segunda vez que el individuo asiste a la consulta. La inspección bucal simple y armada muestra la presencia de caries dental de tercer o cuarto grado, brechas desdentadas, un alto índice de placa dentobacteriana supra y subgingival, paradontopatias, problemas de maloclusión, abscesos alveolares agudos y crónicos, etc. Si la persona inhabilitada padece de un trastorno sistémico, entonces la probabilidad aumenta de que se presente una endo

carditis bacteriana subaguda, como consecuencia de la infección dental ¿cuál sería el plan de tratamiento?. Sabemos que muchos pacientes con trastornos psicomotores no tolerarán bien las placas dentales, y que les cuesta mucho trabajo acostumbrarse a ellas. Además, las extracciones que se tendrán que llevar a cabo aumentan el riesgo de una endocarditis bacteriana subaguda. Por lo tanto, será necesario detener el avance de la patología y proceder a conservar tanto órganos dentarios como sea posible. Debido a los problemas conductuales que presenta este paciente y las dificultades para transportarlo al consultorio dental, será necesario realizar los procedimientos operatorios bajo anestesia general. Esto significará un gasto adicional porque la mayoría de los consultorios no cuentan con el equipo necesario para administrar anestesia general. Entonces tendrá que ser atendido en un hospital o sanatorio. Como podemos darnos cuenta, hubiera salido más beneficioso y menos costoso si se le hubiera proporcionado el tratamiento dental a tiempo. Por medio de tratamiento dental a intervalos regulares y el control de hábitos orales nocivos y el control de placa dentobacteriana, se hubiera podido detener el proceso patológico en una etapa temprana, y se hubiera podido lograr un estado de salud bucal bastante aceptable.

La prevención de la enfermedad dental en los pacientes inhabilitados requiere de los esfuerzos conjuntos del Cirujano Dentista, higienista y asistente dental. El atender al paciente inhabilitado brindará al Cirujano Dentista la valiosa oportunidad a interactuar y trabajar conjuntamente con otros profesionistas encargados de la salud y rehabilitación del paciente.

7.2.4. ESCASEZ DE PROFESIONISTAS DENTALES CAPACITADOS EN EL
MANEJO DE LOS INHABILITADOS

En los últimos años, gracias a los esfuerzos y campaña del Gobierno Federal, las escuelas de Odontología han instituido a nivel licenciatura y posgrado, cursos de Psicología Médica, para que los alumnos adquieran mayores conocimientos acerca del manejo conductual de los pacientes. Una parte del temario de Psicología Médica, se dedica al manejo de los pacientes especiales como los pacientes seniles, pacientes infantiles y por último los pacientes inhabilitados. Es importante enseñar a los alumnos de Odontología a manejar eficazmente a estos pacientes especiales. Para poder lograr esto, se necesitará adquirir conocimientos acerca de las actitudes de los inhabilitados hacia ellos mismos y hacia la Odontología. Como hemos dicho anteriormente, uno de los problemas que encontramos con mayor frecuencia con respecto a los pacientes inhabilitados, es la falta de motivación. El motivar a estos pacientes a seguir nuestras recomendaciones requerirá tanto de las habilidades interpersonales del Cirujano Dentista como sus conocimientos Psicológicos.

Las oportunidades que se les dan a los alumnos de Odontología para adquirir estos conocimientos, seguramente aumentarán el número de Cirujanos Dentistas capacitados a atender esta parte de la población. Los estudios hechos por Roberts, McCrory, Glasser y Askew, comprueban que los alumnos que reciben instrucción teórica y clínica sobre el manejo del paciente inhabilitado tienden a incluirlo dentro de su práctica profesional. Se encontró también que entre los Cirujanos Dentistas que excluyen al paciente inhabilitado de sus prácticas dentales, la mayoría mencionan la falta de conocimientos acerca de su manejo. Los estudiantes de Odontología que han llevado cursos sobre el manejo conductual de los pacientes inhabilitados, generalmente tienen más confianza en sus habilidades para manejar eficazmente a esta clase de pa-

cientes. Se ha comprobado que la confianza que guarda un Cirujano - Dentista acerca de su habilidad para tratar tal paciente, es el factor más importante que determinará si el paciente recibirá o no atención profesional. Por regla general entre más sea la enseñanza sobre este tema, mayor será la probabilidad que incluirá a estos pacientes en su práctica diaria.

7.3. ACTITUDES DEL PUBLICO ACERCA DE LOS INHABILITADOS

Los científicos sociales han estudiado extensamente las actitudes del público acerca de las personas inhabilitadas, Resulta importante tomarlas en consideración porque estas tienden a influir en la percepción profesional del paciente inhabilitado. Muchas de las injusticias que se cometen diariamente en contra del inhabilitado se derivan de las ideas erróneas que guarda el público hacia ellos. En seguida presentamos algunas de las actitudes más prevalentes:

Los estudios realizados por Sayer acerca de las actitudes sociales del público hacia los inhabilitados muestran que las personas que han estado en contacto con ellos, tienden a guardar actitudes más favorables y que el grado de tolerancia está directamente relacionado con el grado de interacción. El sexo femenino tiende a tener actitudes más positivas que el sexo masculino. Sayer, también reporta que las personas universitarias tienden a ser más tolerantes que las no universitarias hacia los inhabilitados.

7.3.1. LA TEORIA DE GELLMAN

Existen muchas teorías acerca de las actitudes sociales hacia personas inhabilitadas. Una de las teorías más aceptadas por los científicos sociales es la teoría de Gellman. Gellman sostiene que las actitudes sociales acerca de los inhabilitados son fundamentadas en la filosofía griega y en las creencias judío-cristianas. La religión Judía enseña que los inhabilitados son personas castigadas por Dios. Los

filósofos griegos creían que las personas inhabilitadas son inherentemente inferiores. La ética cristiana postula que las personas inhabilitadas por razón de su enfermedad adquieren virtud y moral espiritual.

Estas creencias históricas prevalecen actualmente a todos los niveles de la sociedad. La persona inhabilitada suele ser considerada como inferior a los demás, esta actitud se deriva de la teoría que la pérdida de algún órgano o la ausencia de alguno de los sentidos le dejan al individuo menos completo. La persona afectada deja de ser una entidad íntegra por que le falta una de sus facultades. A menudo, las personas inhabilitadas son tratadas como si fueran niños. Se les habla en un tono de voz muy alta aunque no tengan problemas del oído. A veces se les habla con palabras muy sencillas, aunque no tengan retraso mental.

La creencia Judía que la inhabilidad es un castigo de Dios es una actitud muy común entre las personas inhabilitadas. Muchas personas incapacitadas se preguntan a sí mismas, "¿porqué me pasó esta desgracia?" o "¿qué hice para merecer esto?". A veces se le pregunta a una persona inhabilitada, "¿qué le pasó a usted?" como si las personas tuvieran la culpa por sus inhabilidades. Estas preguntas tienden a hacer sentir culpables a las personas afectadas. El aceptar y sentirse culpables por las inhabilidades de uno representan impedimentos para el tratamiento del mismo.

7.3.2. SINDROME DE SUFRIMIENTO

Encontramos también que muchas personas inhabilitadas experimentan sufrimiento a causa de su inhabilidad. Esta actitud interfiere con el desarrollo de sus actividades cotidianas la persona afectada tiende a sentir dolor sin tener una causa orgánica. Algunas veces

estas personas reciben una consecuencia positiva de miembros familiares y amigos en forma de empatía y apoyo moral por su inhabilidad.

7.3.3. ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA HACIA LOS INHABILITADOS

Como Odontólogos debemos preguntarnos "¿cuál es mi actitud hacia las personas que presentan inhabilidades, tengo actitudes prejuiciadas, tengo percepciones estereotipadas?". Sabemos que las actitudes sociales prevalentes tienden a influir en las del profesionista y por eso es lógico pensar que muchos Cirujano Dentistas tienen conceptos preconcebidos acerca de estos individuos. Para aclarar esas actitudes debemos pensar y considerar cómo una habilidad tal como la ceguera, sordera, paraplejía afectan la vida de uno y cómo restringen las actividades de uno. Después debemos considerar cómo nos afectaría a nosotros y a nuestra vida profesional ¿podríamos seguir ejerciendo nuestra profesión; cómo tendríamos que modificar nuestras actividades profesionales?. Otros aspectos que se deben considerar es la vivienda, situación económica, actividad sexual y relaciones interpersonales.

7.4. CONSIDERACIONES GENERALES DEL MANEJO DEL PACIENTE INHABILITADO.

El manejo adecuado del paciente inhabilitado depende del grado de comprensión del Cirujano Dentista hacia las necesidades especiales del paciente. Debemos tratar al paciente inhabilitado con la misma dignidad, respeto y conducta profesional que demos a todos nuestros pacientes pero al mismo tiempo debemos demostrar consideración y sensibilidad para sus necesidades.

No es suficiente reconocer y entender los aspectos médicos de la inhabilidad del paciente sino también debemos reconocer los problemas

psicológicos, económicos y sociales que acompañan a este impedimento y como estos factores pueden afectar el estado de salud oral del paciente. Esos factores deben tomar en cuenta para formular un plan de tratamiento adecuado para el paciente. Una vez hechas estas consideraciones, seña sencillo adaptar nuestros procedimientos a las necesidades especiales del paciente. En seguida presentamos algunas consideraciones generales para el manejo del paciente inhabilitado.

7.4.1. CITAS

Se deben planear las citas de tal forma que se maximice el tiempo que se disponga para el tratamiento dental, es decir las citas - deberán tener mayor duración y ser menos frecuentes. Como se ha mencionado anteriormente el ir a la consulta dental para un paciente - inhabilitado representa un problema debido a la dificultad de acceso al consultorio, la distancia y los gastos adicionales. Si el paciente requiere de ayuda para ser transportado, esto representará aún más dificultades. Así que la consulta dental puede ser un cargo difícil tanto para el paciente como para su acompañante.

Al hacer las citas, se debe tomar en cuenta la hora del día más conveniente para el paciente. Por ejemplo si nuestro paciente es - paraplejico la cita de las 8 de la mañana, tal vez no le dará el tiempo suficiente como para hacer sus necesidades, vestirse y llegar al consultorio. Por otra parte se debe evitar darle la última cita porque a esa hora el paciente ya esta cansado y el profesionista tambien. Sería adecuado darle una cita a media mañana o bien en las primera - horas de la tarde.

La duración de la consulta es otro factor que se debe controlar. En el caso del paciente paraplejico debemos determinar que tanto tiempo él puede estar sentado en el sillón dental. A veces se tendrá que interrumpir la consulta para que el paciente este cambiando de posición.

7.4.2. EL ASPECTO FISICO DEL CONSULTORIO

La mayoría de las personas inhabilitadas pueden ser tratadas en el consultorio dental sin modificaciones. Muchos de los pacientes con problemas locomotores pueden ser transferidos de la silla de ruedas al sillón dental sin mayor dificultad. Una vez sentado en el sillón debemos preguntar al paciente si necesitará almohadas o cojines para sentirse más cómodo.

En el caso de los pacientes ciegos se tendrá que efectuar una modificación al arreglo de los muebles para dejar tanto la sala de espera como la sala de tratamiento, lugares más accesibles y seguros para este tipo de pacientes. El paciente ciego que utiliza bastón, tendrá que evitar los muebles tales como los escritorios, los muebles de la sala operatoria, las lámparas colgadas, etc., ya que estos pueden representar un verdadero peligro. Por eso debemos procurar el acceso libre de la sala de espera al consultorio.

Siempre debemos preguntar al paciente inhabilitado si necesita ayuda antes de prestarla. Si el paciente responde afirmativamente entonces le debemos preguntar de que manera podemos hacerlo. El prestar ayuda sin preguntar puede constituir una falta de respeto ya que no le estamos dando el crédito para poder llevar a cabo actividades rutinarias.

Como hemos mencionado anteriormente muchos de los pacientes con impedimentos físicos no se consideran a si mismos como inhabilitados y suelen preferir hacer las cosas por ellos mismos; esas personas a través de mucho esfuerzo adicional han compensado sus inhabilidades y pueden realizar muchas actividades por si mismos.

7.4.3. PLAN DE TRATAMIENTO Y APROBACION

Nuestra obligación profesional es proporcionar a los pacientes la más alta calidad de tratamiento dental posible. Sin embargo todo plan de tratamiento debe ser real y puede ser modificado de acuerdo a la salud oral, salud general y situación económica del enfermo.

Es muy importante asegurar que el paciente esta bien informado acerca del plan de tratamiento, el costo del mismo, las alternativas al tratamiento, etc. Una vez aprobado por el paciente el tendrá que firmar un contrato escrito.

Para tener validez legal el consentimiento debe ser firmado por el paciente. Si al paciente no se le considera competente para hacer esta decisión, entonces la persona responsable de él tendrá que aprobar el plan de tratamiento. Las personas con retraso mental ligero son consideradas responsables por ellos mismos y por lo tanto pueden aprobar un plan de tratamiento. Esos pacientes deben ser informados en lenguaje sencillo que ellos puedan comprender.

En el caso del paciente con retraso mental profundo el Cirujano Dentista tendrá que decidir si el paciente es competente para aprobar un plan de tratamiento. El Cirujano Dentista tendrá que tomar en cuenta la seriedad del tratamiento y los riesgos asociados. Si el plan de tratamiento consta de procedimientos operatorios rutinarios - entonces el paciente podrá ser considerado responsable para aprobarlo. En cambio si el paciente necesita tratamiento más intenso como cirugía maxilofacial o procedimientos que involucran mayor riesgo, - entonces sería conveniente obtener la aprobación del paciente y la de un familiar cercano.

7.4.4. COMUNICACION

Como hemos dicho en el capítulo 1, los tres ingredientes más importantes de la comunicación interpersonal son: afecto, empatía y respeto. El manejo del paciente inhabilitado dependerá de la comunicación y relación dentista-paciente. Muchas de las dificultades pueden ser reducidas o eliminadas por completo si sabemos comunicarnos con el paciente tanto verbal como no verbalmente. La buena comunicación entre el Cirujano Dentista y su paciente inhabilitado servirá para lograr la confianza del segundo y ganar su cooperación.

Para que la comunicación sea eficaz esta debe hacerse de acuerdo al nivel intelectual del paciente; nunca debemos subvalorar ni sobrevalorar la capacidad intelectual del paciente. Sería un error considerar a la persona con parálisis cerebral y problemas de articulación del lenguaje como un retrasado mental, ya que puede tener un grado de inteligencia normal o superior al normal. Por otra parte un paciente adulto con retraso mental que tiene un nivel intelectual de 6 años, será necesario comunicarse con él como si se tratará de un niño.

A veces será difícil comunicarse tanto para el Cirujano Dentista como para su paciente ya que este último tiene que hacer un gran esfuerzo para comunicarse y el Cirujano Dentista para entenderlo. En estos casos sería conveniente que los padres o miembros familiares acompañen al paciente para facilitar la comunicación. Sin embargo siempre debemos pedir permiso al paciente inhabilitado con capacidad intelectual normal, para incluir a una tercer persona en la entrevista.

Cuando se utiliza a una tercera persona para tal fin, se debe intentar comunicarse en forma directa como si esa tercera persona

no estuviera presente. Debemos dirigir nuestras preguntas e instrucciones hacia el paciente y no hacia la tercera persona para poder lograr la cooperación y ganar la confianza del paciente.

Debemos recordar que la persona inhabilitada suele presentar estados emocionales más intensos los cuales pueden estar asociados con su inhabilidad. Sin embargo no debemos suponer que sus estados emocionales están directamente relacionados con su impedimento.

7.4.5. LA FAMILIA

La familia juega un papel muy importante en el manejo de los pacientes inhabilitados. En el caso de un niño inhabilitado el cuidado y apoyo recae sobre los miembros familiares. Tanto los padres como los profesionistas encargados de la salud del paciente inhabilitado - deben motivarlo a rehabilitarse y para lograr esto se deben considerar los siguientes puntos:

1. Los padres deben sentir que el Cirujano Dentista esta trabajando conjuntamente con ellos y no en su contra y que ambos están buscando soluciones a los problemas del niño.
2. Los padres deben estar convencidos de que el Cirujano Dentista le gusta el niño y que le interesa su bienestar físico y psicológico.
3. Los padres deben estar convencidos de que el Cirujano Dentista valora sus esfuerzos para lograr la rehabilitación del niño y aunque tengan errores no se deben subvalorar estos esfuerzos.

En el caso de la persona adulta que sufrió un accidente tambien - recae sobre la familia el cuidado y apoyo necesarios del individuo. Esto puede causar un gran desajuste en la estructura de la familia debi

do a la atención y cuidado requerido por la persona inhabilitada. - Tanto el individuo como su familia tendrán que adaptarse a la nueva situación. La rehabilitación del paciente dependerá tanto del apoyo familiar como del tratamiento médico-odontológico.

7.4.6. EL MANEJO DEL MIEDO Y ANSIEDAD

Los estados emotivos intensos que se presentan comunmente en el tratamiento dental, suelen ser aumentados en el paciente inhabilitado por los problemas físicos y emocionales creados por la misma inhabilidad. El Cirujano Dentista debe utilizar las técnicas de modificación conductual y/o hipnosis para aliviar estos estados emocionales desfavorables.

Es necesario mantener un ambiente tranquilo y reducir los niveles de stress tanto para el paciente como para el Cirujano Dentista. Un ambiente tranquilo permite que el Cirujano Dentista proporcione un - buen tratamiento dental y al mismo tiempo aumenta su propia confianza y disminuye las respuestas conductuales inadecuadas del paciente.

El manejo eficaz del paciente inhabilitado dependerá del grado de control de estas variables. La ansiedad y el miedo ante el tratamiento dental tienden a aumentar los riesgos asociados con el mismo. Considerense los siguientes puntos:

- A. La ansiedad es un factor que puede provocar ataques epilepticos. Encontramos que muchos pacientes epilepticos experimentan ataques poco antes del tratamiento dental.
- B. La ansiedad y el miedo ante el tratamiento dental tienden a - aumentar los movimientos corporales agitados del paciente. - Entre más relajado sea el paciente menor será la incidencia - de estas conductas inadecuadas y más fácil será el manejo del paciente.

- C. En el caso de los pacientes con problemas sistémicos como - asma, diabetes y trastornos cardiovasculares será necesario controlar el grado de stress asociado con el tratamiento - dental para prevenir la intensificación de los síntomas.

Los pacientes con retraso mental suelen mostrar estados emotivos más intensos que los pacientes normales. De hecho el miedo y ansiedad asociados con el tratamiento dental pueden provocar una respuesta de evitación en este paciente. El Cirujano Dentista debe utilizar - las técnicas conductuales que se mencionaban en el capítulo 2 para - reducir o eliminar la ansiedad de este paciente.

El grado de ansiedad de la persona inhabilitada es aumentado - cuando se le separa de un aparato protésico como puede ser una silla de ruedas para un paralítico, un bastón para un ciego, un aparato de oído para un paciente sordo. Estos aparatos protésicos son extensiones del cuerpo del individuo y le permiten funcionar y compensar su inhabilidad.

Un individuo paralítico que depende de su silla de ruedas para transportarlo de un sitio a otro, tiende a considerarla como parte de su cuerpo. Es por esta razón que el Cirujano Dentista deberá de cuidarse el manipular o apoyarse en esta sin la previa autorización del paciente. Estos pacientes reportan que cuando se les quita sus aparatos protésicos se sienten como si hubieran perdido el control sobre la situación. A veces resulta difícil para que una persona normal - comprenda eso. Pero debemos tomar en cuenta que esos aparatos representan extensiones del cuerpo y suelen ser considerados como sus propios.

Capítulo 8

LOS HABITOS ORALES Y SU MODIFICACION

La mayor parte del trabajo clínico de la profesión tiene como objeto la modificación de los aspectos estructurales patológicos del aparato estomatognático.

Colocar una prótesis parcial, total, o ejecutar cualquier actividad operatoria, son procedimientos que tienen como objetivo mejorar el aspecto estructural de la cavidad oral. Sin embargo, el éxito de estos procedimientos depende en gran parte, del comportamiento y cooperación del paciente.

El éxito de una cirugía parodontal está íntimamente relacionado con el cuidado postoperatorio del paciente y un trabajo protésico exitoso dependerá en gran parte de la higiene oral que el paciente lleva a cabo.

El trabajo dental más meticulos puede fracasar en pocos meses - a causa de hábitos orales destructivos tales como: Bruxismo nocturno, apretamiento de los dientes o hábitos de postura normal. Estos hábitos pueden dañar tanto a los tejidos duros como a los tejidos blandos. Muchos casos de mialgia, e hipertrofia muscular, alteración del tejido parodontal y daños en el ligamento o en el disco articular se deben a la persistencia de los hábitos orales forzados.

Por tal motivo es esencial que el Cirujano Dentista tenga los conocimientos para poder identificar y manejar la problemática que presentan los hábitos orales. El propósito de éste capítulo, es presentar información que ayudará a entender la etiología y las caracterís

ticas de varios hábitos orales dañinos y en base a esto dar los instrumentos para su identificación y manejo.

8.1. HABITOS ORALES DIURNOS

Los hábitos orales que se llevan a cabo durante el día incluyen: apretamiento de los dientes, desgaste oclusal (abrasión dentaria), mordedura de lengua y carrillos, protrusion de lengua, mordedura de uñas, succión del pulgar, hábitos de postura normal, masticación unilateral y una amplia gama de hábitos relacionados con la ocupación del paciente.

Hábitos como la succión del pulgar son más comunes en pacientes infantiles, mientras que otros, como los hábitos de postura anormal se presentan casi siempre en el paciente adulto.

En la mayor parte de los casos, los efectos de los hábitos orales suelen ser mínimos y transitorios. Sin embargo en muchos casos pueden presentarse dificultades importantes para el paciente.

Se cree que los hábitos orales diurnos actúan como factor etiológico en la mal oclusión, abrasión dentaria, dificultad del lenguaje y deglución, odontalgía, disfunción temporomandibular y en la destrucción de los trabajos de restauración efectuados por el Cirujano Dentista.

8.1.1. INCIDENCIA Y ETIOLOGIA

Algunos de los hábitos orales como la succión del pulgar y morde dura de uñas son muy comunes. Recientemente se ha encontrado que más de 50% de los niños, durante la infancia, succionan el pulgar. Si se logra eliminar éste hábito hasta la edad de cuatro o cinco años, - los efectos son generalmente insignificantes. Sin embargo, pasando - la edad de cinco años, este hábito suele causar una deformación del - segmento anterior del arco maxilar, maloclusiones de clase II y mor - dida abierta anterior. La succión vigorosa del pulgar produce fuerzas contra las superficies bucales de los dientes posteriores, ya que la succión tira los carrillos principalmente el músculo buccinador, con - tra estos dientes. Esto puede dar por resultado estrechamiento de la forma del arco maxilar o mandíbular.

Los niños que succionan el pulgar después de la edad de seis años, muy rara vez presentan una oclusión normal.

Según Engel, el niño al nacer desarrolla un patron reflejo de - funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer se han observado fluoroscopicamente en el niño contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Hay muchas teorías en cuanto al origen del hábito de succión del pulgar y de otros dedos. La mayoría relacionan este patrón de conduc ca con las necesidades del lactante de chupar para alimentarse y para lograr bienestar y calor de su madre.

La persistencia del deseo de un niño de chupar despues de la infancia es considerada a menudo como regresión para duplicar el bienes

tar y la seguridad derivada del amamantamiento como lactante.

En el pasado se creía que los hábitos orales en general eran manifestaciones de serias alteraciones emocionales inconscientes. En la actualidad ésta teoría ya no goza de mucha popularidad. Mientras que los hábitos orales pueden acompañar algunas dificultades emocionales no existe ninguna evidencia de que las alteraciones emocionales se intensifican al tratar dichos hábitos.

Existen varios estudios psicológicos de pacientes que padecían de alteraciones en el aparato estomatogástrico por hábitos orales nocivos. Se observó que dichos sujetos eran perfeccionistas, responsables, agresivos, ansiosos y a veces hipocondríacos. Sin embargo, hay pocas evidencias para concluir que estos pacientes padecen psicopatologías severas curables solamente por psicoterapia.

Se puede entender mejor la etiología de los hábitos orales diurnos en términos de aprendizaje. La gran mayoría de los patrones de la conducta humana son adquiridos mediante el aprendizaje.

Ambas conductas, la normal y anormal, se rigen por estímulos específicos o por las consecuencias de la misma conducta.

La succión del pulgar, por ejemplo, se puede intensificar por el reforzamiento que recibe el niño de sus padres, ya que así consigue la atención de los mismos, aunque en ocasiones el reforzamiento suele ser negativo.

Otros hábitos orales pueden intensificarse por la consecuencia -

del evento, por ejemplo, chupar un lápiz durante un examen, puede ser reforzado por el hecho de que se asocie con una respuesta correcta. Este fenómeno psicológico se le conoce comunmente con el nombre de "conducta supersticiosa". Salvo algunas excepciones, la mayor parte de las conductas orales del ser humano, se rigen por las consecuencias de éstas. Este principio es esencial para comprender y manejar dichos hábitos orales. Los hábitos de postura normal, fueron detectados primeramente por los Ortodoncistas. El hábito de protruir la mandíbula - constantemente es muy común en los pacientes retrognatas. El paciente aprende a compensar su defecto, al mantener la mandíbula en protrusión.

Esta maniobra requiere una actividad constante del músculo pterigoideo interno y muchas veces causa fatiga muscular y dolor. En la - mayoría de los casos, el paciente no esta consciente de su hábito.

El hábito se manifiesta con una posición de postura anormal, que se vuelve mecánica después del aprendizaje inicial. Estos hábitos de postura suelen ser muy difíciles de modificar.

Se encontró que el incremento de la tensión muscular, y los cam - bios en la postura mandibular acompañan estados emocionales ya sean de ansiedad, miedo y frustración.

Cuando las tensiones musculares se prolongan ó se intensifican - los resultados serán dolor y fatiga muscular.

Los pacientes con síntomas de dolor miofacial presentan, muy co - munmente, otras alteraciones de tipo psicológico como son: Dolor de - espalda y de nuca, úlceras, estómago sensible (nervioso) y asma.

Más del 50% de los ciento treinta y cinco pacientes con síntomas de dolor miofacial evaluados por Gold, usaban con frecuencia medicamentos psicoterapéuticos.

De lo anterior, podemos concluir que las manifestaciones orales son solamente un aspecto dentro de muchas alteraciones psicofisiológicas generales.

El Cirujano Dentista debe evaluar cuidadosamente las condiciones emocionales del paciente y sus hábitos orales antes de concluir, quizás erróneamente, cuales síntomas son consecuencias de un estímulo local y cuales por un contacto oclusal prematuro. En muchos casos - los síntomas de disfunción mandibular son el resultado de tensión muscular y emocional.

Para poder efectuar un diagnóstico diferencial correcto es menester efectuar una historia clínica completa y metódica.

La etiología de algunos hábitos orales y de hiperactividad muscular suele ser iatrogénica. Un aumento en la dimensión vertical puede incrementar la actividad masticatoria, la tensión de los músculos de la masticación y la aparición de hábitos orales; es muy común que la actividad de la musculatura masticatoria se aumenta ligeramente al colocar una prótesis nueva.

Frecuentemente la dificultad inicial de utilizar la prótesis, se debe a este aumento en la actividad muscular.

Zarb observó que el problema de glosodinia frecuentemente está -

relacionado con el hábito de empujar la lengua contra la nueva prótesis. Como sucede en muchos hábitos, el paciente no es consciente de la relación entre el hábito y el dolor en la lengua.

Zarb detectó también que los pacientes tienden a ocluir con mayor frecuencia para probar la nueva dentadura.

Esta hiperactividad que se asocia con el fenómeno de adaptación se considera normal. Sin embargo cuando siguen la hiperactividad muscular y el dolor en las mucosas, el Cirujano Dentista debe efectuar una revisión minuciosa del aparato protésico, de la condición emocional del paciente y de los hábitos orales.

En casi todos los casos de disfunción masticatoria el problema es múltiple, es decir el paciente suele tener problema de apretamiento de dientes relacionado con tensión emocional, maloclusión y artritis de la articulación temporomandibular.

Por todas las razones mencionadas anteriormente, es de suma importancia evaluar no solamente las estructuras de la cavidad oral sino las condiciones emocionales del paciente también.

Es importante revisar los hábitos orales y preguntar al paciente acerca de cambios recientes en su estudio de vida o eventos personales de gran importancia que podrían repercutir en la salud de su aparato estomatognático.

Como consecuencia el paciente trata de mantener al aparato fijo en su lugar, aumentando así la presión y la frecuencia de su oclusión. Para eliminar el hábito se requiere solamente ajustar la prótesis - para lograr una mejor retención. Por lo expuesto anteriormente vemos la importancia de valorar cada caso en forma individual y efectuar un diagnóstico diferencial correcto del agente etiológico.

Un buen método para lograr éste objetivo es un cuestionario clínico preliminar que el paciente deberá llenar antes de entrar a consulta, y posteriormente se anexará a su expediente. El Odontólogo debe revisar el cuestionario junto con el paciente y concentrar su atención principalmente en las respuestas afirmativas. Varios de los problemas que manifiesta el paciente, pueden ser identificados exitosamente mediante éste método.

El cuestionario puede servir también para documentar los hábitos que en un futuro pueden causar patologías en el aparato estomatognático. Los cuestionarios son económicos y ahorran mucho tiempo en el consultorio dental. Sin embargo, de ninguna manera van a sustituir la historia clínica o la entrevista.

El cuestionario debe ser simple, claro y conciso. Podemos empezar con preguntas acerca de los síntomas orales del paciente y pasar gradualmente a preguntas acerca de su situación familiar laboral, así como el aspecto económico y estado físico.

A continuación (cuadro 8-1), presentamos un modelo del cuestionario a que nos referimos.

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas e indique con una X la respuesta correcta.

Paciente: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Fecha: _____

	SI	NO
1). ¿Acostumbra usted rechinar o desgastar sus dientes?.	_____	_____
2). ¿Lo han escuchado rechinar los dientes durante su sueño?.	_____	_____
3). ¿Se ha despertado con los dientes ligeramente apretados?.	_____	_____
4). ¿Siente usted dolor en los dientes, encías ó músculos al despertar?.	_____	_____
5). ¿El dolor es más fuerte al despertar que el resto del día?.	_____	_____
6). ¿Ultimamente (dos meses), ha cambiado marcadamente su estilo de vida, su situación económica, trabajo, etc.?.	_____	_____
7). ¿Acostumbra usted masticar objetos como lapices, uñas, etc.?.	_____	_____
8). ¿Siente usted dolor o cansancio en sus quijadas después de haber masticado mucho?.	_____	_____

SI

NO

9). ¿Acostumbra usted morder sus labios, lengua u otras partes bucales?.

10). ¿Mastica usted con un solo lado?.

11). ¿Aprieta usted sus dientes al sentirse enojado, preocupado o frustrado?.

12). ¿Ultimamente ha empezado a prestar mayor atención a su boca?.

13). ¿Utiliza usted tranquilizantes?.

14). ¿Padecía ó padece usted de úlceras, - problemas intestinales, hipertensión, presión alta, asfixia, taquicardia, - dolores de cabeza y nuca y otros ma - lestares relacionados con tensión?.

(Subraye lo correcto).

15). ¿Hay alguna cosa que el dolor le impida hacer?.

Explique:

El Cirujano Dentista debe revisar el cuestionario junto con el paciente y concentrarse principalmente en las respuestas afirmativas.

Además del cuestionario clínico preliminar visto anteriormente - podemos utilizar otros métodos de igual utilidad.

Un instrumento de gran ayuda para la identificación de la etiología y varias patologías miofaciales, es la ficha de control de síntomas (cuadro 8-2).

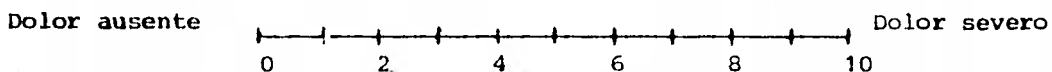
Los objetivos de la ficha de control son las siguientes:

- a). Poseer información acerca de la frecuencia, horario e intensidad de los síntomas que experimenta el paciente.
- b). Ayudar a identificar la etiología del dolor.
- c). Sistematizar la información que nos manifiesta el paciente.
- d). Lograr la participación activa del paciente en la solución de su problema.

Los datos obtenidos de esta ficha se discuten con el paciente. - Se trata de identificar la relación entre los ciclos de dolor que experimenta el paciente, y los cambios en su estilo de vida. Con los resultados obtenidos de estas fichas es más fácil instruir al paciente la relación que existe entre la tensión, hábitos musculares y el dolor.

FICHA DE CONTROL DE SINTOMAS DE DOLOR

Instrucciones: Indique la severidad del dolor cada dos horas según la siguiente escala. Marque con una "X" cuando - - esta dormido.



Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Síntoma: _____

FECHA	6 am.	8	10	12pm.	2	4	6	8	10	12

8-2: Ficha de control de dolor que se llena por el paciente durante un periodo de dos semanas con frecuencia, ayuda a identificar el agente etiológico del problema.

Con frecuencia se debe registrar los síntomas durante dos meses para poder identificar los problemas de carácter ciclico.

Probablemente la ventaja más importante del sistema de fichas de control es que el paciente participa como parte activa en la solución de su problema. El paciente reconoce de esta manera que esta solución depende de un cambio en su conducta.

8.1.2. IDENTIFICACION DE LOS HABITOS DIURNOS

— Para poder identificar los hábitos nocivos vamos a utilizar diversos métodos como son: Cuestionarios, entrevistas, electromiografías y fichas de autoevaluación realizadas por el paciente.

Nuestro primer objetivo, como Cirujanos Dentistas, es identifi -
car el hábito y demostrar su relación con el problema del paciente.

El siguiente paso es la identificación del factor o de los facto
res que causan la manifestación del mismo.

Solamente al tener el agente etiologicó claramente identificado, se puede elegir un plan de tratamiento adecuado. Por ejemplo, el tra
tamiento del hábito de rechinar los dientes por alguna interferencia oclusal puede ser el ajuste oclusal. Sin embargo, en otro paciente, -
la etiología del mismo hábito puede ser el esfuerzo físico excesivo.

Muchos individuos rechinan sus dientes al ejercer esfuerzos fsi
cos como trabajo, levantamiento de pesas, durante un partido de foot-
ball, etc.

En este caso un ajuste oclusal no va a solucionar el problema. Una relajación progresiva y el control de diferentes grupos de múscu-
los, suele ser una medida de terapia más eficaz.

El mismo hábito puede aparecer cuando el paciente tiene una pró-
tesis removible superior mal ajustado.

Otro instrumento que nos ayuda a identificar y controlar el hábito de apretamiento de los dientes, es un aditamento electromiográfico portátil (EMG). El instrumento produce un sonido en el oído del paciente en el momento que ocurre el apretamiento.

Esta técnica llama la atención del paciente al hábito indeseable y le permite identificar las situaciones tensas que causa este.

Es recomendable que el paciente lleve un registro de esta situación. Con frecuencia los pacientes son inconcientes de sus hábitos orales. Este aditamento permite al paciente observar y reportar con gran precisión, qué hábitos están involucrados y cómo se llevan a cabo.

En muchos de los casos los pacientes aprenden a controlar el hábito por unos días.

Solberg y Rugh reportan que diez de los quince pacientes que utilizaron el EMG portátil, demostraron mejoría en los síntomas de dolor facial.

El hábito de fumar es uno de los hábitos orales más engañosos. Generalmente éste hábito está relacionado con cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfisema pulmonar, etc. Sin embargo, Solomon - - Priove y Bross han notado que muchos fumadores se preocupan más por los padecimientos y las enfermedades parodontales o pérdida dentaria, que por enfermedades pulmonares ó cardíacas.

Se ha demostrado que los fumadores de cigarro, tanto los hombres como las mujeres, presentan mayor índice de enfermedad parodontal.

La cavidad bucal del paciente fumador suele presentar una decoloración grisasea y leucoplasia de los tejidos blandos. Se puede observar a la vez, una pigmentación de color café sobre el esmalte, por el depósito de los componentes del cigarro.

Recientes estudios estadísticos hechos en Estados Unidos revelaron un deceso de 37.5% en los hábitos del cigarro entre los hombres, pero un incremento constante entre las mujeres.

El papel del Cirujano Dentista en esta caso, es ayudar al fumador a reconsiderar todas las consecuencias dañinas de éste hábito. Los efectos a corto plazo pueden ser evidentes en la cavidad oral.

Con la ayuda de un espejo el Cirujano Dentista puede enseñar al paciente la pigmentación de los dientes y los cambios evidentes en los tejidos blandos.

Una demonstración eficaz junto con una breve explicación de la relación entre el hábito, la enfermedad parodontal y la pérdida de los dientes, pueden contribuir a la desaparición de dicho hábito.

Otros hábitos perjudiciales para las estructuras bucales son el cepillado dental exagerado y el abuso en el uso del palillo dental. Los objetivos de estas maniobras son la remoción de la placa dentobacteriana y la estimulación fisiológica del tejido gingival. Sin embargo, si se usan en una forma incorrecta los pacientes pueden presentar abrasión dentaria y laceración del tejido gingival.

Un cepillado agresivo se encuentra con mayor frecuencia en individuos perfeccionistas. Generalmente este tipo de hábito se corrige fácilmente mediante una breve explicación del problema. Por otro lado el hábito de utilizar el palillo dental con frecuencia es más difícil de corregir. Los pacientes que presentaron este hábito, reportaron que la estimulación de sus encías les provocaba sensación agradable.

Con este tipo de pacientes, el Cirujano Dentista se debe reforzar más para convercerlos del daño que provoca este hábito.

Esto puede incluir una demostración eficaz del daño, una aclaración del significado del daño y una presentación de un hábito alternativo, menos dañino, para provocar la misma estimulación; como por ejemplo, masticar una goma de mascar sería un hábito menos nocivo.

Muchos agentes etiológicos pueden causar los hábitos dañinos. - Instrumentos musicales, abrir los clips de cabello con la ayuda de los incisivos centrales, meter clavos a la boca, etc., pueden causar la migración del desgaste de las superficies dentarias y la alteración del tejido gingival. Por las razones manifestadas anteriormente será menester interrogar al paciente acerca de aquellos hábitos que pueden presentar.

8.1.3. MANEJO DE LOS HABITOS DIURNOS

Los hábitos orales diurnos se han tratado de diversas maneras. Cuando se experimenta un dolor muscular, se logra un alivio temporal mediante tranquilizantes, fomentos húmedos calientes, ejercicios musculares, aspirinas y una dieta blanda.

Si el paciente presenta síntomas de miedo o ansiedad junto con la mialgia, la primera etapa terapéutica será la eliminación del miedo y la ansiedad. Hay que explicar el problema al paciente en términos simples que él entienda. Es muy importante manifestar al paciente que su problema no es único ni raro. Se especifica que la alteración no es algo desconocido o fuera de lo común.

La selección de un método definitivo para manejar los hábitos orales y sus síntomas asociados depende de la naturaleza del hábito, de la motivación del paciente y su inteligencia. Si existe duda en la motivación y la cooperación por parte del paciente, aditamentos mecánicos para evitar la ejecución del hábito deben ser utilizados. Los aparatos de prevención intraorales, son muy eficaces para los pacientes infantiles pero han demostrado ser útiles en el tratamiento de adultos no cooperativos también. La trampa con punzon, por ejemplo, es muy efectiva en el manejo de succión del pulgar. Su uso necesita poca participación de parte del paciente y es muy fácil de construir. De igual manera, la guarda oclusal de acrílico y se utiliza en el manejo del hábito de apretamiento dentario, requiere muy poca participación de parte del paciente y a su vez da resultados excelentes. A pesar de que la trampa con punzon demostró ser muy efectiva en el tratamiento de succión de pulgar, no lo es en el manejo del fenómeno de empuje lingual durante la deglución.

En la actualidad existe un programa llamado "Terapia Miofuncional", cuando se aplica esta medida terapéutica, el éxito de modificar la manera de deglutir es de 70-80%.

Sin embargo existe mucha controversia sobre la "Terapia Miofuncional".

Este tema ha sido estudiado ultimamente por un comité representativo de la Asociación Americana de Lenguaje y del Oído. Este comité revisó todos los estudios recientes y declaró que no existen evidencias aceptables o significativa y cambios permanentes en los patrones de deglución al usar la "Terapia Miofacial".

Desafortunadamente no existen estudios clínicos bien controlados en la mayoría de los procedimientos terapéuticos. Por eso hay que evaluar cuidadosamente cada publicación o cada medida terapéutica - nueva, tanto para el beneficio del paciente, como para la satisfacción del Cirujano Dentista en el uso de la terapia indicada.

BRUXISMO Y APRETAMIENTO NOCTURNO

8.2.1. ETIOLOGIA

La bruxomania, brincomania o bruxismo, según Salzman, consiste en excursiones involuntarias de la mandíbula que produce un choque perceptible o imperceptible rechinar, choque cuspídeo y otros efectos traumáticos.

Según la mayoría de los autores, la tensión nerviosa es una causa común en la aparición de este hábito, en presencia de una oclusión patológica. En muchas ocasiones es una manifestación local de una - - -

condición general de psiconeurosis. El bruxismo puede ser la expresión de una tensión nerviosa, tendencias conscientes ó inconscientes de agresividad o de manifestaciones de angustia somatizados en la boca.

Los gnatólogos dan mucho énfasis a la relación que existen entre la bruxomanía y las interferencias en la oclusión.

En este caso el ajuste oclusal ha sido la medida terapéutica más lógica. Sin embargo, estudios recientes, en donde el bruxismo nocturno fue medido y evaluado, sugieren que los factores oclusales tienen poca influencia o aún nula, para poder desencadenar este hábito.

No se ha encontrado incremento en el índice de éste hábito cuando se dejaron restauraciones altas en la boca del paciente.

Tampoco se ha demostrado absolutamente que el ajuste oclusal es la medida terapéutica definitiva para la bruxomanía y el apretamiento de los dientes.

Aunque la maloclusión puede no ser el factor causal del bruxismo nocturno, se cree que el paciente con debilidad en las estructuras de su sistema estomatognático puede sufrir mayores consecuencias por dicho hábito. En este caso, la terapia dirigida hacia las discrepancias oclusales no soluciona el problema sino que solamente limita el daño.

Existen también evidencias de que el individuo presenta predisposición genética hacia el bruxismo nocturno. Sin embargo el problema puede aparecer por exceso de atención hacia la cavidad oral.

Subtelny y Subtelny reportaron que aún después de seis meses de uso - constante de la trampa con punzon, el hábito de empujo lingual volvía después de pocos meses.

Los aparatos mecanicos presentan varias desventajas:

- a). Interferencia en el habla y la deglución.
- b). Mayor susceptibilidad del individuo a la actividad cariosa.
- c). Renuncia al uso por ser poco estético.

Cuando el paciente es cooperativo y demuestra motivación hacia el tratamiento se pueden utilizar otras formas de terapia.

Dichos métodos terapéuticos tienen menos efectos secundarios perjudiciales.

Se ha desarrollado una variedad de ejercicios para ayudar al paciente reconocer su hábito y poder controlarlo.

Estos simples procedimientos son en muchas ocasiones, suficientes para romper el ciclo de muchos hábitos destructivos. Uno de estos procedimientos es practicar a propósito el hábito enfrente de un espejo. El paciente debe prestar mucha atención a la sensación propioceptiva - que está relacionada con el hábito. Se cree que este ejercicio aumenta la habilidad del paciente para reconocer la naturaleza del hábito y a su vez controlar y corregirlos. Otro método para manejar el hábito es llevar un record confiable de donde, como y cuando ocurrió la acción del hábito. Finalmente, un aditamento de EMG portátil es muy beneficio

so; este aparato aumenta la atención del paciente hacia el hábito y - así provoca que él mismo haga todos los intentos para poder eliminar ó controlarlos.

Ultimamente se han encontrado muchos efectos secundarios por el uso de la mayoría de los medicamentos.

Ahora hay un mayor número de individuos que sospechan de la farmacoterapia por "el contenido de drogas". Estos individuos a su vez van a negar también el uso de los aparatos mecánicos orales por sus "efectos perjudiciales". (Vid. supra.).

Aún así ellos se van a sentir completamente responsables por la salud de su boca y van a demostrar deseos de participar de una manera activa en su plan de tratamiento.

Los métodos terapéuticos controlados por los pacientes que se mencionaron anteriormente son ideales para este tipo de individuos.

En la actualidad existe una gran controversia sobre la etiología y el manejo de varios padecimientos orales.

Uno de estos problemas es el fenómeno de empuje lingual durante la deglución. En el pasado se pensó que este hábito es el agente - etiológico de la mordida abierta anterior, más aún, se creyó que un -> tratamiento ortodóntico podía fracasar si los modales de deglución - no se trataban junto con este.

Aunque la mayoría de los casos de bruxismo en adultos depende de la atención emocional, se ha reportado también que suele existir en ciertos casos de daño cerebral y de efectos secundarios de drogas.

El uso de anfetaminas, por ejemplo, fue reportado como causa de bruxismo. Muchos programas de control de peso involucran el uso de anfetaminas; la fenfluramina, derivado de anfetamina, fue reportada también como agente causal de bruxismo. Por lo tanto es importante preguntar al paciente acerca del uso de estas drogas. El bruxismo acompañado por daño cerebral es fácilmente identificado ya que el paciente presenta otras disfunciones físicas ó mentales.

En resumen, se cree que el bruxismo es una alteración del sueño relacionado con tensión emocional durante las actividades cotidianas del individuo.

Un cambio hormonal que acompaña una tensión psicológica ó física suele ser mediador de este hábito.

En los niños el bruxismo se debe también a un desequilibrio hormonal, sin embargo, en el niño este desequilibrio hormonal suele ser provocado por un problema de desarrollo. Lo anterior es una evidencia de que los individuos puedan heredar la predisposición al bruxismo.

8.2.2. NATURALEZA

La bruxomanía ocurre con mayor frecuencia en hombres que en mujeres.

La bruxomanía generalmente se inicia durante el sueño ligero y con mayor frecuencia durante las tempranas horas de la madrugada. Generalmente se acompaña de un cambio en la frecuencia cardíaca y respiratoria.

El episodio puede iniciarse con la estimulación al individuo por ruidos anormales o movimientos bruscos.

Se estima que alrededor del 30% de la población presenta bruxomanía. De este número, solamente pocos porcentajes manifiestan que tienen alteración patológica alguna.

En muchos individuos considerados como sanos se aprecia un desgaste oclusal ligero ó moderado. Este desgaste se considera normal y muchos Cirujanos Dentistas no le prestan la atención apropiada.

Sin embargo muchas de las consecuencias del bruxismo son muy graves.

Se pueden anotar las siguientes complicaciones:

Abración excesiva de los dientes, dolor agudo, muerte pulpar, incapacidad para masticar, etc. El Dr. Martínez Ross, en su excelente obra sobre oclusión, dice que la bruxomanía se considera como factor impor-

tante en la etiología del trauma por oclusión y de los desarreglos temporomandibulares.

La bruxomanía presenta alguno o algunos de los siguientes signos y síntomas clínicos:

- 1). Facetas sobre los dientes, que indican un desgaste oclusal.
- 2). Desgaste oclusal excesivo y desigual.
- 3). Tono muscular aumentado y resistencia no controlada a la manipulación de la mandíbula.
- 4). Hipertrofia compensadora de los músculos de la oclusión, es especialmente el macetero.
- 5). Movilidad aumentada de los dientes.
- 6). Sonido apagado a la percusión de los dientes.
- 7). Sensación de cansancio en los músculos de la masticación al despertar en las mañanas.
- 8). "Traba" de la mandíbula y una tendencia a morderse los labios, carrillos y lengua.
- 9). Músculos de la oclusión adoloridos a la palpación.
- 10). Dolor ó molestias en las articulaciones temporomandibulares.
- 11). Sensibilidad de los dientes al stress masticatorio.
- 12). Sensibilidad pulpar al frío.
- 13). Sonidos perceptibles de la bruxomanía.

Se cree que la contracción muscular intensa y prolongada durante el bruxismo es responsable de la fatiga muscular y de la mialgia.

Los estudios de este hábito demostraron que la mandíbula adopta una posición excéntrica e inestable.

La presión ejercida en esta posición provoca movilidad dentaria, lesiones traumáticas al tejido conectivo ya sean músculos o tendones y daño articular.

La bruxomanía afecta tanto a niños como adultos en clínica la edad de los niños que presentan dicho hábito varía de tres a doce años. La mayoría de los niños dejan el hábito alrededor de los doce años. El daño es raramente significativo y generalmente ningún tratamiento es indicado.

8.2.3. IDENTIFICACION DEL BRUXISMO NOCTURNO

El diagnóstico de la bruxomanía suele ser difícil. Existen varios métodos de diagnóstico con diferentes grados de éxito. Como en todas las áreas de la Odontología, una historia clínica completa y cuidadosa es de vital importancia.

El Cirujano Dentista debe darse cuenta que la mayor parte de los pacientes que presentan este hábito, son inconscientes de ello.

En ocasiones solamente la pareja de cama o del cuarto puede darse cuenta de los ruidos que causa el hábito.

Los siguientes signos y síntomas clínicos nos ayudan para lograr el diagnóstico:

- a). **Desgaste Dentario.** Modelos de estudio articulados son de gran importancia. Con su ayuda, a veces se pueden detectar la posición excéntrica de la mandíbula. La inestabilidad de la posición, con frecuencia, nos ayuda a explicar la naturaleza de síntomas que presentan los músculos, ligamentos y articulaciones.
- b). **Movilidad Dentaria.** La movilidad dentaria por si sola no es el único factor de diagnóstico. Sin embargo, en ausencia de otros factores etiológicos, enfermedad parodontal avanzada y movilidad dentaria nos dan una indicación de la existencia de la patología.
- c). **Fractura Dentaria.** Cúspides fracturadas y fracturas dentarias verticales pueden indicar actividad bruxística.
- d). **Mialgia.** Es un factor importante para el diagnóstico, pero solo no sirve para diagnosticar la bruxomania.
- e). **Hipertrofia Muscular.** Pacientes con una historia larga de bruxismo, presentan hipertrofia muscular especialmente del masetero.
- f). **Dolor de Cabeza.** El bruxismo está acompañado frecuentemente por un dolor de cabeza especialmente en la región temporal.

Otra medida para el diagnóstico es la administración de cinco miligramos de Diazepam (Valium), por una semana al acostarse.

En la siguiente visita, el paciente tiene que reportar una reduc
ción drástica de sus síntomas.

Se puede utilizar también el EMG nocturno. El hábito se reduce si el individuo se despierta por el tono, cuando empieza a apretar sus dientes.

El Cirujano Dentista debe recordar que el hábito es muy variable. La frecuencia y la intensidad del bruxismo varían de una noche a otra, puede desaparecer por semanas o meses y reaparecer cuando ocurre un - evento que causa una tensión emocional en el individuo.

8.2.4. EL MANEJO DEL BRUXISMO

El tratamiento para la corrección del bruxismo se divide en 3 ca
tegorías:

- 1). Manejo psicológico.
- 2). Manejo estructural (mécánico)
- 3). Manejo farmacológico.

Ninguno de los tratamientos mencionados es 100% efectivo para la eliminación completa del hábito.

El apretamiento y desgaste oclusal reflejan el estado emocional del paciente. El bruxismo se aumenta en épocas de tensión y se dis
minuye en períodos de relajación.

Un tratamiento definitivo será efectivo solamente cuando el individuo cambie su modo de vivir y reduzca la tensión. El tratamiento - debe iniciarse con una explicación de las causas del problema. La - etiología probable debe ser manifestada al paciente en una forma simple y sin utilizar términos técnicos.

El paciente debe entender que el hábito es una manifestación de un modo de vivir escogido por él, y solamente él, puede resolver el - problema por completo. Se tiene que indicar al paciente que la patología no es una indicación de alguna alteración mental, sino una consecuencia común de un ritmo de vida tenso.

El Cirujano Dentista debe demostrar intereses en la salud general del paciente y en sus problemas personales.

8.2.4.1. EL MANEJO FARMACOLOGICO

Una administración de 5 miligramos de Valium, 30 minutos antes de acostarse, suele ser muy efectiva como medida terapéutica temporal. Para obtener un alivio por un tiempo prolongado se necesita aumentar - la dosis en forma constante. Por tal razón no es recomendable utilizar este método por mucho tiempo. Está indicado solamente, cuando la etiología del stress es identificada y se espera un alivio gradual.

Tensión emocional o una crisis económica, tensión por un divorcio o muerte de un familiar repentina, llega a un punto máximo (climax), de terminado y luego disminuye gradualmente. En este tipo de casos la - farmacoterapia es el tratamiento de elección.

8.2.4.2. EL MANEJO ESTRUCTURAL

El manejo estructural se puede dividir en 2 categorías principales:

- a). El guarda nocturno.
- b). El ajuste oclusal.

El guarda oclusal es uno de los métodos más efectivos en el manejo de los síntomas relacionados con el bruxismo nocturno. Se espera un alivio notable de los síntomas que puede llegar al 80 ó 90% en todos los casos. Aunque muchos individuos siguen apretando sobre el guarda sus síntomas se reducen. Esto se debe, probablemente, a la redistribución de las fuerzas masticatorias en toda la arcada dentaria.

El uso del guarda está indicado en los casos de síntomas crónicos por un período prolongado, en casos de peligro a los trabajos de construcción o cuando el paciente es incapaz o no desea tomar una parte -- activa en su tratamiento.

El ajuste oclusal por desgaste mecánico, es el procedimiento clínico por medio del cual se elimina las interferencias oclusales que - obstruyen los movimientos funcionales de la mandíbula. Los objetivos principales del ajuste oclusal son por un lado, correlacionar la oclusión centríca con la relación centríca y por otro lograr que las fuerzas oclusales se distribuyan igualmente en la oclusión centríca y en el sentido de los ejes mayores de los dientes.

El primer principio del ajuste oclusal debe ser el de suprimir la carga individual, iniciar la tendencia hacia la carga axial y evitar - todas las posibles presiones laterales sobre los dientes. Al lograr - esto según Martínez Ross, en algunos casos la tendencia del sujeto a - la bruxomania durante períodos de abstracción y de sueño, se nulifica.

No debemos olvidar que el ajuste oclusal como tratamiento preven- tivo no se debe efectuar. El tratamiento del ajuste oclusal tiene - que considerarse, en la mayoría de los casos, como un paliativo.

Debido a que las interferencias oclusales se consideraban como el primer factor etiológico de la bruxomanía, con frecuencia se utilizó - el ajuste oclusal por desgaste mecánico como medida de tratamiento. Muchos clínicos manifestaron éxito con este método, especialmente para aliviar los síntomas de mialgia causada por hiperactividad muscular.

8.2.4.3. EL MANEJO PSICOLOGICO

Un programa especial, diseñado para alterar drásticamente el modo de vida, es el tratamiento de elección. Esto puede incluir consulta, pláticas, retroalimentación, relajación progresiva, hipnósis, dieta - especial y otros métodos. Los programas especiales de control de ten- sión, son ideales para aquellos individuos con salud mental y que reco- nocen la necesidad de cambiar su estilo de vida.

En las clínicas de Estados Unidos de Norte América, se ha desarro- llado un gran número de programas. Los pacientes respondieron a estos programas en forma excelente.

Otra medida de tratamiento psicológico es la autosugestión. La autosugestión supone la repetición de una frase u oración fija y positiva, redactada en forma tal que dé una reacción inconsciente de armonía y de acuerdo con las exigencias conscientes. Según Boyens, el empleo de la autosugestión se hace al acostarse y al despertar por cualquier causa. El paciente debe repetirse la frase: "Me despertaré si muerdo o aprieto los dientes" ó "aflojaré la presión de mis dientes" ó frases similares.

La selección del plan de tratamiento apropiado dependerá de una buena historia clínica, la historia reciente del paciente y el ritmo de vida cotidiana.

Cuando los factores etiológicos son tensión física ó emocional, se debe anotar en la historia clínica si la situación fue corta ó crónica.

La comprensión verdadera de las necesidades emocionales del paciente, son de gran ayuda para la elección de un plan de tratamiento satisfactorio.

8.3. PRONOSTICO Y CONCLUSIONES

El Cirujano Dentista, al enfrentar la problemática de manejo de los hábitos orales, encuentra varias dificultades fundamentales. Primero, los síntomas dolorosos relacionados con los hábitos son comúnmente de carácter ciclico y auto-limitante.

Durante un período de meses, los síntomas suelen intensificarse, llegar a un punto máximo y luego ceder. La dificultad se encuentra en que el paciente llega generalmente a la consulta cuando los síntomas están en el climax.

Es muy problemático determinar si el alivio se logró gracias a la terapia empleada, ó a la naturaleza ciclica de la patología. Otro problema es la inconsciencia del paciente hacia el hábito. A veces se necesita la ayuda de otra persona para convencer al paciente de su alteración. El tratamiento debe iniciarse siempre con procedimientos conservadores y reversibles.

Una terapia irreversible, como es el ajuste oclusal, debe ser considerada con gran cautela.

La posibilidad de desarrollar una neurosis de tipo oclusal en pacientes emocionalmente inestables, debe ser cuidadosamente evaluada.

En la última década, se ha incrementado considerablemente el número de pacientes que buscan un tratamiento por causa de hábitos orales. Como Cirujanos Dentistas, tenemos la responsabilidad de diagnosticar y tratar las patologías orales, incluyendo aquellas causadas por los hábitos destructivos. La mayoría de dichos hábitos pueden resolverse exitosamente a través de manejo estructural, terapia farmacológica y emocional.

Existen casos que se resuelven después de una breve consulta de orientación. Sin embargo nos enfrentamos a veces, con pacientes cuyos problemas emocionales ó conductuales no se manejan con facilidad.

El Odontólogo puede sufrir consecuencias emocionales si el paciente no demuestra mejoramiento ó si se agrava su situación a pesar de todos los intentos.

Según las experiencias clínicas, los pacientes con pobre pronóstico ó aquellos que necesiten un tratamiento más extenso son los siguientes:

- a). Pacientes que han centrado su vida alrededor de sus síntomas por un período mayor de 6 meses. Estos pacientes van a tener un nivel de umbral más bajo y sobrerreaccionarán ante menor estímulo.
- b). Pacientes que gozan de un beneficio por los síntomas que poseen dichos individuos suelen recibir beneficios económicos o sociales por su enfermedad. Ellos pueden utilizar sus síntomas para evitar vida social, trabajo y responsabilidad.
- c). Pacientes que reportan síntomas vagos ó inespecíficos. Los síntomas se presentan frecuentemente en términos muy generales o teoreticos y son difícilmente localizables.
- d). Pacientes que tienen una amplia gama de complejos asociados a problemas de tensión constante.
- e). Pacientes que culpan del problema actual, a otro Dentista. Estos individuos se interesan más en una venganza personal que en la solución verdadera a sus síntomas.

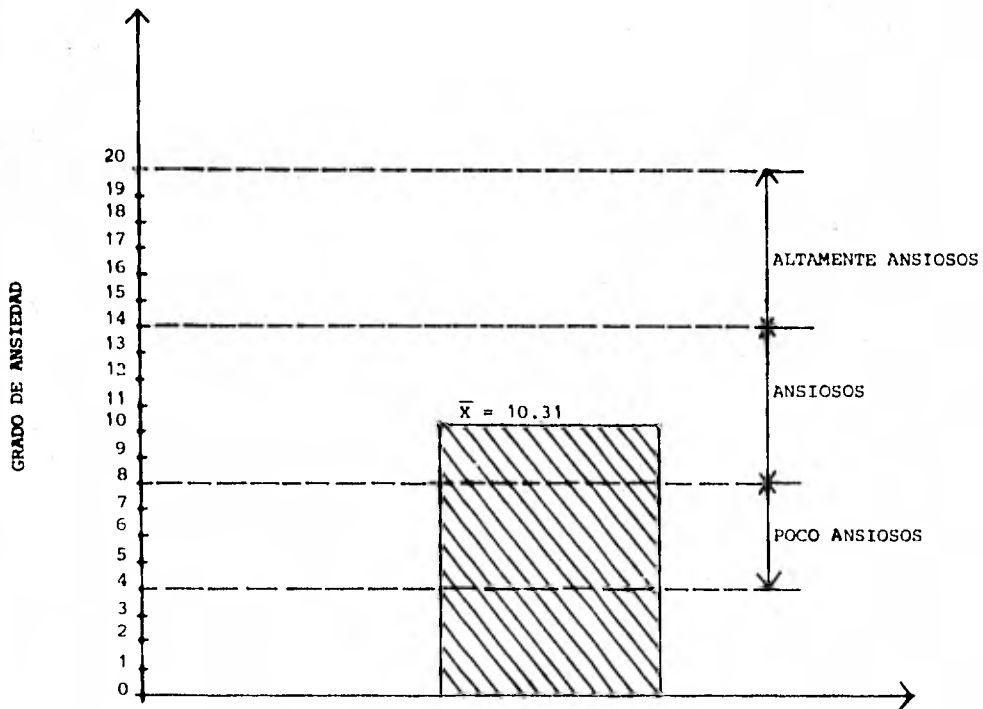
Por las razones manifestadas anteriormente, muchos Odontólogos prefieren remitir a los pacientes con el psicólogo. Sin embargo, la solución ideal de la mayoría de las patologías causadas por los hábitos orales se logra a través del complejo Odontólogo, terapia conductual y paciente motivado.

APENDICE:

ESQUEMAS Y GRAFICAS

GRAFICA 1: GRADO DE ANSIEDAD DENTAL - PROMEDIO

N-254

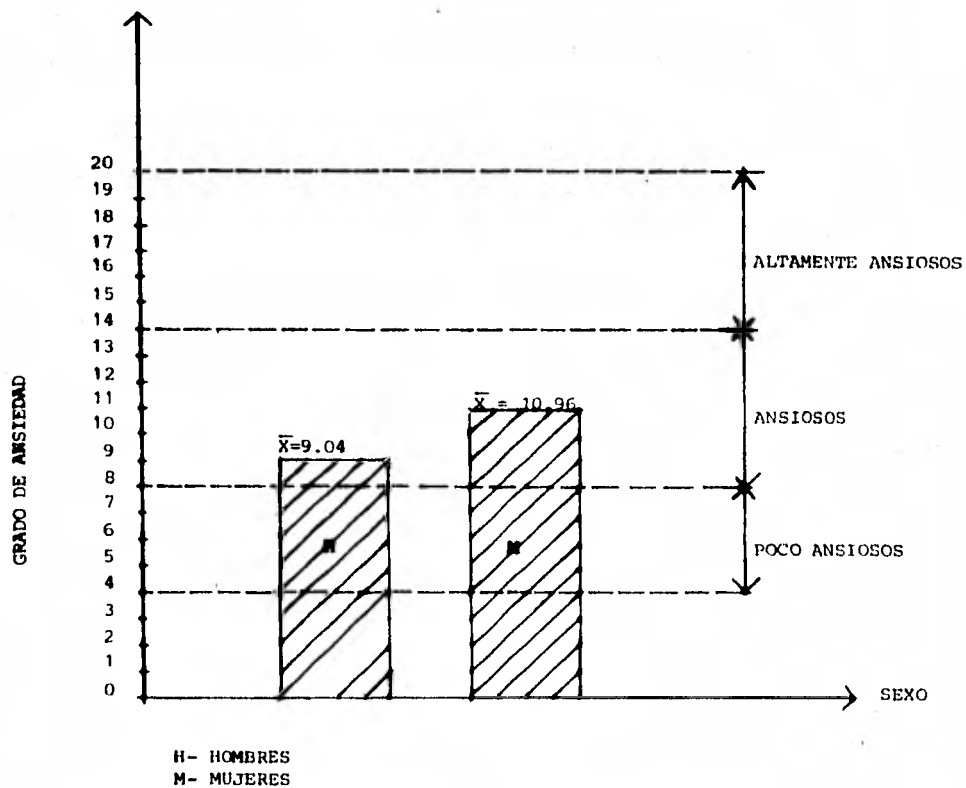


VARIANTES:

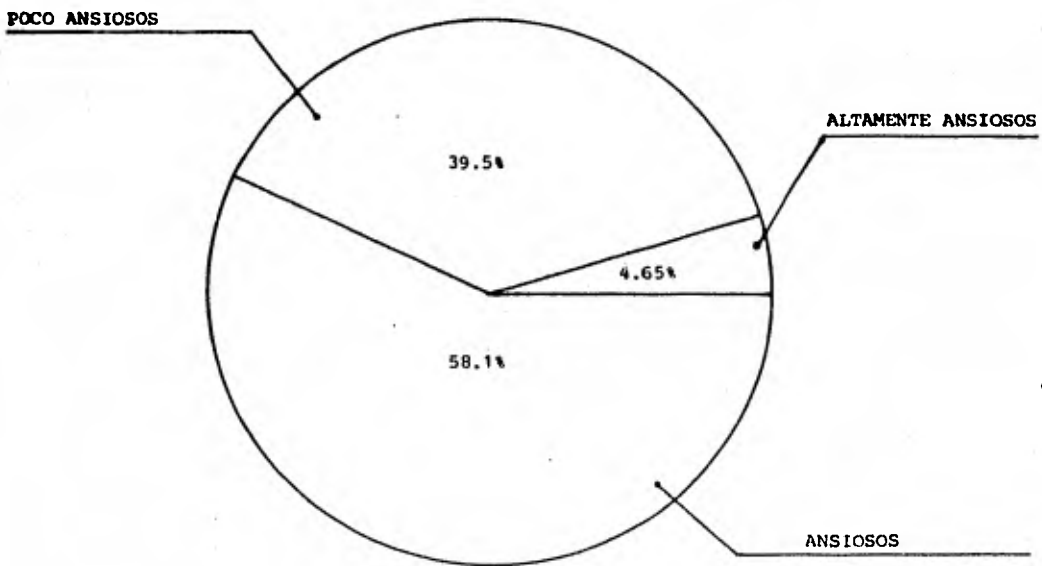
1. SEXO: MASCULINO, FEMENINO.
2. EDAD: 18-82 AÑOS
3. ESCOLARIDAD: 10. AÑO PRIMARIA-PROFESIONAL
4. NIVEL ECONOMICO: CLASE MEDIA BAJA (MB), CLASE MEDIA - (M), CLASE ALTA (A).

GRAFICA 2; GRADO DE ANSIEDAD DENTAL SEGUN SEXO

SEXO	N	\bar{x}
MUJERES	168	10.9
HOMBRES	86	9.04



GRAFICAS 3: DISTRIBUCION DEL GRADO DE ANSIEDAD DENTAL EN HOMBRES



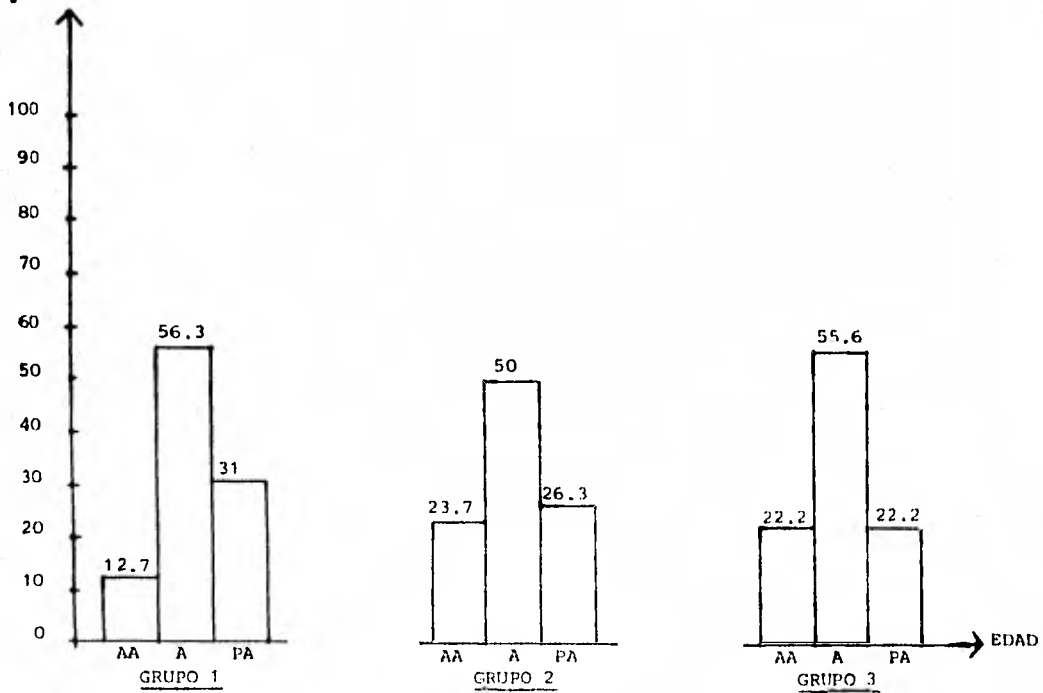
GRAFICA 4: DISTRIBUCION DEL GRADO DE ANSIEDAD DENTAL EN MUJERES

N=168



GRAFICA 5: DISTRIBUCION DEL GRADO DE ANSIEDAD DENTAL SEGUN EDAD

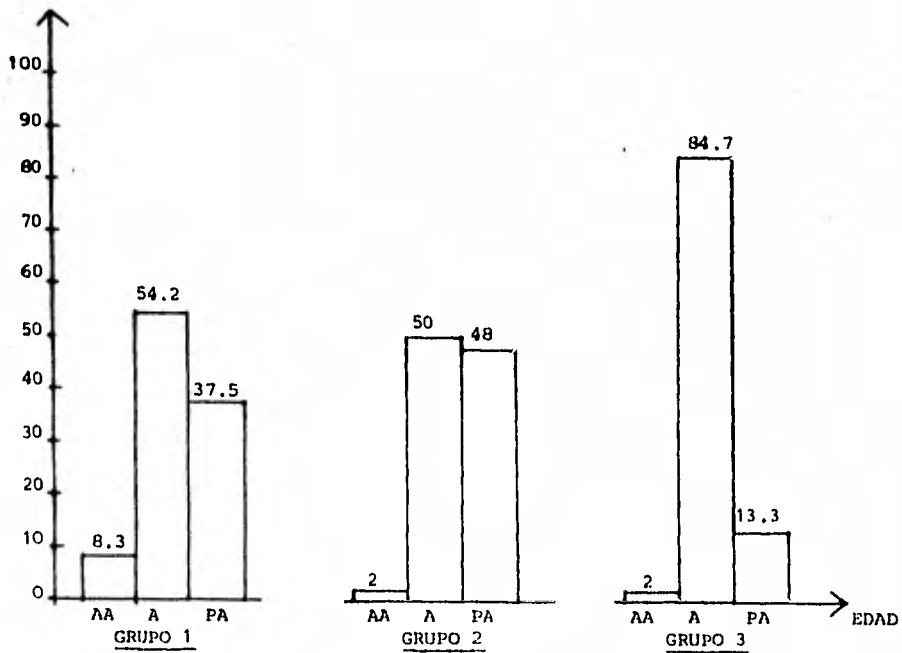
GRUPO	EDAD	N
1	18-34	142
2	35-49	76
3	50-82	36



AA- ALTAMENTE ANSIOSOS
 A - ANSIOSOS
 PA- POCO ANSIOSOS

GRAFICA 6: DISTRIBUCION DEL GRADO DE ANSIEDAD DENTAL EN HOMBRES, SEGUN EDAD

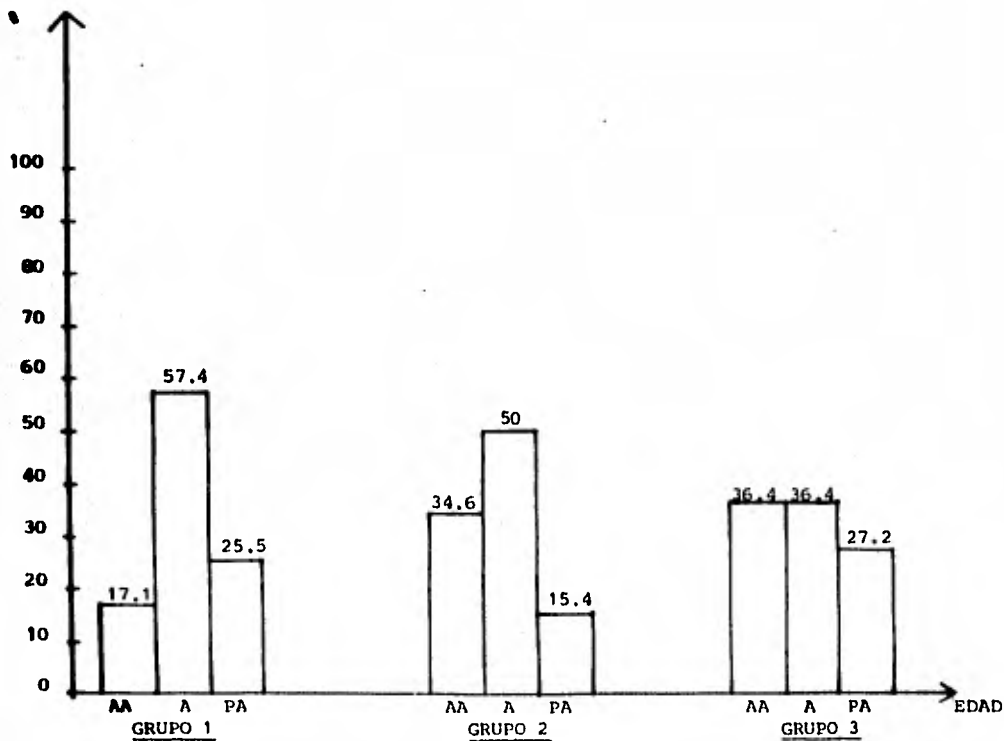
GPO	EDAD	N
1	18-34	48
2	35-49	24
3	50-82	14



AA- ALTAMENTE ANSIOSOS
 A - ANSIOSOS
 PA- POCO ANSIOSOS

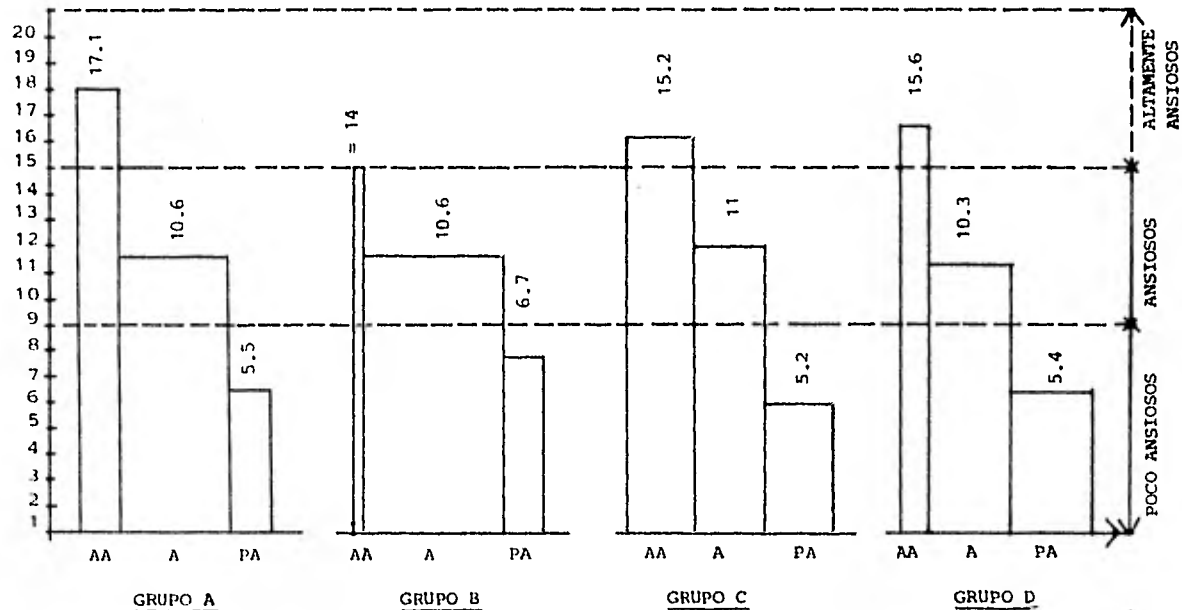
GRAFICA 7: DISTRIBUCION DEL GRADO DE ANSIEDAD DENTAL EN MUJERES
SEGUN EDAD

GRUPO	EDAD	N
1	18-35	94
2	35-50	52
3	50-82	22



AA- ALTAMENTE ANSIOSOS
A- ANSIOSOS
PA- POCO ANSIOSOS

GRUPO	NIVEL EDUCATIVO	N	ALTAMENTE ANSIOSO \bar{x}	ANSIOSOS \bar{x}	POCO ANSIOSOS \bar{x}
A	PRIMARIA	104	21.2% $\bar{x} = 17.1$	57.7% $\bar{x} = 10.6$	21.2% $\bar{x} = 5.5$
B	SECUNDARIA	42	4.8% $\bar{x} = 4.8$	81% $\bar{x} = 10.58$	14.2% $\bar{x} = 6.66$
C	PREPARATORIA	30	33.3% $\bar{x} = 15.2$	33.3% $\bar{x} = 11$	33.3% $\bar{x} = 5$
D	PROFESIONAL	78	12.8% $\bar{x} = 15.6$	46.2% $\bar{x} = 10.27$	41% $\bar{x} = 5.4$

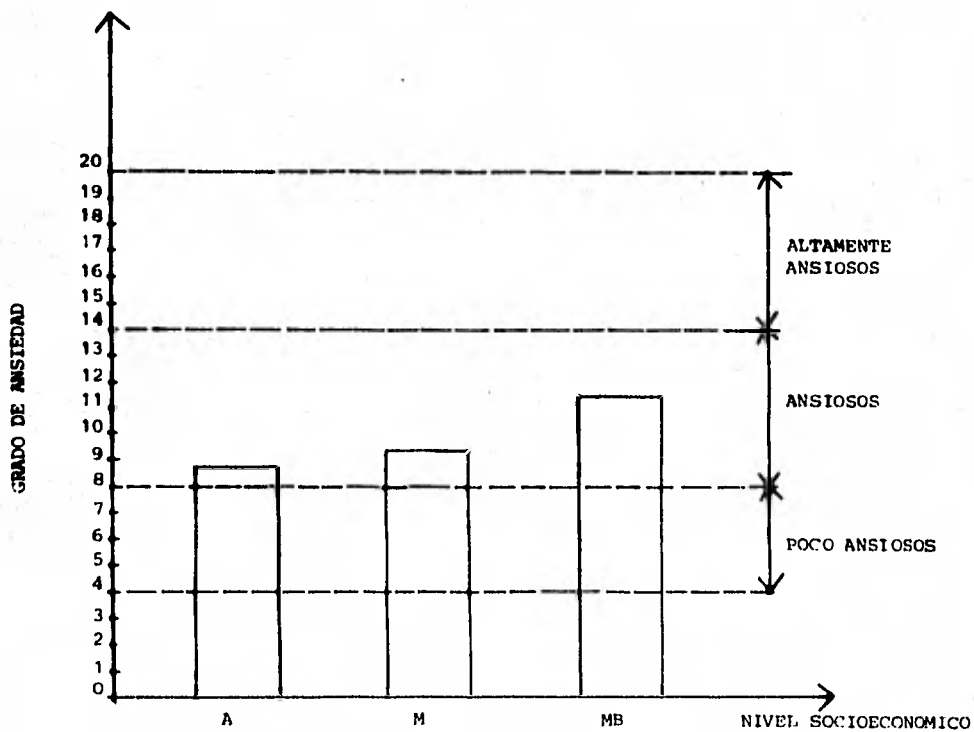


AA- ALTAMENTE ANSIOSOS
A- ANSIOSOS
PA- POCO ANSIOSOS

GRAFICA 3: GRADO DE MIEDO DENTAL SEGUN NIVEL EDUCATIVO.

GRAFICA 9: GRADO DE ANSIEDAD DENTAL, SEGUN NIVEL SOCIOECONOMICO

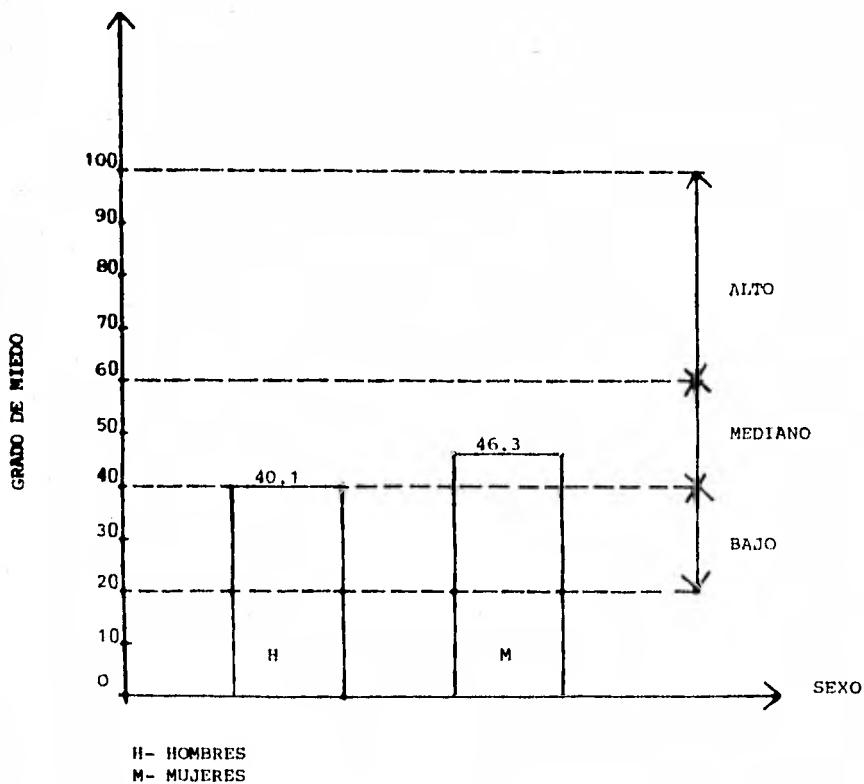
CLASE SOCIAL	N	\bar{X}
ALTA	54	8.7
MEDIA	98	9.4
MEDIANA BAJA	102	11.5



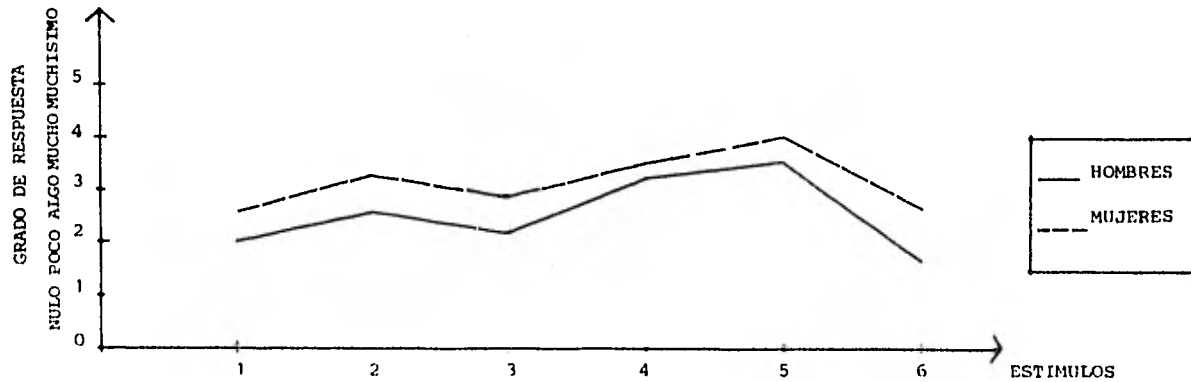
A- CLASE ALTA
M- CLASE MEDIA
MB-CLASE MEDIA-BAJA

GRAFICA 10: MIEDO AL TRATAMIENTO DENTAL SEGUN SEXO (PRUEBA DE - MIEDO DENTAL).

SEXO	N	\bar{X}
MUJERES	150	46.3
HOMBRES	88	40.1



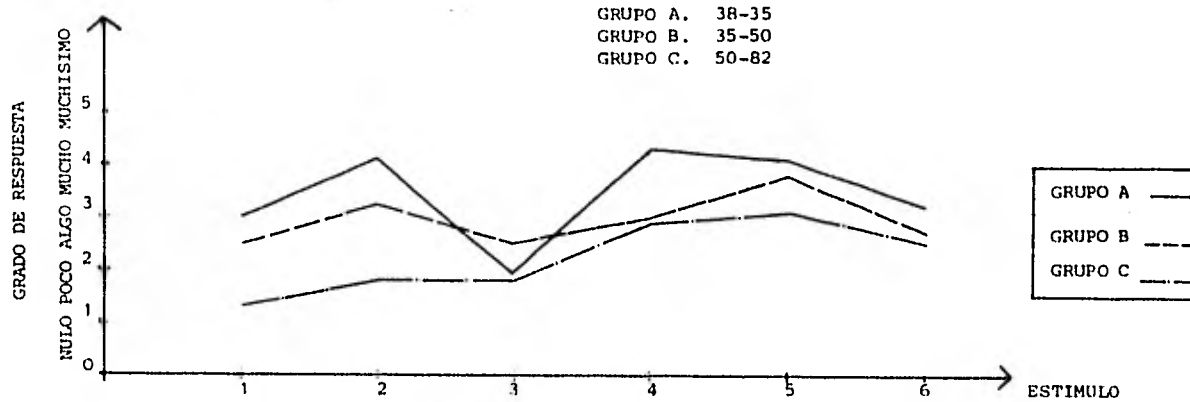
		HOMBRES	MUJERES
ESTIMULO 1	HACER CITA CON EL DENTISTA	2.0	2.6
ESTIMULO 2	ESTAR SENTADO EN EL SILLON	2.6	3.3
ESTIMULO 3	EL OLOR DEL CONSULTORIO DENTAL	2.2	2.9
ESTIMULO 4	SENTIR INYECCION ANESTESICA	3.2	3.5
ESTIMULO 5	SENTIR LAS VIBRACIONES DE LA FRESA	3.5	4.0
ESTIMULO 6	PASAR TRATAMIENTO DE PROFILAXIS	1.7	2.7



GRAFICA 11: GRADO DE MIEDO REPORTADO ANTE LOS SIGUIENTES ESTIMULOS (SEGUN SEXO).

GRAFICA 12: GRADO DE MIEDO REPORTADO ANTE LOS SIGUIENTES ESTIMULOS
(SEGUN EDAD)

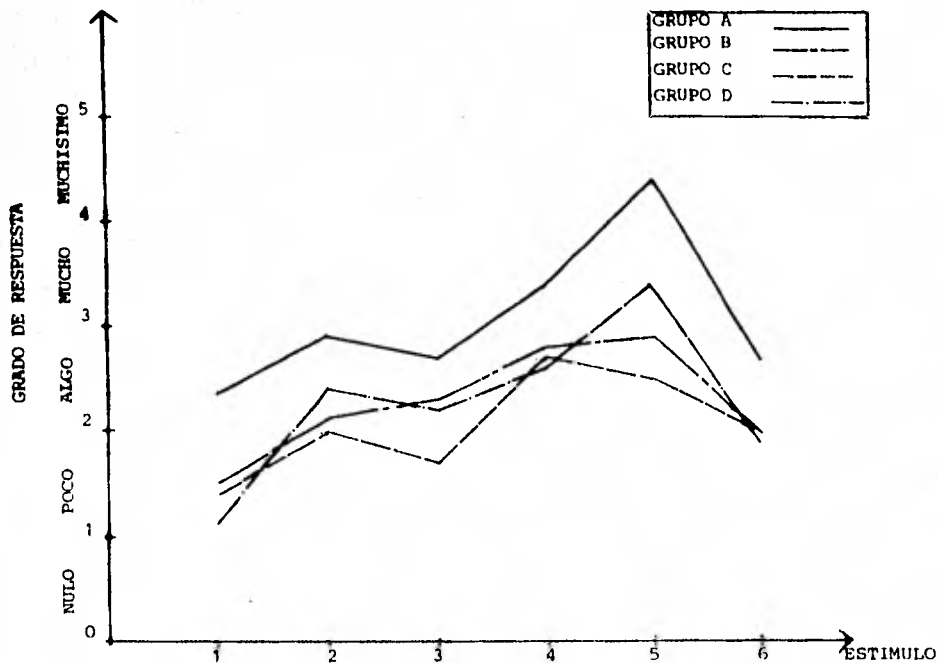
ESTIMULO 1	HACER CITA CON EL DENTISTA	3.0	2.5	1.3
ESTIMULO 2	ESTAR SENTADO EN EL SILLON	4.1	3.2	1.8
ESTIMULO 3	EL OLOR DEL CONSULTORIO DENTAL	1.9	2.5	1.8
ESTIMULO 4	SENTIR INYECCION ANESTESICA	4.3	3.0	2.9
ESTIMULO 5	SENTIR LAS VIBRACIONES DE LA FRESA	4.1	3.8	3.1
ESTIMULO 6	PASAR TRATAMIENTO DE PROFILAXIS	3.2	2.7	2.5



GRAFICA 13: GRADO DE MIEDO REPORTADO ANTE LOS SIGUIENTES ESTIMULOS (SEGUN ESCOLARIDAD)

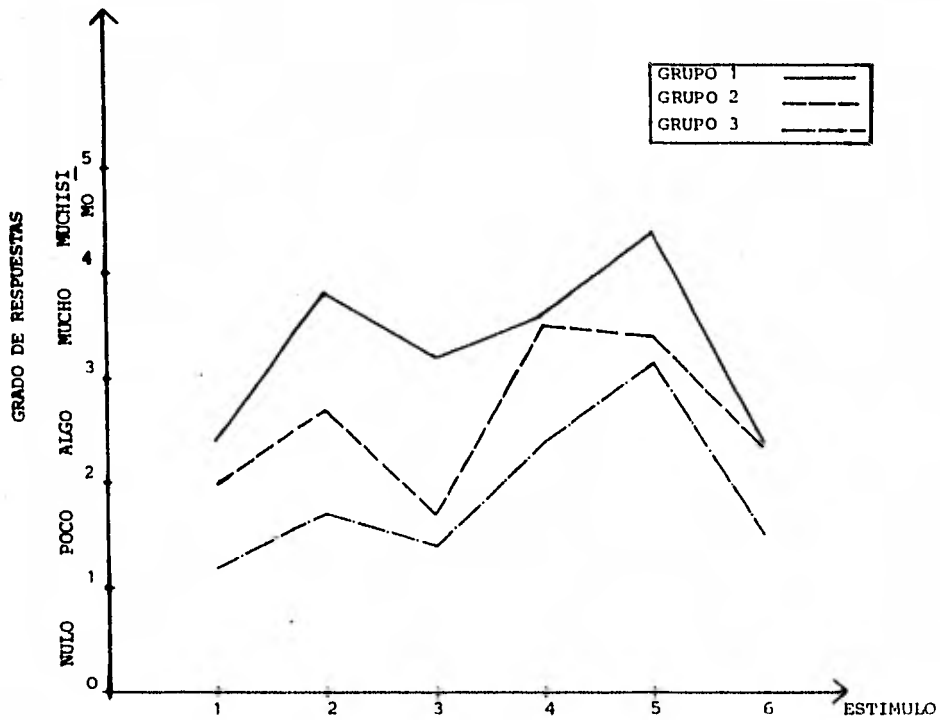
ESTIMULO		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D
		1	2	3	4
ESTIMULO 1	HACER CITA CON EL DENTISTA	2.3	1.5	1.4	1.1
ESTIMULO 2	ESTAR SENTADO EN EL SILLON	2.9	2.1	2.0	2.4
ESTIMULO 3	EL OLOR DEL CONSULTORIO	2.7	2.3	1.7	2.2
ESTIMULO 4	SENTIR INYECCION ANESTESICA	3.4	2.8	2.7	2.6
ESTIMULO 5	VIBRACIONES DE LA FRESA	4.4	2.9	2.5	3.4
ESTIMULO 6	TRATAMIENTO PROFILACTICO	2.7	2.0	2.0	1.9

GRUPO 1. PRIMARIA
 GRUPO 2. SECUNDARIA
 GRUPO 3. PREPARATORIA
 GRUPO 4. PROFESIONAL



GRAFICA 14: GRADO DE MIEDO REPORTADO ANTE LOS SIGUIENTES ESTIMULOS (SEGUN NIVEL SOCIOECONOMICO)

ESTIMULO		GRUPO 1 MEDIA-BAJA	GRUPO 2 MEDIA	GRUPO 3 ALTA
ESTIMULO 1	HACER CITA CON EL DENTISTA	2.4	2.0	1.2
ESTIMULO 2	ESTAR SENTADO EN EL SILLON	3.8	2.7	1.7
ESTIMULO 3	EL OLOR DEL CONSULTORIO	3.2	1.7	1.4
ESTIMULO 4	SENTIR INYECCION ANESTESICA	3.6	3.5	2.4
ESTIMULO 5	VIBRACIONES DE LA FRESA	4.4	3.4	3.2
ESTIMULO 6	TRATAMIENTO PROFILACTICO	2.4	2.3	1.5



CONCLUSIONES

Durante largo tiempo nuestra profesión, la Odontología, se ha preocupado de la perfección de los procedimientos técnicos, del estudio de las ciencias básicas y del dominio de las habilidades manuales. Desafortunadamente, el tener los conocimientos científicos, la habilidad manual y el dominio de los aspectos técnicos no aseguran el éxito de nuestra intervención. El Cirujano Dentista como miembro del equipo encargado del cuidado de la salud de su paciente, debe recordar que éste constituye una entidad psicobio-fisiológica. Como Odontólogos, no realizamos trabajos sobre tipodontos sino en la cavidad oral de nuestros pacientes los cuales tienen sentimientos como miedo, ansiedad, angustia y dolor. Por lo tanto, manifestamos a lo largo de nuestro trabajo la obligación que tenemos de adquirir conocimientos conductuales y atender los aspectos socioculturales e interpersonales de la Odontología moderna.

Hemos basado en datos estadísticos para la identificación de los problemas más frecuentes que confrontan los Cirujanos Dentistas en su práctica dental cotidiana. Además analizamos puntos claves que determinan la actitud que toman los pacientes hacia el tratamiento dental. Los datos obtenidos de dichos estudios se presentaron en la introducción y en el apéndice de la Tesis. Los resultados indican que muchos de los problemas manifestados en la práctica dental tienen un origen conductual y pueden intervenir en el resultado del tratamiento.

Fue la intención de esta Tesis enseñar tanto al estudiante de Odontología al igual que al Cirujano Dentista la importancia de la Odontología Conductual y sus aplicaciones en la práctica dental, con el fin de aumentar el número de tratamientos exitosos y obtener mayor satisfacción profesional y la de nuestros pacientes.

El Odontólogo es algo más que un técnico de la cavidad oral ya que su interacción con el paciente es múltiple. El funciona como educador proporcionando al paciente la información adecuada con el fin de motivarlo y asegurar el éxito de su tratamiento. Además el Odontólogo profesional debe ser buen negociante y administrador si espera mantenerse de su profesión.

Para poder ejecutar su múltiple papel, el Odontólogo necesita tener habilidades de comunicación las cuales son indispensables para explicar los planes de tratamiento y proporcionar instrucciones post-operatorias. Finalmente el Cirujano Dentista debe demostrar habilidades para tratar eficazmente a los pacientes especiales como son: El paciente miedoso, ansioso, inhabilitado, infantil y senil. La naturaleza de nuestra labor nos obliga a adquirir habilidades específicas y asumir múltiples funciones. Se hizo mención detallada de las técnicas más recientes de la Odontología Conductual con el objeto de lograr el manejo de todo tipo de pacientes.

Obviamente, muchas preguntas quedan sin respuestas y requieren de mayor investigación. Sin embargo creemos que estos métodos implementados adecuadamente podrán servir en gran medida tanto al Odontólogo como a sus pacientes reduciendo así los conflictos y problemas entre ambos.

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

1. Anotti, W.R., Greider, A., 1972, Applied Psychology in Dentistry, Ed. 2a., St. Louis, C.V. Mosby, U.S.A .
2. Bandura, A., 1969, Principles of Behavior Modification, 1a. Ed. Ed. Holt, Rinehart and Winston, New York, U.S.A .
3. Bates, R.C., 1968, The Fine Art of Understanding Patients, Oradell, New Jersey, Medical Economics Book Division, U.S.A .
4. Bell, W.E., 1979, Orofacial Pains - Differential Diagnosis, Ed. 2a., Chicago, Yearbook Medical Publishers. U.S.A .
5. Brown, J.P., 1980, The efficacy and economy of comprehensive dental care for handicapped children, International Dental Journal, 30:14, U.S.A .
6. Bryant, P.S., 1979, Behavioral dentistry: Concept and challenge, En Clinical Research in Behavioral Dentistry: Proceedings of the Second National Conference on Behavioral Dentistry, editado por B.D. Ingersoll y W.R. McCutcheon, West Virginia University Press, pp. 1 - 8, U.S.A .
7. Carkuff, R.R., 1969, Helping and Human Relations: A Primer for Lay and Professional Helpers, New York, Holt, Rinehart y Winston, U.S.A .
8. Collet, H.A., 1978, Dental malpractice: An enormous and growing problem., Journal of Prosthetic Dentistry, vol.39, pp.217, U.S.A .

9. Corah, N.L., Gale, E.N. Illig, S.J., 1978, Assessment of a dental anxiety scale., American Dental A J, 97:816, U.S.A .
10. Dworkin, S.F., Ferrence, T.P., Giddon, D.B., 1979, Behavioral Science and Dental Practice, St. Louis, C.V. Mosby, U.S.A .
11. Fox, L., 1974, Dentistry for the Handicapped child, DCNA, Philadelphia, W.B. , Saunders, U.S.A .
12. Frankel, S.N., Shiere, F.R., Fogels, H.R., 1962, Should the parent remain with the child in the dental operatory., Journal of Dentistry for Children, 29:150., U.S.A .
13. Gellman, W., 1959, Roots of prejudice against the handicapped. Journal of Rehabilitational Medicine. 25:4, U.S.A .
14. Hammerman, S.S., 1954, Some psychiatric aspects of management of the dental patient, Journal Conn. Dental Association, 29:14, U.S.A .
15. Ingersoll, T.G., Ingersoll, B.D., Seime, R.J., McCutcheon, W.R., 1978, A survey of patient and auxiliary problems as they relate to behavioral dentistry curricula., Journal of Dental Education, Vol. 42, pp.260, U.S.A .
16. Ingersoll, B.D., Ingersoll, T.G., McCutcheon, W.R., Seime, R.J., 1979, Behavioral dimensions of dental practice: A national survey, West Virginia University School of Dentistry, U.S.A .

17. Iwata, B.A., Becksfort, C.M., 1981 , Behavioral research in preventive dentistry: Educational and contingency management approaches to the problem of patient compliance, Journal of Applied Behavior Analysis, Vol, 14, pp.111, U.S.A .
18. Kleinknecht, R.A., Klepac,R.K., Alexander.D.K., 1973, Origins and characteristics of fear of dentistry, American Dental Association Journal, Vol.86. pp. 842, U.S.A .
19. Kleinknecht, R.A., 1978, Fear of Dentistry: Its development. measurement and implications, Ed. P. Weinstein, Seattle, U.S.A .
20. Klepac, R.K., 1979, The role of pain in dental apprehension, En Clinical Research in Behavioral Dentistry: Proceedings of the Second National Conference on Behavioral Dentistry, editado por B.D. Ingersoll y W.R. McCutcheon, West Virginia University Press, pp.52, U.S.A .
21. Kohlenberg, R., Greenberg, D., Reymore, L., Hass, G., 1972, Behavior modification and management of mentally retarded dental patients. Journal of Dentistry for Children, 39:61, U.S.A .
22. Melamed, B.G., 1977, Preparing children for dental treatment: Effects of film modeling. En Behavioral Dentistry: Proceedings of the First National Conference, Editado por B.D. Ingersoll, R.J. Seime. W.R. McCutcheon, Morgantown,, W. Va. West Virginia University Press, U.S.A .
23. Melzack, R., 1973, The muzzle of Pain, 1a. Ed., Ed. New York Basic Books, New York, U.S.A .

24. Merskey, H. and Spear, 1967, Psychological and Psychiatric Aspects, 1a. Ed, Ed. Bailliere, Tindall and Casell, U.S.A .
25. Morgan, P.H., Wright. L.E., Ingersoll, B.D., Seime, R.J., 1980, Children's perception of the dental experience., Journal of Dentistry for Children, 47:243, U.S.A .
26. Pizer, M.F., Dubois, D.D., 1975, Anxiety and dental practice., Springfield, Illinois, C.C. Thomas, U.S.A .
27. Protell, M.R., Krasner, J.B., Fabikant, B., 1975, Psychodynamics of Dental Practice, Sprinfield, Illinois, C.C. Thomas, U.S.A .
28. Roberts, R.E., McCrory, D.F., Glasser, J.H., Askew, C. Jr., 1978, Dental care for handicapped children reexamined: Dental training and treatment for the handicapped., Journal of Public Health Dentistry, 3B:22, U.S.A .
29. Ross, Martinez E., 1978, Oclusión. 2a. Ed., Ed. Victoria Editores, México, D.F .
30. Rua, B. 1971, Proceedings of the third International Symposium on Child Dental Health. Copenhagen.
31. Rugh, J.D. and Solberg, W.K., 1979, Psychological implications in tempomandibular pain and dysfunction, 1a. Ed., Ed. E.V. Mosby, U.S.A .
32. Runyon, H.L., Cohen, L.A., 1979, The effects of systematic human relations training on freshman dental students, American Dental Association Journal, 8:196, U.S.A .

33. Sackett, D., Haynes, R., 1976, Compliance with Therapeutic Regimens, Johns Hopkins University Press, U.S.A .
34. Sayer, A.E., 1978, Social attitudes at University students toward the disabled: Contributory factors. American Association of Rehabilitation Therapy Journal. 26:26, U.S.A .
35. Shoben, E.J., Borland, L., 1954, An empirical study of the etiology of dental fears, J. Clin. Psychol 10:171., U.S.A .
36. Sternbach, R.A., 1974, Pain patients: Traits and Treatment, 1a. Ed., New York: Academic Press, U.S.A .
37. Stoker, T.F., Kennedy, S.H., 1980, Reducing child uncooperative behavior during dental treatment with modeling and reinforcement. Journal of Applied Behavior Analysis. 13:41 .
38. Till, M.J., Brearley, L.J., 1971, Communicating with children. N.W. Dent 49:392.
39. Weinstein, P., 1978, Behavioral strategies to enhance patient compliance with preventive recommendations. En Advances in Behavioral Research in Dentistry, editado por, P. Weinstein. Seattle: University of Washington, U.S.A .
40. Wright, F.A.C., Lucas, J.O., McMurray, N.E., 1980, Dental anxiety in five to nine year old children, Journal of Pedodontics. 4:99, U.S.A .

41. Wright, G.L., Alpern, G.D., 1971, Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit. Journal of Dentistry for Children, 38:124, U.S.A .
42. Wright, G.L., Alpern, G.D., Leake, J.l, A cross-validation of variables affecting children's cooperative behavior, Canadian Dental Association Journal. 39:268, U.S.A .
43. Zarb, G.A. and Speck, J.E., 1979, the treatment of mandibular dysfunction, Temporomandibular Joint: Function and Dysfunction Ed. por G. Zarb y G. Carlsson, St. Louis: C.V. Mosby, U.S.A .