

Universidad Autónoma de Guadalajara

Escuela de Odontología



"TIPOS DE PERSONALIDADES QUE AFECTA LA
RELACION PACIENTE-DENTISTA EN LA
PROSTODONCIA TOTAL".

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

FERNANDO M. RIVAS POZAS

ASESOR: C.D. RAFAEL I. BOJORQUEZ RUIZ

GUADALAJARA, JALISCO, 1988

FALLA DE ORIGEN



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.

TIPOS DE PERSONALIDADES QUE AFECTA LA RELACION PACIENTE-DENTISTA
EN LA PROSTODONCIA TOTAL.

INTRODUCCION.

CAPITULO 1. GENERALIDADES

CAPITULO 11. DIFERENTES PERSONALIDADES EN PACIENTES EDENTULOS

CAPITULO 111. CLASIFICACION DE PACIENTES SEGUN DR. HOUSE

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

INTRODUCCION.

La edad es un proceso variable que se ha manifestado cambiante a través de la historia del -- hombre.

Son elocuentes las cifras que constatan el número cada vez mayor de ancianos en el mundo - actual. Las posibilidades y esperanza de supervivencia han aumentado notablemente; si consideramos que en la - población superior a los 65 años está edad crece tres - veces más de prisa que la comunidad en su conjunto.

Esto exigirá mayores conocimientos de los diferencias de necesidad y reacción orgánica que se pueden esperar en estas épocas de la vida.

Si bien la comprobada ingerencia de la fluoración y otras medidas profilácticas influyen favorablemente sobre la frecuencia de las caries y de

la enfermedad periodontal, como causas mas frecuentes - en la perdida de dientes, es razonable superar la necesidad de los conocimientos basicos de la prostodoncia en su resoluci3n y su responsabilidad ; en busca de un buen sustituto de la denticion natural.

CAPITULO 1. GENERALIDADES.

CAPITULO 1. GENERALIDADES.

Son complementos obligados y consecutivos al diagnostico. El pronóstico anticipa el futuro y el tratamiento planea su indicación.

El pronostico de la edentación total se limita a esbozar las escuelas conocidas del desdentamiento, o su prevencion o rehabilitación con dentaduras completas.

Referido al tratamiento protético se estiman las posibilidades prácticas de duración, es decir, evaluar los resultados inmediatos o mediatos.

Pronóstico inmediato relativas estadísticas, sin duda, resultados satisfactorios cuando las dentaduras cumplen con los requisitos y cualidades técnicas básicas, como el soporte, estabilidad y retención necesarias, con estética y comodidad.

Repercuten positivamente 1.- en personas jóvenes, con buen estado general de salud, 2.- re- bordes residuales favorables con poca resorcion osea y mucosa, y 3.- optima adaptabilidad sin trastornos psicocomotores.

Se interpreta así que las probabilidades de éxito protético está en relación no sólo de la condición del paciente sino también de los conocimientos, habilidad y técnicas que aplique el prostodoncista.

Mejor prótesis

Mejor paciente

Mejor técnica

Esquema favorable del éxito protético.

Sin embargo otra es la realidad cuando el prostodoncista debe formular pronóstico protético ensombrecido por antecedentes de fracasos, resul-

tados pobres e inadaptados inmediatos o mediatos.

Los factores más evidentes que imponen reservas al propósito son, generalmente, todos aquellos pacientes que se apartan del esquema favorable.

Factores desfavorables la edad avanzada hace que los estudios geriátricos adquieran relevante validez como consecuencia del aumento del número de ancianos y de su mantenimiento en actividad útil, - que caracterizan nuestro tiempo, contribuyen también a la superación y adelanto de la prostodoncia.

El mal estado orgánico general o disminuidos orgánicamente, según los casos y magnitud, influyen en el pronóstico protético, como los trastornos nutricios, endocrinos, vitamínicos neuromusculares y otros mencionados.

La sensibilidad y estado psíquico, - citadas ampliamente en el, son factores de pronóstico muchas veces decisiva.

Los factores anatómicos, técnicos y psíquicos determinan los resultados satisfactorios del paciente edéntulo geriátrico con sus dentaduras completas.

Influencia protética

Mecánicos orgánicos psicósomáticos
Esquema de dificultades protéticas.

Pronóstico mediato este depende fundamentalmente de la estabilidad y condiciones cambiantes del organismo es decir, como cada década progresa, los tejidos pierden amplitud para aseptar presiones y reponerse; y en parte, a las modificaciones o desgaste de material de la dentadura completa.

Las probabilidades de duración de una dentadura completa, se considera en condiciones normales de salud entre 3 a 5 años.

En los casos de prótesis inmediata o colocados sobre correcciones quirúrgicas resientes, el pronóstico indicará la necesidad próxima (un año) de un rebase, o quizá la conveniencia de una nueva prótesis.

En presencia de manifestaciones para protéticas debe ejercerse un estricto control de la lesión y evitar que pueda repetirse.

Las dentaduras sometidas a reparaciones ocasionan posible deformación o desgaste, en relación a su localización, y con mayor frecuencia la dentadura inferior.

El rebase directo o indirecto, y el cambio de base de una dentadura resiente o antigua - requiere un estudio minucioso de hábitos, soporte, - relación maxilomandibular y esquema oclusal.

Está contraindicada la dentadura -

completa cuando no constituye un recurso benéfico para el paciente o implique riesgo para su estado o por su estado.

No aporta beneficio alguno en la caquexia, el Parkinsonismo grave, la senilidad avanzada; significa un riesgo en los retrasados mentales, dementes, epilépticos; pueden agravar su estado en el cáncer sífilis, tuberculosis bucal o otros procesos graves en evolución, como también significa un riesgo en pacientes con maxilares irradiados y el pronóstico se torna negativo cuando el estado mental o espiritual del paciente impide su comprensión y tolerancia.

**CAPITULO 11. DIFERENTES PERSONALIDADES DEL
PACIENTE EDENTULO.**

CAPITULO II. DIFERENTES PERSONALIDADES DEL PACIENTE EDENTULO.

El examen psicológico del paciente edéntulo es una etapa clínica necesaria cuyos factores se integran en forma decisiva en el diagnóstico e influyen en la propia participación del paciente en el tratamiento.

La edentación influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico y social del individuo; transforma el contacto facial, altera el lenguaje, perturba la alimentación, modifica la nutrición, altera la expresión y repercute en la mente y en los sentidos.

No todos los pacientes que requieren de dentaduras completas se consideran geriátricos; por ende es importante conocer la personalidad psíquica del anciano y entender las alteraciones que ocasiona el estado edéntulo en los adultos jóvenes, por la tendencia común de asociar la pérdida de los dientes con el clásico esquema senil.

El envejecimiento (se considera a los 65 años o más), implica no sólo cambios estructurales y biológicos, sino que también aparecen notables trastornos en la mentalidad; sufren de alteraciones y modificaciones fisiológicas, como deterioros de los corpúsculos del gusto, cambios degenerativos de los tejidos blandos, alteración de la secreción salival, cambios en la queratinización, etcétera, y cambios psicológicos como desórdenes de conducta, problemas en relación con la fuerza del ego y la autoestima.

El desmoronamiento del ego se manifiesta por dos vías: A: - la llamada reacción depreciva, es el desorden psíquico más común que presentan los ancianos, y consiste en una percepción de cambios en su estado físico o social que él reconoce como una amenaza a la consideración de sí mismo; pero no hay sensación de culpa u hostilidad interna en estos pacientes; B: - la llamada demencia senil, cuando sufren de cambios orgánicos en el sistema nervioso central con arterioesclerosis cerebral, presentan patrones de conducta perturbados; en general son hostiles y desagradables.

Sospechan mucho de las motivaciones del odontólogo y discuten con exceso, su única defensa es negar el presente y vivir el pasado, donde experimentan una sensación de bienestar, tienen dificultad para adaptarse a cualquier problema, les falta voluntad para cooperar y han perdido el deseo de adaptarse a nuevas realidades.

Las consideraciones psicopatológicas estas se realizan por medio de estudios epidemiológicos y demuestran que el índice de psicopatología aumenta con la edad.

1.- Trastornos mental "indirecto", diagnosticado por diversos psiquiatras usando medidas conservadoras.

2.- Trastorno mental "probable", que según los grupos de Sjöbring se consideran patológicos.

3.- Trastorno mental "concebible", en el que no se excluye la posibilidad.

Hasta el momento no ha sido posible definir y correlacionar con precisión los complejos cambios y procesos orgánicos que originan muchos de los trastornos psiquiátricos.

Un detrimento en el cerebro o trastornos metabólicos o endocrinos pueden originar una condición mental anormal, sin embargo, además en personas predispuestas los esfuerzos psicológicos pueden provocar un trastorno mental.

Este hecho ha llevado a los psiquiatras a distinguir entre:

1.- Trastornos orgánicos, en los que la enfermedad mental puede plantearse directa o indirectamente como una enfermedad evidente, como un mal funcionamiento lesivo del cerebro, tales como un tumor, una lesión tóxica o una infección.

2.- Desórdenes funcionales, en los que la enfermedad

mental es de una naturaleza psicogénica, sin un origen psicósomático definido o sin cambios observables en el sistema nervioso central estructuralmente relevantes, como psicosis afectiva o parafrenia o enfermedades orgánicas del cerebro, tal como psicosis senil o arterioesclerosis.

La clasificación psiquiátrica en la vejez se considera conveniente y útil para el diagnóstico agrupar los trastornos en la siguiente forma:

- A.- demencias preseniles (en la edad madura);
- B.- demencias seniles (psicosis)
- C.- psicosis arterioescleróticas;
- D.- psicosis afectivas;
- E.- parafrenia;

Demencias preseniles: de origen desconocido, empiezan a aparecer desde los 40 a los 50 años de edad.

Aunque poco frecuentes, se mencionan la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Pick. Las características de ellas son cambios degenerativos y atróficos del cerebro por la desintegración profunda y sistemática de la personalidad que originan.

La enfermedad de Alzheimer se acompaña también de alucinaciones e ilusiones y un empeoramiento de la postura y el movimiento.

Sin embargo el más común de los trastornos preseniles presenta una reducción tanto de la capacidad intelectual como de la de trabajo.

Demencias seniles más común en la mujer, se inicia gradualmente y tiende a aparecer en la vejez, entre los 65 y 70 años.

Los cambios patológicos que ocurren son difusos; sin embargo se nota una lenta y relativa deterioración intelectual progresiva.

En las primeras fases se aprecia una profunda depresión, desinterés, de carácter irritable y pérdida emocional y empeoramiento de la memoria.

En la fase final se acompaña de un debilitamiento físico, se hace mentalmente más lento, obtuso emocionalmente, pierde su facultad de comprensión y llega a confundirse.

La psicosis senil entraña una completa desorganización y degradación de la conducta.

La psicosis arterioesclerótica cerebral esta psicosis tiene una presentación variable que depende de la localización e intensidad de los trastornos en la circulación cerebrovascular y elevada presión sanguínea.

Esta enfermedad tiende a iniciarse en la vejez más avanzada y puede ser grave o de corta duración.

La importancia de esta enfermedad arterioesclerótica radica en que tiene una tendencia a la recu-

peración temporal, a nuevos ataques y a un curso fluctuante.

La psicosis arterioesclerótica se desarrolla con más rapidez que los cambios seniles o el envejecimiento mental normal. Sin embargo la diferencia básica entre ella y la demencia senil es que ésta produce una destrucción más rápida y progresiva, no remittente, de las funciones centrales de organización de la personalidad.

Pueden presentarse antecedentes de dolor de cabeza y pérdidas momentáneas de la memoria que la deterioran, esto trae como consecuencia un aumento de la insuficiencia, un decremento en la iniciativa y el interés y un cambio en las reacciones emocionales.

Se acompaña designos graves que indican el comienzo de las lesiones serias en el cerebro: parálisis facial, temblores, trastornos del habla y, menos frecuentes, efectos sensoriales y raramente convulsiones.

La Psicosis afectiva es una condición neurótica latente, frecuente en la vejez que se diagnostica por un trastorno emocional depresivo. Signos leves de depresiones funcionales pueden observarse como incapacidad de recordar acontecimientos recientes, enajenamiento desorientación, deterioro intelectual y resquebrajamiento de sentimientos y emociones.

El estado depresivo puede empeorar en corto tiempo con signos progresivos de inquietud, angustia e insomnio.

Parafrenia tardía se considera difícil distinguir la parafrenia tardía de las depresiones paranoicas y de la enfermedad cerebral orgánica. Se considera oscura la causa de su comienzo, aunque las mujeres son más propensas que los hombres y se desarrolla después de los 60 años.

El síntoma característico es el delirio de persecución, celoso, arrogante, presumido y con falta

de emoción y afecto asia los demás. Los delirios para-
noicos se acompañan con frecuencia de alucinaciones.

Gradualmente las creencias delirantes erosionan
la actividad ordinaria y la conducta de la persona se
hace socialmente inaseptable a causa de sus acusacio-
nes, hostilidad y extrañeza. Paresen ser prometedoras
las pruebas efectuadas con la terapia por medio de --
drogas, para tratar y controlar esta condición.

CAPITULO 111. CLASIFICACION DE PACIENTES .

SEGUN EL DR. HOUSE.

CAPITULO III. CLASIFICACION DE PACIENTES SEGUN EL DR. HOUSE

Con el objeto de ayudar y orientara ubicar a pacientes y nosotros mismos en relación con los problemas prostodónticos, se han clasificado según la actitud y personalidad:

HOUSE
(1921)

reseptivos ecépticos histéricos pasivos

La enunciación de estas clasificaciones u otras más, muestran los enfoques bajo los cuales se consideran los problemas, lo ubican al mismo tiempo en su grado de dificultad y en sentido apropiado.

Si analizamos el cuadro anterior o los distin-

tos pacientes que acuden a nosotros, es indudable que los más fáciles de tratar, aunque las condiciones bucales sean desfavorables, son aquellos pacientes que entran dentro del cuadro de personalidades estables; es decir, aquel que acepta que la dentadura completa es un recurso protético de prevención a sus carencias que le conservará y mantendrá a un nivel aceptable su integridad física, estética y fonética; demuestra interés y tiene confianza hacia nosotros, no hace preguntas absurdas y trata de cooperar siguiendo todas las instrucciones que se le dan.

ACTITUD DEL PACIENTE.

El Dr. M.M. House agrupa sus pacientes en 4 categorías:

1) Mente Filosófica. - Son aquellos pacientes que no han tenido mala experiencia al usar prótesis y tienen un buen balance mental. En estos casos, dependerá del operador hacer un buen diagnóstico, y un buen pronóstico, y además educar al paciente.

Son también los que han usado prótesis satisfactoriamente y tienen buena salud y están necesitando una prótesis nueva.

2) Mente Exaltada. - Son aquellos que tienen mala salud, se preocupan mucho acerca de la eficacia de la dentadura artificial y no aceptan consejos de los dentistas son muy renuentes a extraerse los dientes.

Hay otros pacientes que están usando dentadura, pero que creen que no es satisfactoria desde el punto de vista estético, y de la eficacia, dudoso siempre de que el dentista tenga la habilidad suficiente para dar un buen servicio. Y por esa razón insisten en que el operador dé una garantía por escrito y que acepte trabajos adicionales sin cobro alguno, como repeticiones de trabajo, rebases, etc.

3) Mente Histerica.- Son aquellos que tienen mala salud, no se han atendido su boca por mucho tiempo, que tienen enfermedades muy avanzadas y mucho miedo al servicio dental, además adquieren la seguridad completa de que nunca podran usar una dentadura artificial.

Hay otros pacientes que sí tienen dentadura artificial, pero segun ellos ésta no es satisfactoria y no están contentos con ella. Desean una dentadura con apariencia y eficacia igual a las piezas naturales más perfectas.

4) Mente indiferente.- Son aquellos que no se preocupan por tener buena apariencia y sienten muy poco o ninguna de la buena masticación.

Por eso tienen poca perseverancia y no nos ayudan en el acostumbramiento del uso de la prótesis.

ACITUD MENTAL

De lo resientemente enunciado, surge que la actitud mental del paciente de ningún modo es el factor menos importante en el diagnóstico de pacientes que requieren prótesis completa. No es un problema mecánico ni Biológico. Es uno que involucra el conocimiento de las personas y su manera de reaccionar frente a diferentes situaciones.

Los odontólogos con ciertos conocimientos de psicología aprenderán a descubrir durante las citas el diagnóstico, las actitudes y reacciones del paciente.

Después podrán modificar sus propias actitudes y reacciones de modo que se establezca la confianza mutua, que es de primordial importancia.

En este proceso el odontólogo debe provocar en sí mismo simpatía por el paciente. Si no es capaz de lograrlo, es muy probable que los resultados del tratamiento que prescriba dejarán mucho que desear.

Los odontólogos deben sentir preocupación sincera por la salud, la comodidad y el bienestar de sus pacientes para establecer la confianza mutua que se requiere.

Esto se realizará antes de iniciarse el tratamiento y continuará durante el planeo y el tratamiento del mismo.

DESEO Y ESPECTATIVA

Para establecer la comunicación y la confianza, el odontólogo ha de averiguar exactamente cuales son los deseos y las expectativas del paciente. Esto se logra mediante la indagación de la historia protética del paciente y escuchando atentamente sus comentarios y quejas.

Preguntas tales como ¿Que dificultades tiene usted con la prótesis que usa actualmente? estimularan al paciente a relatar si le quedan flojas, si causan dolor o tienen dificultades al comer y al hablar.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

Las motivaciones relacionadas con el autoestima, un ritmo de trabajo flexible e ingresos considerables; así como un ambiente de trabajo deseable forman un grupo básico relacionado principalmente con las necesidades del "yo" , un segundo grupo de motivaciones se basa principalmente en el deseo de realizar tipos de procedimientos técnicos.

Con las manos y trabajar con equipo interesante, así como instrumentos que pueden mejorar la función y el aspecto de los dientes y tejidos circundantes.

Un tercer tipo de motivaciones básica es el ayudar a personas a experimentar a conservar la salud. En la mayor parte de los casos los que dan atención médica presentan indicación de las tres motivaciones que equilibradas, pueden proporcionar satisf

cción dentro de la profesión, así como el resultado favorable para los pacientes.

Cuando los intereses del profesional de la salud están orientados hacia sí mismo o hacia los procedimientos, es más probable que el paciente sea tomado como un objeto de atención o como un medio para alcanzar su fin.

Es importante recordar que el éxito no está asegurado por la mera adquisición por parte del paciente del conocimiento teórico sobre su salud bucal sino por la adquisición y la práctica sostenida de hábitos que llevan al mejoramiento y al mantenimiento de una buena salud bucal.

En otras palabras, el resultado final de un programa de odontología debe ser un cambio en la conducta y no simplemente un cambio cognositivo.

Una evaluación de la prótesis en cuestión en cuanto a las quejas del paciente revelan una abundante información sobre la actitud mental del mismo respecto de la prótesis y de los odontólogos. Guiarán a este en sus respuestas y les indicarán que no debe, para ganar la confianza del paciente, prometer más de lo que es posible.

La pregunta ¿Le agrada su aspecto con la prótesis que lleva puesta? puede desencadenar un torrente de comentarios que serán útiles más adelante en el enfilado estético de los dientes.

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

BIBLIOGRAFIA.

1.- PROSTODONCIA TOTAL

José y Ozawa Deguchi

5ta. Edición 1984

2.- TRATAMIENTO DEL DESDENTADO TOTAL

H.O. Campusselli

2a. Edición 1980

Editorial Mundi.

3.- PRINCIPIOS DE CLINICA DE ODONTOLOGIA

Joseph E. Chasteen.

Editorial El manual moderno S.A.

4.-PROTESIS PARA EL DESDENTADO TOTAL

Carl O. Bocher

7a. Edición

Editorial Mundi

Buenos Aires Argentina.

5.- PROSTODONCIA TOTAL

Sheldon Winkler

1er. Edición

Interamericana

México D.F. 1982

6.- ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION

Katz, Mc Donal Stookey

3er. Edición

Panamericana.

7.- ODONTOLOGIA PREVENTIVA

Dra. Irene R. Woodall

Dra. Bonni R. Dafac

1er. Edición

Interamericana

México D.F. 1983

8.- MANUAL DE PROSTODONCIA TOTAL

Felipe deJ. Robles S.

Jaime S. Herrera Urbina

2da. Edición

U.A.G.

Guadalajara Jal. 1980