

157

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



MITO O REALIDAD!
DEONTOLOGIA DEL CIRUJANO DENTISTA

T E S I S
QUE SUSTENTA LA ALUMNA
MARTHA EVIA RAMIREZ
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1988



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION:	1
CAPITULO I EL HOMBRE, SU SALUD Y ENFERMEDAD	2
CAPITULO II RELACION DENTISTA-PACIENTE	12
CAPITULO III VALORACION CLINICA	23
A. Métodos empleados en la exploración clínica	24
B. Historia médica y dental	33
C. Exploración clínica	39
D. Modelos de estudio	42
CAPITULO IV VALORACION RADIOGRAFICA	45
A. Radiología intraoral	47
B. Radiología extraoral	49
C. Radiología del cráneo	52
D. Radiología especializada	56

	Pág.
CAPITULO V	
VALORACION PSICOLOGICA	63
A. Método del examen psicológico	73
B. Actitudes del paciente	80
CAPITULO VI	
DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	84
CAPITULO VII	
EL EXITO Y EL PROFESIONAL	96
CONCLUSION	104
BIBLIOGRAFIA	107

INTRODUCCION

DEONTOLOGIA DEL CIRUJANO DENTISTA, es una visión de la labor profesional que se realiza para restaurar y perseverar -- por la buena salud bucodental del prójimo, al elaborar cuidadosamente un plan de tratamiento sobre la base de un examen completo, tomando como marco de referencia el estudio del hombre dentro de la unidad de las tres esferas que la integran: la biológica, la psicológica y la social.

Dicho estudio se basa en presentar factores de evaluación clínica, radiográfica, psicológica para valorar la capacidad física y emocional de cada paciente en particular y poder determinar sus necesidades individuales.

Al valorar estos aspectos, es posible efectuar un diagnóstico y formular un pronóstico para instituir una terapéutica integral que incluya un tratamiento preventivo y restaurativo para el mantenimiento del bienestar del ser humano.

CAPITULO I
EL HOMBRE, SU SALUD Y ENFERMEDAD

La palabra HOMBRE deriva etimológicamente de las voces la tinas homo-hominis, cuyo significado es: ANIMAL RACIONAL.

Para la comprensión de su esencia, hay que partir del -- principio de que es un ser poseedor de un cuerpo y una mente que regirá su vida desde el comienzo de su existencia hasta el final de ella. El conocimiento de la naturaleza humana en todos sus aspectos (anatomofisiopatológicos y psicológicos), son indispensables para entender el problema de salud y la forma de prevenir y tratar las enfermedades. Comprender la psicología del enfermo es tan importante en el tratamiento de la enfermedad, como interpretar la psicología del hombre sano en la conservación de la salud.

Para estudiar al hombre sano o enfermo, es necesario partir de los tres enfoques que forman parte de su unidad indivisible: la biopsicosocial, que comprende la entidad biológica, que hace énfasis en el estudio de la estructura y funciones del organismo, la psicológica que estudia la conducta, la personalidad, las relaciones del ser humano y la social que es propia de las ciencias sociales para situar al individuo como ente que vive con otros y recibe influencias positivas o negativas de la sociedad y la cultura.

De aquí que el dentista deba conocer tanto al hombre fi--

siológica y psicológicamente, como al ambiente en que se desenvuelve para entender los fenómenos biológicos y psicológicos de salud y enfermedad que son dos grados de adaptación física, mental y social del individuo a las condiciones del medio en que vive, siendo la resultante del éxito o del fracaso del organismo.

Entre los estados de salud y enfermedad, existe una escala de variación que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que se llama enfermedad. Tanto la salud como la enfermedad presentan síntomas clínicos específicos.

La salud es la conservación del organismo humano de su propia individualidad, en lo referente a estructura y funcionamiento en el medio que está colocado. Es un estado de bienestar completo, demuestra una armonía física, psíquica y social con su ambiente, incluyendo las variaciones (puesto que ningún estado biológico es definitivo, salvo la muerte), es decir un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los hombres y las diferencias en sus condiciones de vida, no solamente la simple ausencia de enfermedad o de invalidez. El estado de salud no es un fin en sí mismo, lo que importa es que la salud permita al ser humano el goce pleno y armonioso de todas sus facultades.

Al parecer no es posible definir la salud en términos absolutos y sólo objetivos, ni tampoco se puede pensar que es la simple ausencia de enfermedad. La salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental, social, alegría de vivir), aspectos objetivos (capacidad funcional), aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

Ahora bien, el medio en sus constantes variaciones ejerce sobre el individuo una serie de acciones que tienden a desintegrarlo. El hombre para mantenerse como tal, realiza igualmente una serie de funciones de resistencia que dentro de ciertos límites conservan ese estado de equilibrio (salud). Pero las fuerzas antagónicas en lucha que producen este equilibrio, son notoriamente desiguales. En efecto las fuerzas del medio son mucho más poderosas que las que el organismo opone para conservar su individualidad, se trata de un equilibrio inestable. De aquí puede suceder una de dos cosas:

1) Que el organismo siga luchando para restituir el equilibrio perdido y pueda restablecer su individualidad (enfermedad).

2) Que las fuerzas sean aniquiladas por las del medio -- que lo hacen desaparecer como individuo para ser incorporado a él y cesarlo de toda lucha, para constituir la muerte.

La enfermedad, es la reacción funcional y anatómica del organismo ante un agente morboso, produciendo un estado de de

equilibrio ecológico en su funcionamiento. Es producto de una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto.

Por agente morboso debe entenderse toda la serie de acciones que el medio ejerce para destruir el equilibrio existente, entre él y el organismo.

Cuando alguna de las causas morbosas obra sobre el organismo y éste reacciona contra ellas produciéndose una serie de manifestaciones reveladoras de este estado de lucha. Estas manifestaciones son lo que se conoce con el nombre de síntomas de la enfermedad. El síntoma es toda manifestación subjetiva de un problema de salud (enfermedad y padecer). Estos síntomas pueden ser manifestaciones de alteración funcional, anatómica o psicológica. El estudio de estos síntomas constituyen la sintomatología y en ocasiones el conjunto de síntomas que se presentan unidos, constituyen un síndrome para caracterizar una afección o una enfermedad.

Las causas de enfermedad se pueden dividir en:

a) Causas de orden físico:

Deben ser considerados los agentes mecánicos que obran sobre el organismo por medio de la fuerza y el movimiento, como los traumatismos, las variaciones de presión atmosférica, etc.

Otros agentes físicos susceptibles de alterar la salud son el calor, el frío, la luz, el sonido, la electricidad, etc.

b) Causas de orden químico:

Los agentes de este orden, son aquellas que modifican la composición íntima de los elementos que constituyen el organismo. Si su acción destructora sobre las células es rápida produciendo en ellas la incapacidad absoluta para seguir desempeñando su papel, los agentes químicos llevan el nombre de cáusticos. Si su acción es lenta y obran modificando el medio orgánico, son llamados tóxicos.

c) Causas de orden biológico:

Pertenecen a esta categoría, los agentes morbosos capaces de alterar la salud (virus, bacterias, hongos, parásitos).

Por tal motivo, la historia natural de la enfermedad se basa en la triada ecológica (agente, huésped y medio) que se halla interrelacionada en un constante equilibrio. Esta situación permite que existe un relativo "estado de salud" en el llamado periodo prepatogénico, ya que estos tres elementos se encuentran en una interacción adecuada que permite el mantenimiento del equilibrio ecológico. En el periodo patogénico se rompe dicho equilibrio ya que se presenta un factor desencadenante, por ejemplo, ciertos elementos del ambiente favorecen el ataque del agente sobre el huésped susceptible y éste pasa al "estado de enfermedad". Cuando las lesiones celulares y -

tisulares, las alteraciones bioquímicas y fisiológicas se manifiestan, se dice que aparece el horizonte clínico que es -- una línea hipotética que separa la etapa preclínica de la etapa clínica en el periodo patogénico. Este periodo puede --- terminar si la enfermedad se vuelve crónica, si el enfermo -- muere o si se recupera la salud, dejando secuelas, incapacidad o sin ellas.

El paso de la salud a la enfermedad, comienza con un periodo silencioso de incubación válido para todo tipo de enfermedades, periodo que puede ser muy corto o muy largo. Al comienzo cuando recién se insinúa la influencia perturbadora de la adaptación, el proceso ya es activo pero no tenemos medios para descubrirlo. En una segunda etapa aún preclínica, podríamos diagnosticarlo con las técnicas radiográficas utilizadas y si el paciente se preocupara de los controles periódicos de salud. En la tercera etapa hay síntomas a los cuales el paciente puede responder o no y en la etapa final la desadaptación provoca la reacción intensa del organismo (como defensa última), en tal forma que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo. Precisamente, la gravedad de una enfermedad depende del grado de interferencia funcional que provoca.

En el hombre los estados de enfermedad pueden ser de índole exógeno o endógeno. En el primer caso, se atribuye la enfermedad a la intervención de una causa exterior, a un mal-

que lo aqueja, está concepción de la enfermedad implica que el estado normal del individuo es la salud y que el hombre es bueno por naturaleza. En el segundo caso, se cree que el origen de la enfermedad está en el mismo hombre, por lo tanto se afirma que el enfermo presenta ya una predisposición natural, sea ésta hereditaria, congénita, adquirida o situacional, - frente a un determinado mal, así el mal está ya en el paciente y como consecuencia, se declara que el hombre está mal por naturaleza.

En sí, el problema de la enfermedad en el ejercicio de la Odontología que tiene por centro no a la boca humana, sino al hombre como persona puede presentar diferentes variantes:

- 1) La enfermedad propiamente dicha, entendida como lesión orgánica, funcional, inmunológica, etc., con sus correspondientes síntomas y signos clínicos.
- 2) Las repercusiones de la enfermedad en las esferas de lo psíquico, social y cultural del individuo que lo está sufriendo, conjunto más bien de síntomas que de signos (padecer).
- 3) El padecer sin enfermedad, cuya existencia se debe a la simple sospecha o temor que siente la persona respecto a sí está o será atacado por determinada enfermedad.
- 4) El padecer que trae consigo las secuelas de la enfermedad propiamente dicha.

Al presentarse una manifestación de enfermedad se procurará:

- a) Conocerla en todas sus características.
- b) Fijar bien todas las circunstancias en que se presenta.
- c) Determinar cuales de esas circunstancias son necesarias para su producción y cuales son contingentes.
- d) Tratar de conocer cuales son las circunstancias que al ser suprimidas hacen que desaparezca.

El dentista al calificar una situación de patológica, es necesario mirar al hombre como unidad indivisible para comprender que lo condujo a presentar una desviación de la normalidad, descubrir la nueva dinámica interna establecida en su persona y -- con base en ello señalar las tendencias que puede asumir el comportamiento del individuo en el futuro. Todo esto es necesario para efectuar un signo clínico, que es la manifestación objetiva de la existencia de la enfermedad misma que el dentista llega a conocer por medio de la exploración física e inclina a su intelecto hacia un diagnóstico, pronóstico y seleccionar las -- medidas terapéuticas más adecuadas para el tratamiento del paciente en particular.

El esquema de la historia natural de la enfermedad permitió estructurar un sistema de prevención en diferentes niveles:

- a) Prevención primaria; son aquellas medidas preventivas - que se llevan a cabo en la etapa prepatogénica. Incluye promoción de la salud (educación sanitaria, por ejemplo) y protec-

ción específica (inmunizaciones, atención a la higiene personal, etc.).

b) Prevención secundaria; se realiza mediante un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (odontología restaurativa).

c) Prevención terciaria que permite limitar las secuelas y rehabilitar al inválido.

CAPITULO II

RELACION DENTISTA-PACIENTE

DENTISTA-PACIENTE, forman la base sobre la cual se establecen las relaciones socioprofesionales durante los períodos de enfermedad.

El dentista es la persona que ejerce la ODONTOLOGIA, que es una rama de las ciencias médicas que se encarga de mantener la integridad, estética y funcionamiento adecuado del aparato estomatognático, contribuyendo a la perseveración y restauración del estado de salud bucal del individuo.

El paciente es la persona con una enfermedad, que acude al consultorio dental en busca de curación.

Dicha correlación puede definirse como el encuentro e interacción entre ambas personas. Esta concomitancia no podrá establecerse si la práctica odontológica se limita al conocimiento del modelo biológico-lesional de la enfermedad. Tal modelo considera la enfermedad como una lesión de los órganos, tejidos, células y moléculas del cuerpo humano con sus correspondientes etiologías, patogénesis, síntomas, signos y datos-paraclínicos (de laboratorio y gabinete). Es en el modelo biopsíquico y socioecológico de los problemas de salud del hombre donde se posibilita una relación de consulta completa con los seres humanos (objetivante e interpersonal). La relación objetivante, el enfermo es el objeto de conocimiento, cu

yo fin es conocer científicamente al hombre y su enfermedad.-
La relación interpersonal es comprender o entender al enfermo como persona desde el punto de vista odontológico en la solución de su problema de salud.

Los principales lineamientos de la relación dentista-paciente es el de la relación humana en el contexto de la profesión odontológica. Así se puede considerar la relación desde tres puntos de vista básicos; el que establece la cultura profesional, el que apunta a la función mesiánica o la apostólica del dentista, el que señala el ligamento afectivo o fenómeno de transferencia entre el paciente y el odontólogo.

CULTURA PROFESIONAL

Esta discrepancia se refleja en parte, en el vocabulario empleado por el dentista y el paciente. Muchas veces, el odontólogo tiene que decifrar el lenguaje del individuo para hacer o confirmar el diagnóstico de signos y síntomas del padecimiento o enfermedad determinada.

El problema se agudiza cuando ambas partes pertenecen a diferentes culturas o niveles socioeconómicos, los cuales se reflejan en el lenguaje y comportamiento de ambos.

Al dentista le corresponde captar, a través de dicha relación lo que atribuye el enfermo a su padecimiento, observando los comportamientos y reacciones del individuo. Esto le da -

la pauta para entrar en el universo simbólico del paciente y decifrar las implicaciones de la enfermedad. De ahí podrá partir para elaborar un plan específico de acción y tratamiento. Esto sienta la base para un acuerdo entre el odontólogo y el enfermo, que tiene como objetivo el tratamiento y la posible curación de la enfermedad.

El establecimiento de dicho convenio, que es tanto afectivo como intelectual y moral, se traduce y se manifiesta en los comportamientos visibles y/o audibles (expresión facial, los modales, el tono de la voz, la prudencia, la oportunidad de las preguntas, la paciencia para escuchar, etc.) del paciente y del dentista, en situaciones como la experiencia del enfermo en su primera consulta dental, la cual es particularmente significativa para el curso posterior de dicha relación.

Sin embargo la transacción presenta ciertas dificultades que debe resolver principalmente el odontólogo en relación -- con su paciente. Algunas de estas dificultades son; diferencias de vocabulario y semántica, diferencias sexuales, diferencias socioeconómicas, diferencias de experiencia, diferencias de edad, diferencias de valores, diferencias en la casualidad de la enfermedad, etc.

De esta manera se entra en el universo simbólico del individuo y se establecen las bases para una adecuada, sincera y honesta relación humana de estima y de confianza entre el den

tista-paciente a través de la cultura profesional.

FUNCION Mesianica O APOSTOLICA

La función mesiánica se refiere a las actividades prepotentes o redentoras que ostenta el dentista frente a su paciente, exhibiendo en su comportamiento el complejo de pedestal que demanda reverencia, veneración y pleitesía inapropiada. Dichas poses lo ayudan a sentirse superior a su paciente aumentando la distancia socioemotiva entre ellos. En cierta medida, este comportamiento insensibiliza al dentista frente al padecimiento y la personalidad del enfermo, lo hace adoptar actitudes manipuladoras, mecánicas y despersonalizadas.

Más aún, muy a menudo se adoptan posturas moralizantes y a veces recriminatorias hacia el enfermo y su enfermedad.

La función apostólica se caracteriza por afirmar que no hay enfermedades sino enfermos. Dicha función se manifiesta haciendo sentir a cualquier dentista reflexivo que existe una relación estrecha e importante entre lo que una persona siente, quiere, teme, etc., entre sus alegrías, sus odios y sus tristezas y sus estados de salud o enfermedad.

Por intangibles que parezcan ser la angustia, la frustración, la hostilidad o la culpabilidad, no por eso dejan de ser tan reales y efectivas para afectar las funciones mentales y corporales.

La función apostólica del dentista debe poseer tres condiciones necesarias; la empatía, la congruencia y la aceptación positiva.

La empatía consiste en percibir correctamente el marco referencial interno del paciente, con los significados y componentes emocionales que contiene, como si el dentista fuera la otra persona, pero sin perder nunca la propia identidad y objetividad en el caso.

La congruencia significa la estrecha armonía de la percepción y la experiencia del dentista hacia el enfermo. Si el odontólogo comunica adecuadamente a través de las palabras o los comportamientos un sentimiento que en realidad experimenta hacia su paciente, se dice que su comportamiento es congruente o integrado. Por el contrario, si trata de comunicar un pretendido sentimiento de afecto, respeto, admiración - al individuo, a pesar de experimentar cierta hostilidad o distancia hacia la persona, el paciente percibe una comunicación falsa del dentista.

El principal objetivo de la congruencia, es dar confianza al paciente y ayudarle a enfrentarse animosamente a su estado de enfermedad, evitando así que las actitudes de este último se tornen inadecuadamente defensivas.

La aceptación positiva engloba sentimientos y demostraciones de afecto, cariño, respeto, simpatía y reconocimiento por

parte del dentista hacia su paciente. Gracias a esta actitud, el individuo se puede percibir a sí mismo como objeto de la - consideración positiva del odontólogo, se da cuenta de que el dentista estima sus experiencias, sentimientos y emociones como dignas de ser tomadas en cuenta, por lo tanto, se siente valorado como ser humano a pesar de su enfermedad.

FENOMENO CONDUCTUAL DE TRANSFERENCIA

En el hombre, los estados del yo, son un sistema de senti- mientos acompañados de una serie de patrones afines de com- portamientos. Cada individuo parece tener a su disposición - un repertorio limitado de estados del yo, que no son repre- sentaciones sino realidades psicológicas.

Los estados del yo, pueden ser clasificados en:

1) Estados del yo que están independientemente dirigidos hacia la apreciación objetiva de la realidad.

2) Aquellos estados del yo, que fueron fijados desde la- primera infancia. Técnicamente se les llama, respectivamente exterosíquicos, neosíquicos y arqueosíquicos. En lenguaje -- más accesible, sus manifestaciones son llamadas padre, adulto, niño. Entonces la situación es que en cualquier momento dado, dentro de las relaciones humanas, cada individuo exhibirá un- estado del yo paternal, adulto o infantil.

Por lo tanto, la transferencia es la tendencia de los seres humanos y particularmente en la vida actual del enfermo - en su relación con el dentista, de seguir usando en épocas - posteriores de su vida comportamientos que se han originado - en experiencias infantiles. Así pues, la transferencia representa un traspaso al odontólogo de la suma de afecto, hostilidad o ambivalencia, que el enfermo ha tenido antes en sus relaciones familiares o con una persona significativa para él. En consecuencia, el paciente reacciona ante el dentista como si éste fuera la persona a quien ha sustituido.

La contra-transferencia se refiere a las actitudes negativas o disfuncionales del dentista hacia el enfermo, como la - cólera, la agresividad, la impaciencia, el desdén, el enamoramiento, etc.

Por consiguiente, al tratar con seres humanos suele de--searse se comparten de alguna manera determinada. En lo que--respecta a dicha relación (cargada de emociones) es posible - que los pacientes deseen que el odontólogo actúe como un substituto del padre, hermano, madre, etc., o que satisfaga otras necesidades muy personalizadas. En contraste, el dentista -- puede en forma no consciente o inconsciente desear que el paciente adopte ciertos comportamientos, como el de un niño o - hermano dependientes y transferir estos deseos al paciente.

Las relaciones padre/hijo, hermano/hermano, rival/rival, etc ;-- que se crean con esta transferencia/contratransferencia pue--

den afectar la capacidad del odontólogo y el paciente para comunicarse y correr el riesgo de crear situaciones donde se crea que esa actitud en juego es la realidad.

En consecuencia, la interrelación del dentista con el paciente es parte importante del proceso terapéutico, ya que la personalidad del odontólogo es como un catalizador en los procesos recuperativos del organismo enfermo.

El dentista influye (dentro del campo psicológico) sobre el paciente a través de una interacción dinámica en la cual intervienen factores de autoridad, de dependencia, de transferencia, de sugestión, de catarsis y de apoyo emocional.

De la capacidad de cada dentista para comprender los elementos dinámicos en juego, en su relación con el paciente, depende su habilidad para detectar sus necesidades afectivas e influir en el elemento psicológico, estimulando en él, el desarrollo de actitudes adecuadas para la restitución y perseveración del equilibrio orgánico.

Para que la relación se establezca, el paciente debe satisfacer consciente o inconcientemente necesidades personales de afecto, defensa, tranquilidad, interés, prestigio, etc., es decir el carácter autoritario de un dentista tiene afinidad con personas débiles y sumisas, en tanto que en sujetos dominantes fácilmente entran en conflicto con el odontólogo cuya personalidad es imperante. La posibilidad de satisfacer

en relación con el dentista necesidades de aceptación y de afecto es percibida por algunos enfermos que se inclinan por el odontólogo cuya personalidad es sensible y emotiva, en tanto que esos mismos individuos se sentirán frustrados por un dentista desinteresado. Sujetos obsesivos y meticulosos tienen preferencia por dentistas de carácter perfeccionista, que impresionan por su pulcritud, orden, exactitud. Ciertas personas vanidosas y superficiales son fácilmente seducidas por el odontólogo que adopta comportamientos ejemplares, en tanto que otros más sensibles se sienten atraídos por el que se expresa en forma modesta.

Es conducente enfatizar que generalmente lo que un enfermo busca en su relación es cariño, amistad, comprensión, etc., pero siempre algo más que un diagnóstico y tratamiento.

Al lograrse una buena relación de estima y de confianza, el paciente se sentirá valorado como persona, lográndose durante los periodos de enfermedad en la consulta:

1) Alivio de la tensión.

2) Obtención de caricias. Caricia puede emplearse para denotar cualquier acto que implique el reconocimiento de la presencia de la persona. Así, caricia (un abrazo, un apretón de mano, alguna palabra, etc.) puede usarse como la unidad fundamental de la acción social. Un cambio de caricias constituye una transacción, la cual es la unidad de las relaciones sociales.

3) Evasión momentánea de situaciones o problemas desagradables que aquejan al individuo.

4) Conservación de un equilibrio estable de bienestar psicológico, emocional y somático.

CAPITULO III

VALORACION CLINICA

La valoración clínica es el conjunto de normas y manio- -
bras encaminadas a la obtención de los síntomas y signos de -
la enfermedad.

El dentista por su parte, cuenta con métodos para identi-
ficar las disfunciones de los órganos y determinar su patolo-
gía.

A. METODOS EMPLEADOS EN LA VALORACION CLINICA

Los métodos o procedimientos generales que se utilizan en
la práctica odontológica se pueden dividir en:

- 1) Subjetivos o de información, que constituye el inte-
rrogatorio.
- 2) Objetivos o examen físico.

1. INTERROGATORIO:

(Anamnesis o conmemorativo)

Llame-se así el procedimiento de exploración clínica que -
se efectúa por medio del lenguaje.

El interrogatorio se divide en directo o indirecto. El -
directo es el que se hace al paciente mismo. El indirecto es
el que por causa cualquiera (niños, alienados, ancianos, etc.)

no puede hacerse al propio paciente y se tiene que recurrir a otras personas que estén en la posibilidad de informar sobre el particular.

Los fundamentos principales para un buen interrogatorio son saber escuchar, preguntar, observar e integrar para tener el indicio más exacto de la enfermedad y la reacción emocional del individuo a la misma.

El método para interrogar debe ser sencillo, la terminología será aquella que el paciente pueda entender sin problemas para propiciar un ambiente donde el individuo se exprese libremente y pueda describir sin restricción alguna sus síntomas en cuanto a sus características, situación, fecha, forma de comienzo, frecuencia, duración, lo que lo intensifica o alivia, o cualquier otro síntoma coexistente.

La primera pregunta que el dentista formula, debe ser dirigida con el fin de que el paciente localice el sitio de su padecimiento (¿Qué molestia tiene? y/o ¿Dónde le duele?). Por la segunda se inquirirá en que consiste la manifestación del padecimiento. La tercera fijará el tiempo y circunstancias en que haya aparecido. La cuarta encaminará a saber la evolución que haya tenido desde su aparición, hasta el momento de la exploración. La quinta pregunta se hará para conocer los caracteres que tenga en la actualidad, la manifestación del padecimiento (intensidad, extensión, duración, constancia, exaltación del carácter y su relación en tiempo, modificacio-

nes de funciones fisiológicas, etc.). Después se averiguará la causa del padecimiento. Luego se preguntará si hay algunas otras alteraciones que acompañen a la manifestación principal. En caso afirmativo, aplicar a cada una de ellas un método semejante al que ha sido descrito, para conocer sus características. Enseguida se inquirirá si ha habido alteraciones del estado general (fiebre, anorexia, astenia, vómito, etc.).

Los datos que se obtienen por medio de la serie ordenada de preguntas, que constituyen el interrogatorio, son todas aquellas que no pueden adquirirse por los otros métodos de exploración. La causa de que no pueden ser recogidos por los otros procedimientos, estriba en que dichos datos pueden pertenecer al dominio de lo subjetivo del paciente o bien porque pertenezcan al pasado y no se encuentren ya presentes en el momento de la exploración.

Es adecuado concluir el interrogatorio preguntando al paciente, ¿Hay algo más que considere oportuno que deba saber y no se haya tratado?, en ocasiones son sorprendentes los datos que se obtienen después de esa pregunta.

2. EXAMEN FISICO:

Es el conjunto de métodos o procedimientos de exploración para la obtención de síntomas y signos que apoyen un diagnóstico.

Dichos métodos son:

a) Inspección:

Es el método de exploración clínica que se practica aún - antes de iniciar el interrogatorio y que se efectúa valiéndose del sentido de la vista, desde que tenemos el primer contacto con el paciente.

La inspección física se dividen en:

- Inspección general; por la cual se puede apreciar a través de la observación el aspecto general, talla o estatura, - constitución, facies, heridas, contusiones o deformaciones, - movimientos anormales, marcha, respiración, indumentaria, actitud y adaptación de la conducta, alteraciones de las funciones psíquicas del paciente.

- Inspección local; tiene por objeto puntualizar los datos obtenidos después de la inspección general sobre una región que en especial nos reporte información patológica que requiera una atención mayor. Los resultados que se obtienen son nociones de sitio, de color, de forma, de volumen, de estado de la superficie y de movimientos (voluntarios o involuntarios).

- Inspección directa o simple; consiste en observar y poner atención a cada individuo que reciba el servicio odontológico.

- Inspección indirecta o instrumental; es la que se efectúa - por medio de un instrumento (espejo dental, explorador, etc.)

b) Palpación:

Del latín PALPARE = Palpar

Se define como el método de exploración clínica que se realiza en una región determinada del organismo por medio del sentido del tacto (directamente con la mano). Dicho procedimiento consiste en explorar el exterior del organismo y sus cavidades accesibles para apreciar las cualidades de los tejidos y su sensibilidad.

Con la palpación se puede apreciar diferencias tan importantes como: normal o anormal, duro o blando, terso o áspero, íntegro o fragmentado, calor o frío, regularidad o irregularidad, humedad o resequedad, así como muchas otras sensaciones - según sea la región que se examine y el padecimiento.

Los resultados que se obtienen por este método son unos confirmativos de algunos de los que suministra la inspección y otros del dominio exclusivo de la palpación. Así se confirman datos de forma, de volumen, de estado de la superficie y de movimiento.

Los datos propios que se obtienen por la palpación son; nociones de temperatura, de consistencia, de sensibilidad dolorosa, algunos movimientos anormales y movilidad de los pla-

nos superficiales sobre los profundos.

La palpación en cabeza y cuello deberá efectuarse siempre bimanual y en forma comparativa.

A través de la palpación se obtiene el pulso periférico, dato muy importante en caso de accidente o complicación en los tratamientos odontológicos.

c) Percusión:

Del latín PERCUTERE = golpear

Es un procedimiento de exploración que consiste en golpear metódicamente con el fin de provocar fenómenos acústicos, para producir movimientos o localizar puntos dolorosos. Accesoriamente la percusión puede informar sobre la elasticidad de los tejidos.

Intervienen en este método de exploración, los sentidos del tacto, oído y la vista.

En Odontología, la percusión tiene especial relevancia como método diagnóstico en la práctica diaria. Se utiliza en la investigación de los reflejos músculo-tendinoso, en la localización de puntos dolorosos en regiones óseas como las del cráneo, cara, además de los órganos dentarios.

La percusión se divide en directa o inmediata e indirecta o mediata. La primera, la directa o inmediata, es la que se

realiza percutiendo directamente a la región por explorar, - bien con la palma de la mano o con los tres dedos medianos o todos ellos doblados y agrupados. La percusión mediata o indirecta de tipo instrumental, es la que se ejecuta interponiendo un instrumento percutor en la región por explorar.

Con la percusión se recogen sonidos, se despierta dolor o se producen movimientos.

d) Auscultación:

Del latín AUSCULTARE = escuchar

Es el procedimiento de exploración clínica que se realiza por medio del sentido del oído. Estudia los ruidos normales o anormales que se producen en el cuerpo humano, principalmente en los aparatos respiratorio y circulatorio.

La auscultación se puede dividir en directa o inmediata e indirecta o mediata. La directa o inmediata es la que se ejecuta aplicando directamente la oreja a la región por explorar. La auscultación indirecta o mediata, es la que se ejecuta interponiendo el Estetoscopio (del griego stetos, pecho y - - skopein, examinar). Las ventajas del estetoscopio son reales para auscultar los ruidos del corazón, pulmones, etc.

En odontología, la auscultación adquiere importancia en los ruidos producidos por la alteración de la articulación temporomandibular.

e) Olfacción:

Del latín OLFACERE = oler

Este método forma parte del diagnóstico y curso evolutivo de las secreciones producidas en los procesos infeccioso. Es te procedimiento consiste en reconocer caracteres y olores ca racterísticos de ciertas enfermedades.

f) Medición:

Del latín MENSURA = media

Este método consiste en medir con algún instrumento espe cializado para valorar la normalidad o anormalidad del apara to que se estudia.

En Odontología, se utiliza en la toma y apreciación de -- los signos vitales.

g) Punción exploradora:

Este procedimiento consiste en la extracción de líquidos- con jeringa de una cavidad corporal con fines diagnósticos. - Reporta datos en presencia de derrames, colecciones purulen-- tas y formaciones quísticas.

h) Termometría local y general:

Complemento exploratorio imprescindible en cualquier com- plicación infectiva maxilo-facial y que a la vez es sensible-

indicador del curso evolutivo de la enfermedad.

i) Sondajes:

Maniobra necesaria cuando existen trayectos fistulosos, - fracturas, ciertas afecciones salivales, exploración de con-- ductos, etc.

j) Pruebas térmicas:

Para valorar la vitalidad, sensibilidad y reacción de los órganos dentarios ante la presencia de algún estímulo (calor- o frío).

k) Estudio radiográfico:

En lo referente a este tema, lo trataremos en forma am- plia en el capítulo siguiente.

l) Exploración quirúrgica:

Que permite investigar ciertos estados patológicos, así - como la obtención de biopsias.

m) Exámenes de laboratorio y gabinete:

Se realizan para la investigación clínico-experimental, - con el propósito de resolver los problemas científicos o téc- nicos con que se enfrenta el progreso humano.

Pueden ser de orden; químico, físico o bacteriológico.

Estos exámenes son de utilidad para el dentista, porque -

en ocasiones refuerzan los datos clínicos obtenidos o constituyen el medio decisivo de un diagnóstico que evalúe la gravedad, curso y pronóstico de la enfermedad.

B. HISTORIA MEDICA Y DENTAL

La mejor manera de llevar un control satisfactorio del paciente, es a través de su estudio clínico, siendo la base de éste; la HISTORIA CLINICA.

A la Historia Clínica se le define como el documento que narra los acontecimientos relativos al estado en que se encuentra la salud de una persona.

El primer paso para la elaboración de una historia, es el registro de los antecedentes personales del paciente. En seguida, se procede a indagar acerca del padecimiento principal que motivaron la consulta. Posteriormente, se prosigue dentro de la disciplina clínica a la obtención y evaluación de la historia médica del paciente, la cual debe ser lo más sencilla posible, pero que a la vez de luz hacia la patología -- clínica o subclínica de tal manera que permita al odontólogo valorar con prontitud los riesgos a los que está expuesto el paciente y tomar las medidas preventivas necesarias.

Uno de los cuestionarios de salud que cumple con los requisitos anteriores es el que postuló en 1971-1972, la American dental Association.

CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha _____

Apellido y nombres _____ Domicilio _____ Calle y número _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono privado y comercial _____

Edad _____ Sexo _____ Talla _____ Peso _____ Ocupación _____

Estado civil _____ Nombre del cónyuge _____

Pariente más cercano _____ Teléfono _____

Si usted llena este formulario para otra persona, ¿qué parentesco tiene con ella?

ROGAMOS CONTESTAR A CADA PREGUNTA

	Tildar	
	SI	NO
1. ¿Ha sido hospitalizado en los dos últimos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado bajo atención médica en los dos últimos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tomado algún medicamento o droga en los dos últimos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Es alérgico a la penicilina o a cualquier droga o medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido alguna vez una hemorragia excesiva que requirió tratamiento especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rodee con un círculo cualquiera de las siguientes enfermedades si las ha padecido:		
Enfermedad cardíaca	Asma	Artritis
Lesiones cardíacas congénitas	Tos	Ataques
Soplo en el corazón	Diabetes	Epilepsia
Presión sanguínea alta	Tuberculosis	Tratamiento psiquiátrico
Anemia	Hepatitis	Sinusitis
Fiebre reumática	Ictericia	
7. (Mujeres) ¿Está embarazada en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido alguna otra enfermedad grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLO PARA PACIENTES QUE SERAN SOMETIDOS A SEDACION O ANESTESIA GENERAL		
9. ¿Ha comido o bebido algo en las últimas 4 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Usa algún aparato dental que se pueda quitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Quién lo va a llevar a su casa hoy?		

a. Nombre _____

Revisado por _____ Firma _____

Dicha asociación también formuló un cuestionario extenso, para cuando el dentista quiera entrar en detalle con respecto al estado de salud del paciente.

CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha _____

Apellido y nombre _____ Domicilio _____ Calle y número _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono privado y comercial _____

Edad _____ Sexo _____ Talla _____ Peso _____ Ocupación _____

Estado civil _____ Nombre del cónyuge _____

Parente más cercano _____ Teléfono _____

Si usted llena este formulario para otra persona, ¿qué parentesco tiene con ella?

En las siguientes preguntas, rotule con un círculo SI o NO, según corresponda. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se considerarán confidenciales.

1. ¿Ha habido algún cambio en su estado de salud en el último año? SI NO
2. Mi último examen médico se hizo el _____
3. ¿Se halla bajo atención médica en la actualidad? SI NO
 - a. En ese caso, ¿de qué enfermedad se está tratando? _____
4. El nombre y domicilio de mi médico es: _____
5. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad u operación grave? SI NO
 - a. En ese caso, ¿en qué consistió la enfermedad u operación? _____
6. ¿Alguna vez fue hospitalizado o padeció alguna enfermedad grave en los cinco últimos años? SI NO
 - a. En ese caso, ¿en qué consistió el problema? _____
7. ¿Padeció alguna vez algunas de las siguientes enfermedades o trastornos:
 - a. Fiebre reumática o reumatismo cardíaco SI NO
 - b. Lesiones cardíacas congénitas SI NO
 - c. Enfermedad cardiovascular (trastorno cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, obstrucción coronaria, alta presión sanguínea, arterioesclerosis, ataque) SI NO
 - 1) ¿Siente dolor en el pecho al hacer ejercicio? SI NO
 - 2) ¿Alguna vez le falta el aliento al hacer un ejercicio leve? SI NO
 - 3) ¿Se le hinchan los tobillos? SI NO
 - 4) ¿Le falta el aire cuando se acuesta o necesita varias almohadas para dormir? SI NO
 - d. Alergia SI NO
 - e. Sinusitis SI NO
 - f. Asma o fiebre del heno SI NO
 - g. Urticaria o erupciones cutáneas SI NO
 - h. Dermatitis patojélicas o prolongadas SI NO
 - i. Diabetes SI NO
 - 1) ¿Tiene que orinar más de seis veces al día? SI NO
 - 2) ¿Siente sed casi siempre? SI NO
 - 3) ¿Siente la boca seca con frecuencia? SI NO
 - j. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática SI NO
 - k. Artritis SI NO
 - l. Reumatismo inflamatorio (articulaciones dolorosas e hinchadas) SI NO
 - m. Úlcera de estómago SI NO
 - n. Trastornos renales SI NO
 - o. Tuberculosis SI NO
 - p. ¿Tiene los pezones o excreta sangre? SI NO
 - q. Baja presión sanguínea SI NO
 - r. Enfermedades venéreas SI NO
8. Otras _____

8. ¿Alguna vez tuvo una hemorragia anormal por extracciones, operaciones o traumatismos? SI NO
a. ¿Se le forman moretones con facilidad? SI NO
b. ¿Alguna vez necesitó transfusiones de sangre? SI NO

En ese caso, explique las circunstancias _____

9. ¿Ha sufrido algún trastorno de la sangre, como anemia? SI NO
10. ¿Fue operado o estuvo en tratamiento con rayos X por un tumor o alguna otra enfermedad de la boca o los labios? SI NO
11. ¿Toma alguna droga o medicamento? SI NO

En ese caso, ¿cuál? _____

12. ¿Está tomando cualquiera de los siguientes medicamentos? :
- | | | |
|---|----|----|
| a. Antibióticos o sulfamidas | SI | NO |
| b. Anticoagulantes (fluidificantes de la sangre) | SI | NO |
| c. Medicamentos para la presión sanguínea elevada | SI | NO |
| d. Cortisona (corticosteroides) | SI | NO |
| e. Tranquilizantes | SI | NO |
| f. Antihistamínicos | SI | NO |
| g. Aspirina | SI | NO |
| h. Insulina, tolbutamida (Orinase) o drogas similares | SI | NO |
| i. Digital o drogas para los trastornos cardíacos | SI | NO |
| j. Nitroglicerina | SI | NO |

k. Otras _____

13. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a lo siguiente? :
- | | | |
|--|----|----|
| a. Anestésicos locales | SI | NO |
| b. Penicilina u otros antibióticos | SI | NO |
| c. Sulfamidas | SI | NO |
| d. Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir | SI | NO |
| e. Aspirina | SI | NO |
| f. Yodo | SI | NO |

g. Otros _____

14. ¿Alguna vez tuvo algún problema grave en relación con un tratamiento dental anterior? _____

En ese caso, descríbalo _____

15. ¿Padece usted alguna enfermedad, estado o problema que no figura arriba y que usted cree que yo debería conocer? SI NO

En ese caso, rogamos explicar _____

16. ¿Trabaja usted en algún lugar que lo expone con regularidad a rayos X o a alguna otra radiación ionizante? SI NO

17. ¿Usa lentes de contacto? SI NO

PARA MUJERES

18. ¿Está embarazada? SI NO

19. ¿Tiene problemas en relación con su período menstrual? SI NO

Observaciones: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ODONTÓLOGO

Otra parte importante del estudio clínico es la obtención de la historia dental del paciente, para valorar el estado bucodental en que se encuentra.

Esta recopilación de los antecedentes dentales, proporciona datos valiosos en cuanto a reacciones anteriores del paciente a procedimientos bucales y ser una guía para tratamientos futuros. Todo esto dará la pauta para instituir la terapéutica que convenga al paciente, según sus requerimientos personales.

En dicha hoja se debe incluir el estudio total de aparato estomatognático, con el respectivo registro si existiera alguna anomalía o patología que aquejara al paciente.

Paciente _____ Perfil _____

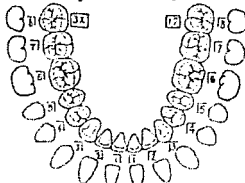
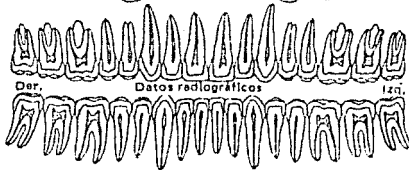
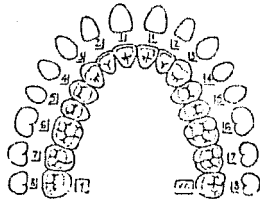
Dirección _____ Teléfono _____

Anomalías y patologías - rojo
Restauraciones - azul

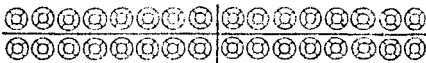
- Diente inclinado
- ↻ Giro de un diente
- + Supraoclusión
- Infraoclusión
- Falta de contacto
- ✓ Diente faltante
- ✗ Para extracción - rojo
- Extracción realizada - tinta negra

Use las arcadas internas cuando sea posible

COMENTARIOS



Valoración periodontal preliminar



Examinador _____ Fecha _____

C. EXPLORACION CLINICA

Por medio de los procedimientos clínicos, el odontólogo podrá realizar el estudio y diagnóstico bucal de cualquier paciente que acuda al consultorio dental. Un ejemplo de esto, es que por la inspección obtendrá datos concernientes a la forma, volumen, estado de la superficie comprendiendo la colocación y datos relativos a movimientos. Por la palpación descubrirá la pérdida de uniformidad en la superficie (como puede acontecer en las fracturas) dando como resultado una modificación en la forma y volumen. Este método le servirá también para investigar sitios dolorosos, aunque es la percusión directa la que permite situar lugares sensibles y dolorosos. Por la auscultación escuchará los ruidos producidos por la alteración de la articulación temporomandibular. Aunque también, valiéndose del estetoscopio podrá percibir el efecto sonoro producido al poner los dientes en oclusión céntrica, un contacto estable con actividad muscular equilibrada producirá un sonido agudo y bien definido, mientras que una oclusión inestable dará origen a sonidos desiguales y de diferentes tonalidades.

La exploración comienza con la simple observación de la marcha y de la piel expuesta de la cara, cuello y manos, que puede reportar anomalías importantes.

La cabeza del paciente debe examinarse tanto de frente como de ambos lados, esto permite observar la pigmentación de-

la piel, descubrir úlceras, asimetría, tumores y otras alteraciones, incluyendo cierta dificultad para abrir la boca. Posteriormente se continúa con la exploración propiamente dicha, que debe incluir:

1. Examen de la cabeza (cráneo y cara). Comprende la inspección de la frente, cejas, región óculo-palpebrales, región nasal, región labial, región mentoniana, región geniana (esta zona adquiere importancia en la semiología, porque es aquí donde se aprecia el semblante de las personas), región de la articulación temporomandibular, región auriculares.

2. Examen de la cavidad oral, que incluye:

a) Exploración de la mucosa bucal y labial, incluyendo las inserciones de los frenillos.

b) Examen de las arcadas. Conformación y relación que guardan con respecto a la clasificación de angle.

c) Valoración de higiene oral del paciente.

- Evaluación de la placa dentobacteriana (localización y cantidad de placa existente).

- Evaluaciones gingivales y parodontales (valoración de la arquitectura y punteado gingival, nivel de inserción epitelial, determinación de la presencia y el grado de inflamación gingival, tendencia existente de la hemorragia en las encías, profundidad y lo

calización de las bolsas paradentales existentes).

- d) Examen en busca de anomalías de la porción ósea intra bucal de los maxilares y órganos dentarios (apoyado con el estudio radiográfico).
- e) Valoración de las prótesis y restauraciones antiguas, para determinar si pueden continuar en servicio o si deben ser reemplazadas.
- f) Evaluación de la oclusión. Relaciones funcionales de contacto que guardan los órganos dentarios superiores e inferiores. Observación de los movimientos mandibulares en busca de alteraciones durante el cierre, la abertura y desplazamiento lateral y protusivo .
- g) Exploración de la lengua, incluyendo la disposición de las papilas, glándulas linguales, frenillo lingual y tono muscular.
- h) Exploración del paladar duro y blando.
- j) Observación de la faringe, comprendiendo la rinofaringe, orofaringe y laringe. Incluye el examen de las amígdalas, úvula, istmo de las fauces.
- k) Inspección del piso de la boca.

3. Examen del cuello. Se debe investigar las glándulas salivales (sublingual, submaxilar, párotida), ganglios linfáticos, venas yugulares, músculos, cuerpo hioides.

En la exploración clínica, se buscará cualquier variación o cambio en:

- Morfología (aumento o disminución en el tamaño o forma de determinada región anatómica).
- Consistencia (una zona puede ser más blanda o más dura de lo normal).
- Textura (región tersa o áspera).
- Color (intensificación, disminución o cambio del color normal).
- Movilidad (dentaria o limitación en el movimiento de la mandíbula o lengua).
- Función (aumento o disminución).
- Temperatura (elevación o descenso de la temperatura corporal o general).
- Dolor (descrito por el enfermo o provocado por el dentista).

El objetivo final de la exploración, es la investigación de la presencia de enfermedades, lesiones superficiales o internas que aquejan y afectan el estado de salud del individuo.

D. MODELOS DE ESTUDIO

El odontólogo emplea este auxiliar de la valoración clínica; cuando el caso del paciente requiera de la obtención de -

dichos modelos. Por lo que a los modelos de estudio se les define como las fieles reproducciones en yeso de las arcadas dentarias (superior e inferior), tejido circudante y/o dentadura del paciente mediante impresiones de alginato exentas de distorciones.

Para sacar el máximo partido de los modelos, éstos deberán ser montados en un articulador semiajustable.

El objetivo de los modelos de estudio es la obtención:

1. Número de dientes presentes, la relación que guardan entre sí y suposición dentro de la arcada.
2. Grado de sobremordida y superposición vertical y horizontal, así como la relación interoclusal.
3. Relación entre los tejidos gingivales y las porciones clínicas de las coronas de los dientes, cálculo aproximado de la relación corona-raíz, deducido de la observación de los tejidos.
4. Contorno defectuoso de los dientes debido a restauraciones fracturadas, caries externa o áreas desgastadas.
5. Reconocimiento de las relaciones funcionales entre los maxilares, con el objeto de descubrir puntos de contactos prematuros.

6. Elaboración de provisionales para las futuras restauraciones fijas.
7. Determinar el tipo de aparato protésico más eficaz - para las zonas edentulas (grandes o pequeñas) y la resistencia de los p^onticos seleccionados para soportar el puente fijo o parcial removible.
8. Determinar el plan de tratamiento de cada paciente en particular.

CAPITULO IV
VALORACION RADIOGRAFICA

La Radiología Odontológica es la ciencia que estudia la radiación X, está formada por los procedimientos técnicos e interpretativos que conjuntamente producen datos diagnósticos.

Hasta la fecha, el odontólogo emplea la radiografía que se define como la producción de una imagen radiográfica de un objeto mediante el uso de los RX. Por lo tanto, es el método más utilizado ya que a través de ella se puede observar a los tejidos bucales profundos, las alteraciones de las estructuras dentarias y óseas de la cabeza (cráneo y cara) que no son visibles a simple vista. El valor de la radiografía depende de la calidad de la propia imagen y de la capacidad del dentista para interpretarla.

Por lo que hoy en día, el examen radiográfico constituye parte obligada de todo examen bucal cuidadoso.

En Odontología, se utilizan para el diagnóstico bucal; las radiografías intrabucal y extrabucal, las radiografías de cráneo y las radiografías especializadas. Las radiografías intrabucales se usan mucho más que los tipos extrabucales de estudios. La radiografía extrabucal así como la radiografía del cráneo y la radiografía especializada se considera en general una placa complementaria que se toma en casos especiales.

A. RADIOLOGIA INTRAORAL

La técnica intraoral comprende todos los procedimientos radiográficos en los cuales el paquete (película) se coloca dentro de la boca.

La radiografía intraoral comprende tres distintos tipos de examen:

1. Dentoalveolar; paquete detrás del diente-alvéolo.
2. Interproximal o coronal; paquete detrás de las coronas y espacios interproximales de dientes antagonistas.
3. Oclusal; paquete en el plano oclusal.

1. Radiografías dentoalveolares:

En estas radiografías el paquete se coloca por lingual o palatino, permitiendo el registro total del diente-alvéolo.

Este tipo de radiografía está indicada para todo lo que radiográficamente pueda estar relacionado con el diente-alvéolo y sus estructuras adyacentes, con la finalidad de detectar tanto enfermedades propias de los órganos dentales como de su soporte óseo. Se aplica mediante dos procedimientos generales:

- a) por bisección
- b) por paralelismo

2. Radiografías interproximales:

Permite el registro parcial (coronas y tercios cervicales radiculares) y simultáneo de grupos dentarios antagonistas.

La característica técnica de este procedimiento es que los paquetes llevan su propio medio de sostén, una aleta o -- lengüeta para ser mordida durante la exposición.

Los registros que se obtienen con este tipo de radiografías son:

- a) Detectar caries proximales incipientes (no todas).
- b) Controlar la penetración de caries proximales y oclusales respecto a la cámara pulpar.
- c) Conocer la topografía de la cámara pulpar previamente a la preparación de cavidades.
- d) Controlar el borde cervical de coronas y obturaciones.
- e) Examinar los tabiques o crestas interdentarias.
- f) Visibilizar el estado del periodonto.
- g) Controlar los puntos prematuros de contacto.

Por medio de la radiografía dentoalveolar (que registra totalmente el diente) y la radiografía interproximal (que registra parcialmente los dientes antagonistas) se puede obtener el registro simultáneo y completo de dos dientes antagonistas. Esto es posible por medio del método antagonical.

3. Radiografías oclusales:

Esta exposición sirve para examinar el maxilar o mandíbu-

la en toda su extensión y también para abarcar zonas amplias de los mismos con el objeto de diagnosticar fracturas, procesos patológicos, restos radiculares y dientes retenidos o incluidos que no han hecho erupción.

Las dos imágenes oclusales más comunes son la imagen anterior, empleada para examinar la región de canino a canino, y la imagen de corte transversal que incluye la arcada completa.

B. RADIOLOGIA EXTRAORAL

La técnica extraoral comprende todos los procedimientos radiográficos en las cuales el paquete (película) se coloca por fuera de la boca.

Las radiografías que se obtienen con las diferentes técnicas son:

1. Técnicas oblicuolaterales:

Demuestran zonas mayores de la mandíbula, del cóndilo y de la apófisis coronoides a la sínfisis de la mandíbula y del maxilar zonas que pueden verse con películas extraorales y en determinadas situaciones con intraorales (examen de terceros molares). Estas radiografías resultan valiosas para el diagnóstico de fracturas, dientes no erupcionados y para mostrar la extensión de los padecimientos.

Presenta ciertos problemas debido a la estructura anatómica

ca de la mandíbula y del maxilar. Por ello existe la tendencia de considerar este método de examen como difícil de explicar y más difícil aún de ejecutar. El problema básico es la superposición de las estructuras del lado opuesto de la cara, columna vertebral (zona cervical) y para la mandíbula, el hueso hioides. Al resolverse este problema, no debe producirse una radiografía que esté alargada y distorsionada.

Las regiones básicas en técnicas oblicuolaterales son:

- a) De rama ascendente de la mandíbula.
- b) Molar de maxilar o mandíbula.
- c) Premolar de maxilar o mandíbula.
- d) Canina de maxilar o mandíbula.
- e) Incisiva de maxilar o mandíbula.
- f) Mandibular y maxilar derecho o izquierdo utilizando - ambos lados en una misma película para entenderlo como bimolar. Este nombre es inapropiado, ya que constituye una extensión de la radiografía oblicuolateral que puede aplicarse a cualquier zona, pero que es utilizada para la presencia y la posición de los cuatro-terceros molares no erupcionados.

2. Técnicas para articulación tempormandibular:

- a) Técnica transcraneal oblicuolateral de la ATM.

La ventaja de esta técnica es su proyección, la cual se -

ayuda con una mesa angulada posicionadora del cóndilo que -- puede proporcionar vistas a distintas aberturas medibles de -- la boca y no únicamente en boca abierta o cerrada. Se tiene -- la ventaja de poder observar el recorrido de la cabeza del -- cóndilo dentro de la cavidad glenoidea con el menisco y la -- eminencia articular relacionándolos entre sí el meato auditivo externo en las posiciones de oclusión céntrica, descanso, -- boca abierta y abertura máxima en ambos lados.

b) Técnica transfaríngea de la cabeza del cóndilo:

Esta proyección hace visible la cabeza y el cuello del -- cóndilo mandibular, los cuales se ven mejor con la boca abier -- ta, cuando la cabeza del cóndilo se encuentra fuera de la ca -- vidad glenoidea. Esta radiografía demostrará hipoplasia o hi -- perplasia condilar, asimismo deberá usarse con cierta limita -- ción debido a la radiación cutánea que es relativamente alta -- por la distancia muy corta ánodo-película que se requiere.

c) Técnica transorbital anteroposterior de la ATM.

Es una excelente proyección para observar los movimientos -- laterales de la cabeza del cóndilo, fracturas del mismo y del -- arco cigomático. Esta radiografía proporciona una visión me -- dio-lateral de la eminencia articular y su relación con la ca -- beza y cuello del cóndilo.

C. RADIOLOGIA DEL CRANEO

Los estudios radiográficos del cráneo presentan dificultad porque es la parte del cuerpo donde se encuentran muchas y muy variadas estructuras en un área pequeña. Por tal razón se observan diversas estructuras óseas sobrepuestas unas en otras, lo que ocasiona cierto inconveniente para su interpretación y obliga, en ocasiones, a tomar diversas proyecciones. Las más comunes en Odontología son los estudios de senos paranasales y cefalométricos.

Exámenes cefalométricos:

Son las técnicas usadas para el estudio y análisis del desarrollo del complejo maxilofacial y las deformidades o asimetrías del mismo. Por lo tanto, ayuda al ortodoncista, al cirujano maxilofacial y al ortopedista maxilar.

La cualidad esencial de la cefolometría es que las radiografías resultantes son comparables. Con esta técnica puede efectuarse un estudio seriado para evaluar el desarrollo del macizo facial y analizar los resultados del tratamiento de ortodoncia o los procedimientos quirúrgicos correctivos en las anomalías maxilofaciales.

Los estudios cefalométricos comprenden dos proyecciones:

- a) La lateral del macizo facial con perfil de tejidos blandos. Muestra un perfil lateral de los huesos faciales --

donde aparecen los tejidos blandos de la cara. Provee una -- vista de perfil de todo el cráneo y es útil para estudiar las fracturas de las caras internas y externas de los senos frontales, así como el aumento o disminución del desarrollo mandibular. Esta vista puede revelar cuerpos extraños en la orofaringe. También demuestra las relaciones del maxilar superior con el inferior y es útil para evaluar los desplazamientos hacia atrás en las fracturas de los maxilares. Además se observa la parte superior de las vertebrae cervicales.

b) Posteroanterior del cráneo. Esta es la vista que -- muestra los senos paranasales, pisos y bordes inferiores de las orbitas, huesos molares y arcos cigomáticos, también demuestra las fracturas del maxilar y la mandíbula.

En ellas se trazarán sobre papel especial las diferentes técnicas que resultarán en planos y ángulos geométricos, revelando así, la relación que guardan maxilar y mandíbula con el cráneo, indicando por consiguiente los patrones de crecimiento y desarrollo en vistas lateral y anterior del mismo.

Exámenes radiográficos de los huesos faciales:

- Proyección mandibular posteroanterior:

La radiografía muestra una buena visión general de la mandíbula y del maxilar, proporcionando mediante mediciones, el patrón de crecimiento lateral del cráneo y sus posibles anor-

malidades, así como asimetría del maxilar o mandíbula.

- Proyección mandibular posteroanterior con la boca abierta:

Se obtiene una excelente radiografía de las articulaciones temporomandibulares en una vista de atrás a adelante y de las cabezas de los cóndilos, colocando la cabeza y el haz de rayos X como en la anterior pero con la boca abierta, usando un bloque mordible para que ayude a inmovilizar al paciente en esta posición.

- Examen frontooccipital:

Es la única buena radiografía para el cuello y los cóndilos maxilares, así como del ángulo de la mandíbula en una proyección anterior. Además muestra claramente los senos frontales y etmoidales, la fosa craneal posterior, los huesos temporales y las mastoides. Esta técnica de cráneo, así como - - otras se pueden tomar en posición posteroanterior.

El examen radiográfico de rutina para el estudio de los senos paranasales que por su topografía tiene relación con el odontólogo, está compuesto de cuatro proyecciones:

a) Lateral de cráneo.

Se aprecian en su dimensión anteroposterior las estructu-

ras óseas y áreas del cráneo, valorándose así, los senos esfenoidal, etmoidal, frontal y maxilares con sus posibles patologías. Es importante también para el análisis de las maloclusiones ya sean de etiología dental, alveolar u óseas mediante el análisis cefalométrico.

b) Occipitomentoniana o proyección de Waters.

Es la mejor radiografía de los senos maxilares, de los huesos faciales y los pisos de las órbitas. Permite la visualización del seno frontal, de algunas celdillas etmoidales con poca o ninguna interferencia de sobreposición, principalmente de la apófisis petrosa del hueso temporal.

c) Fronto-etmuido-orbital o proyección de Caldwell:

Demuestra con detalle las paredes orbitales así como el seno frontal y las celdillas etmoidales superiores y la proyección alveolar de los senos maxilares. Ello se logra debido a que con esta proyección la porción superior de los mismos es obstaculizada por la apófisis petrosas.

d) Submentovertical o proyección de base o axial.

Esta radiografía muestra claramente los arcos cigomáticos y una visión inferior de los cóndilos mandibulares, demostrando con nitidez el seno esfenoidal principalmente. También se observan algunas porciones de los senos maxilares y etmoidales debido a que en estas dos hay interferencia de la mandíbula.

D. RADIOLOGIA ESPECIALIZADA

El dentista se ve obligado a hacer uso de este tipo de radiografía cuando necesita mayor visión radiográfica.

Entre los principales sistemas radiográficos tenemos:

Método seccional - tomografía:

El método seccional, que comprende procedimientos como la tomografía (de tome = corte o sección), planigrafía (de planum = plano), estractigrafía (de statum = copa) se fundamenta en el movimiento recíproco y simultáneo del foco y película (chasis) respecto al cuerpo (cabeza) inmóvil (o viceversa girando el cuerpo y permaneciendo fijos foco y película).

El objetivo de la radiografía seccional es obtener el registro de una sección del cuerpo (cabeza) prácticamente libre de superposiciones óseas.

En Odontología, la radiografía seccional está indicada -- particularmente para el examen complementario del seno maxilar y de la ATM.

Tomografía axial computarizada:

Se utiliza para detectar lesiones intracraneales. Esta técnica depende de los mismos principios físicos que de una placa ordinaria de Rx, porque las estructuras pueden diferenciarse entre sí por su capacidad de absorber la energía de --

los rayos X. Después de haber pasado a través de la región de la cabeza, los haces se reúnen mediante un detector especial de rayos X. La información se alimenta a una computadora, las cuales se muestra en una imagen o pantalla de televisión.

Pantomografía rotacional:

La tomografía puede aplicarse a la radiología dentomaxilofacial bajo la forma de pantomografía rotacional o radiografía panorámica. Esta constituye una forma de tomografía en la cual la película y el haz de rayos X giran alrededor de la cabeza del paciente a la misma velocidad, con la finalidad de desdoblarse el maxilar y la mandíbula y mostrarlo sobre una película plana.

La radiografía panorámica se ha vuelto una técnica importante por que:

- a) Proporciona un escrutinio general de los órganos dentales de ambas arcadas y de su soporte alveolar así como de los huesos faciales con menos molestias para el paciente, requiriendo el mínimo de su cooperación.
- b) Permite la evaluación de la presencia y la posición de los dientes no erupcionados en el tratamiento de ortodoncia u ortopedia maxilar.
- c) Demuestra quistes no diagnosticados, tumores o dientes

tes incluidos o retenidos y restos radiculares.

d) Se pueden ver en conjunto las ramas ascendentes de la mandíbula, los cóndilos, las apófisis coronoides y escotaduras sigmoideas.

e) Demuestra fracturas de la mandíbula, de la línea media o del cuello de los cóndilos, con menos distorsión que la mayoría de las radiografías oblicuolaterales y a menudo con menos molestias para el paciente.

f) Refiere enfermedad periodontal en forma general y permite que las radiografías intraorales de comprobación, usando como largo, se reduzcan al máximo.

g) Exhibe una vista anterior y lateral de los senos maxilares y del registro de las fosas nasales.

h) El tiempo que se requiere para ejecutar esta técnica es corto en comparación con el examen radiográfico completo - intraoral, o inclusive con dos radiografías oblicuolaterales - con proyecciones oclusales complementarias.

La dosis de radiación es de 0.5 rem por estudio, cuando en 14 radiografías intraorales con 70 kv con distancia de 20-cms. ánodo-película es de 5.5 rem.

Entre los inconvenientes que presenta la pantomografía rotacional se encuentran:

a) Falta de detalle como ocurre con todas las tomografías.

b) El aumento de la distancia objeto-película provoca ligero crecimiento de la imagen.

c) La densidad de la columna vertebral en particular en las personas con cuello corto, puede provocar la falta de claridad en la porción control de la película. Debido al giro prescrito, los pacientes con asimetría facial o aquellos que no se conforman con la curvatura de rotación, no pueden ser radiografiados con un grado aceptable de precisión.

d) El alto costo del equipo en comparación con el equipo de radiología dental normal. Además este equipo resulta complementario únicamente para técnica extraoral, pudiéndose utilizar exclusivamente la pantomografía rotacional, sin ejecutar ninguna otra técnica diferente.

Panografía:

Esta técnica produce radiografías muy similares a la técnica de pantomografía rotacional con la diferencia de que en una película se toma el maxilar superior y en una segunda película la mandíbula, pudiéndose también radiografiar al unísono en una película maxilar o mandíbula izquierdo y en otra película el derecho.

Su ventaja principal está en pacientes impedidos o deficientes mentales, debido a que esta técnica es en posición es tática y no dinámica como la anterior, puesto que la fuente de rayos X es un tubo de emisión que se coloca intraoralmente y el chasis extraoralmente.

Sialograffía:

Es el examen radiográfico de una glándula salival después de inyectar una sustancia radiopaca o medio de contraste (es un aceite yodado que se inyecta en cantidades variables, dependiendo de la glándula a radiografiar).

Termograffía:

Es la técnica que registra una imagen de tejidos del individuo con radiación infrarroja que emana del enfermo. Con ella se puede detectar procesos caracterizados por temperaturas altas o bajas, entre ellas se incluyen los procesos in fla matorios, algunas neoplasias malignas, cambios de irrigación-sanguínea y heridas traumáticas.

Seriograffía de la ATM:

Consiste en registros sucesivos e inmediatos de las distintas posiciones que muestra el cóndilo en su trayectoria; re trusión, oclusión, reposo, incisión y abertura.

Cinerradiografía

Es una radiografía en movimiento. Se usa en Odontología para evaluar la función de la articulación temporomandibular - (movimientos del cóndilo) y las relaciones velofaríngeas durante el habla y la deglución.

Roentgentelevisión-Videografía:

Constituye un medio excelente para el examen de la articulación temporomandibular, de las glándulas salivales, senos paranasales, etc. Además con la relativamente reciente introducción del registro magnético de la imagen o videografía, la roentgentelevisión reemplaza ahora con ventaja a la cinerradiografía, sobre todo porque el resultado del examen (registro) se obtiene inmediatamente.

Logestronografía:

No es fundamentalmente una técnica radiográfica, sino más bien un método para facilitar el contraste secundario. Este método consiste esencialmente en un artificio fotográfico basado en un proceso electrónico. El proceso consiste en el análisis de la radiografía terminada mediante un aparato que imprime una nueva fotografía (simulada) en la cual el contraste y densidad de las zonas claras de la radiografía original son perfeccionados.

Diagnóstico por ultrasonidos:

Se emplea para el examen de los dientes y ha ayudado a descubrir cambios superficiales en el esmalte dental. Se ha aplicado también en la medición de los movimientos faríngeos durante el lenguaje.

CAPITULO V

VALORACION PSICOLOGICA

Para practicar una buena Odontología, es indispensable no perder de vista que el modo peculiar como cada sujeto se enfrenta a las contingencias de su vida, es un factor determinante de su salud o de su patología. La mente influye en forma importante en el funcionamiento corporal, ya sea contribuyendo a la determinación de disfunciones y enfermedades de los órganos y sistemas, o bien, influyendo en la evolución de los procesos patológicos.

Los conflictos psicológicos son tan efectivos para alterar la función de un órgano y es la expresión simbólica a la respuesta de un organismo a ciertos estímulos emocionales persistentes o recurrentes. En ocasiones, el síntoma corporal llena para el sujeto la función de satisfacer necesidades personales de afecto, seguridad, atención o prestigio. En otros, lo que ocurre es que un paciente está sufriendo las consecuencias de sus tensiones no resueltas.

Las necesidades humanas son el punto de partida de conflictos que ocurren cuando una satisfacción es interferida por barreras ambientales o por otras tendencias que por ser antagónicas generan conflictos internos, porque son seres humanos que provienen de un contexto sociocultural determinado (con hábitos, ideas, creencias, actitudes previas que pueden ser favorables o no para la salud).

Es en las relaciones de los fenómenos psíquicos y fenómenos sociales el objetivo o razón de ser de la PSICOLOGIA -- que debe poner en práctica el Cirujano Dentista.

Para llegar a comprender al hombre, definiremos al factor psicológico como el conjunto de instintos, fuerzas sociales, hábitos, usos, costumbres, sentimientos y sobre todo, la razón en una admirable combinación y trabazón.

- INSTINTOS-

El instinto es un conjunto complejo de reacciones exteriores, determinadas, hereditarias, comunes a todos los individuos de una misma especie y adaptadas a una finalidad de la que el ser que actúa no tiene generalmente conciencia.

El instinto es la facultad de cumplir ciertos actos encaminados a ciertos fines, sin previsión de ellos y sin educación previa. Todo es ciego, necesario y casi siempre invariable, por lo que podría decirse que el instinto es un hábito innato y la otra parte que sería lo aprendido o adquirido.

Los instintos se clasifican en:

1. Instintos de reproducción:

A esta clase pertenecen todas las actividades relativas a la conservación de la especie, incluyendo el cortejo de la hembra por el macho y el cuidado de la prole por los padres.

2. Instintos de defensa:

Se incluye aquí el instinto de huir, el de esconderse, el de construir abrigos que ofrezcan protección y las demás actividades de este tipo.

3. Instintos de agresión:

Esta clase comprende todas las formas de la conducta combativa. Los instintos de defensa y de agresión pueden considerarse complementarios.

4. Instinto gregario o social (de grey-rebaño):

La presencia de sus congéneres despierta en el hombre sus instintos sociales. Los psicólogos hablan de un instinto gregario que lleva al individuo a unirse a sus semejantes, no por un cálculo de las ventajas que esa unión pueda proporcionarle, sino por el placer de estar juntos en sociedad. En consecuencia crea la cooperación, recreación, crecimiento de las ciudades, la inmigración, las muchedumbres, posibilita los usos sociales, el liderazgo, el deseo de popularidad. A este instinto gregario del hombre se opone la anarquía, soledad, independencia individual y la originalidad. Así vemos como cada formación sociológica (grupo, familia, instituciones) se aglutinan a base de un instinto gregario.

5. Instinto de nutrición y sus efectos sociales:

A esta clase pertenecen no sólo las actividades que tien-

den a la búsqueda de ingesta de materias alimenticias que es una necesidad orgánica (instinto básico del hombre), sino también a los comportamientos cuyo fin es la adquisición de la propiedad, producción, distribución, consumo, cambio y todo el mecanismo de la economía. Influye en el mejoramiento de la técnica de producción alimenticia, aumenta la importancia de otras sociedades, aumenta la inmigración y es causa de la invasión de grupos necesitados, aumenta los delitos contra la propiedad, aumenta los desórdenes y las revoluciones, etc.

Los instintos son la base de las fuerzas sociales.

- FUERZAS SOCIALES -

Estas fuerzas son materia propia de Sociología, todo individuo es un depósito de sentimientos, ideas y voliciones, es decir, un depósito de fuerzas psíquicas, las que procuran la satisfacción de ciertas necesidades o deseos no satisfechos.

Los deseos humanos se dividen en:

a) Deseos esenciales, son de carácter físico, tienden a la satisfacción de las necesidades corporales, si son deseos o fuerzas de conservación del individuo se llaman ontogenéticos y si son deseos reproductivos o de perpetuación de la especie, se llaman filogenéticos. Las fuerzas ontogenéticas buscan el placer y tratan de huir del dolor. Las filogenéticas están constituidas por el sexo y por el amor de consanguinidad familiar.

b) Deseos no-esenciales o espirituales, experimentan una positiva variación en el tiempo, un mejoramiento que va parejo con el desarrollo de la mentalidad del hombre. Estas fuerzas tienden a la elevación de la especie humana y son las intelectuales, las morales y las estéticas. Se llaman no esenciales porque el cultivo de la ciencia, la rectitud de la conducta y la contemplación de la belleza, no son tan esenciales para la existencia como el comer o el dormir, pero si tienen mucha importancia desde el punto de vista de la superioridad del hombre.

- HABITOS-

Definiremos el hábito, como la representación de respuestas adquiridas mediante aprendizaje.

El aprendizaje es el cambio de comportamiento, más o menos permanente, causado por experiencias pasadas. Puede consistir en una o más de las tres fases siguientes:

1. Inventar una solución original de un problema o pensamiento.
2. Remitir a la memoria una solución o recordarla.
3. Adquirir eficiencia en la aplicación de una solución de un problema o formar un hábito.

Por lo tanto, el hábito es relativamente estable, fácil de suscitar y difícil de eliminar. En su mayor parte, los há

bitos son actos motores, pero este término a veces se utiliza también en un sentido más amplio para referirse a los hábitos de pensamiento.

Los hábitos se clasifican en biológicos, motores y mentales.

Hábitos biológicos; el organismo se habitúa, con menos o más facilidad a nuevas condiciones del medio ambiente.

Hábitos motores; son infinidad de hábitos motores los que llenan nuestra vida diaria, vestirnos, desvestirnos, tomar el desayuno, etc.

Hábitos mentales; aquí es donde están incluidos desde los hábitos de tipo intelectual hasta los de carácter moral. Los primeros referentes a cálculo, estudio, etc., y los segundos como el cumplimiento de las obligaciones, puntualidad, impuntualidad en el caso opuesto.

En todo hábito debemos distinguir dos fases; una de formación y otra de estabilidad. La primera corresponde al período en que estamos adquiriendo el hábito, en la segunda, ya lo hemos adquirido, realizando los actos habituales con máxima facilidad y de manera automática.

Por lo tanto, los hábitos constituyen el agente más conservador de la vida del individuo, lo que hace rutinariamente todos los días, y en lo social son la eficaz máquina que acu-

ña y arraiga lo aprendido de tal manera que la persona se - -
vuelve casi autómeta.

El hábito es una forma consolidada de conducta individual,
que tiene dos formas de expresión social; el uso social y la-
costumbre.

- USOS SOCIALES-

Una de las categorías sociológicas más importantes, son -
forma de conducta preordenada y coercitiva, no podemos alte--
rarlos porque son cosas que están ahí, están precreadas por -
la sociedad y la gente los sigue al pie de la letra.

Las características de los usos sociales son; imperativos,
autómatas, soluciones de problemas, etc.

- COSTUMBRE-

Cada grupo social tiene sus propias costumbres. La cos--
tumbre es un tipo de conducta colectiva, arraigado por el pe-
so de la tradición. Es un seguir el surco por donde marcha--
ron los antepasados.

La costumbre crea sociedades estáticas, pero aún las comu-
nidades más dinámicas tienen sus costumbres que son fuerzas -
en sí conservadoras.

En el mundo moderno para formar uniformidad (costumbre) -
existen dos procesos; la indoctrinación y la habituación.

- SENTIMIENTOS-

Muchos sostienen que los sentimientos están profundamente arraigados en la naturaleza humana que la razón, y que la civilización descansa más por el lado de los sentimientos que el de la razón.

Para la vida social existe un sentimiento de suprema importancia que es el de SIMPATIA, que significa "sentir con y como otra persona", es decir, identificarse con la otra persona. La simpatía es la base de la vida moral de los grupos humanos, ya que su resultado es el altruismo (darse a los demás).

Los sentimientos de grupo se concentran en valores sociales, siendo los más importantes:

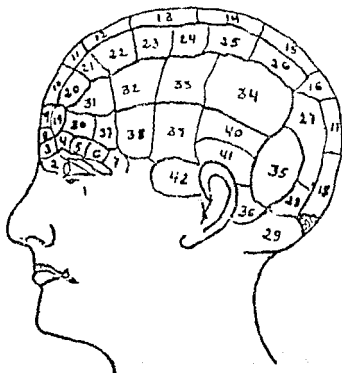
- 1) Sentimientos de decencia y patriótico.
- 2) Conciencia de la especie (orgullo de raza).
- 3) Cohesión social (unidad de grupo).
- 4) Patrimonio de la comunidad (territorio nacional y monumentos).
- 5) Costumbres, tradiciones, moral, leyes de grupo.
- 6) Concepciones abstractas; libertad, igualdad, educación, filantropía.

- LA RAZON-

La razón es la función más elevada de la inteligencia y la que regula todas las operaciones intelectuales. De ello -

proceden esencialmente los primeros principios (identidad, -- causalidad, etc.) y las ideas (perfección, absoluto, etc.).

En la siguiente figura se puede apreciar las diferentes facultades mentales que están localizadas en distintas partes del cráneo.



- | | | |
|-------------|-----------------------|-------------------|
| 1) lenguaje | 8) individualidad | 15) autoestima |
| 2) forma | 9) eventualidad | 16) continuidad |
| 3) tamaño | 10) comparación | 17) habitabilidad |
| 4) peso | 11) naturaleza humana | 18) amor paternal |
| 5) color | 12) benevolencia | 19) localidad |
| 6) orden | 13) veneración | 20) causalidad |
| 7) cálculo | 14) firmeza | 21) agradabilidad |

22) imitación	29) amantividad	36) vitalidad
23) espiritualidad	30) tiempo	37) armonía
24) esperanza	31) jovialidad	38) constructividad
25) escrupulosidad	32) identidad	39) adquisitividad
26) aprobatividad	33) sublimidad	40) reserva
27) amistad o adhesión	34) cautela	41) destructividad
28) conyugalidad	35) combatividad	42) alimenticidad

Sucede frecuentemente que algunos pacientes que consultan al dentista respecto a molestias de tipo dental pueden necesitar mucho más de psicoterapia que de tratamiento odontológico. Por lo tanto, se debe tener conocimiento de los elementos constitutivos del factor psicológico para interpretar y comprender la esencia humana.

La forma en que el dentista aborda el estudio de la enfermedad del paciente que lo consulta, es de la mayor importancia porque el individuo está preocupado psicológicamente de su enfermedad, en ese momento el padecimiento es para él lo más importante. Las opiniones del odontólogo y el interés que demuestre a la persona por entender su caso, es la ayuda más valiosa para el buen éxito del tratamiento.

4. EXAMEN PSICOLOGICO

El examen consiste en observar y probar las diversas funciones y atributos de la mente, que se manifiestan en la forma

en que el paciente se conduce, piensa y siente.

Los objetivos del examen son; conocer la personalidad -- del sujeto para identificar su organización caracterológica, sus conflictos internos, sus actitudes y respuestas (ansiedad, depresión, entusiasmo, etc.) a las presiones externas y tratar de establecer la relación de lo anterior con los síntomas y problemas actuales. Para entender la situación y las reacciones actuales del sujeto, es necesario conocer sus experiencias en épocas anteriores de su vida. Además por medio de dicho examen se puede detectar el primer signo de enfermedad orgánica del cerebro o de otras partes del organismo, - pues no es difícil que la enfermedad orgánica se manifieste - por alteración de la función mental.

El examen psicológico consta de nueve pasos, los pasos - uno al cuatro corresponden al interrogatorio tradicional de - la historia clínica de un paciente con alteraciones físicas, - y los pasos del cinco al nueve corresponden al examen para valorar el estado mental del hombre.

Paso 1: Tranquilizar y ganarse la confianza del paciente.

Un paciente cómodo, tranquilo, es mucho más probable que proporcione la información necesaria que, uno tenso e inquieto por la enfermedad. La tranquilidad está influenciada de manera importante por el ambiente físico y humano.

El ganarse la confianza es parte fundamental del proceso de calmar y tranquilizar. La valoración mental requiere que el paciente comparta y exprese información extremadamente personal, por lo que en la primera visita se busca ganarse su confianza. Es bueno presentarse a sí mismo y no aproximarse a tocar el enfermo sin asegurarse primero de su consentimiento. Es conveniente preguntar el nombre con el cual le gustaría ser llamado y explicar anticipadamente cada paso de la exploración y del tratamiento.

Paso 2: Valoración de la conducta del paciente, a través de la elaboración de la historia clínica y dental.

A continuación se le pide al paciente explique la causa de la consulta. Durante el interrogatorio se observan cambios de conducta y contestación de las preguntas formuladas:

¿Cuál parece ser el problema?

¿Durante cuánto tiempo se ha tenido?

¿Cuál parece ser su causa?

¿Se inició lenta o rápidamente?

¿Qué lo hace disminuir o mejorar?

¿Qué lo hace empeorar?

¿Qué síntomas o experiencias están relacionadas con el padecimiento?

Ayudar a aclarar las ideas también contribuye a identificar el problema o malestar, en este caso, el dentista deberá-

interpretar las respuestas y posteriormente preguntar directamente si su interpretación es correcta: "En otras palabras, - lo que me está diciendo es ..."

Si tiene lugar cambios conductuales mientras se está efectuando el interrogatorio se anotan descripciones detalladas - de su naturaleza en la historia clínica. Si es posible al final de la entrevista se consulta con algún familiar cercano - al paciente, para obtener información adicional en relación - al comportamiento.

Paso 3: Obtención de antecedentes sociales.

Cuando se valora el estado mental de una persona intentamos definir su salud mental: ¿Posee la persona la suficiente - capacidad para amar y trabajar?. Preguntas sencillas sobre - edad, estado civil, educación, empleo, casa o habitación, proporcionan gran cantidad de información básica sobre la capacidad para enfrentarse con las contingencias de la vida diaria - (relacionadas con el marco afectivo y social). Para esto se pueden usar preguntas sencillas del tipo:

¿Es casado?

¿Se ha divorciado?

¿Cuántas veces se ha casado?

¿Qué tipo de trabajo efectúa?

¿Durante cuanto tiempo ha trabajado en ese lugar?

¿Cómo van las cosas en el trabajo?

Este factor es importante, porque el paciente puede estar sufriendo somáticamente las consecuencias de las tensiones no resueltas.

Paso 4: Revisión de los antecedentes del paciente para determinar los patrones de comportamiento.

Las preguntas ayudan a determinar patrones de comportamiento cuando se explora sobre la niñez y la adolescencia de la persona, relaciones con los padres, hermanos y parientes, compañeros de escuela, maestros, cónyuge, superiores en el trabajo, problemas físicos o mentales demostrados por hospitalización, tratamientos o intento de suicidio, etc. Es importante tener los antecedentes de alcoholismo y farmacodependencia o drogadicción, aunque éstos sean difíciles de obtener. Uno de tantos factores causantes de error es la facilidad con la cual se puede confundir comportamiento irracional con abuso de ciertas sustancias ingeridas.

Esta información proporciona una base para valorar el estado mental preexistente.

Paso 5: Aspecto general.

El expediente debe contener descripción del habitus exterior o aspecto de la persona que incluya facies, constitución, estatura, marcha, hábitos higiénicos, indumentaria, arreglos generales, etc.

Al dentista le corresponde indagar si coincide lo observado con la información obtenida durante la exploración. El objeto de observar el comportamiento del paciente es buscar - signos de letargia, retraso psicomotor, agitación, actitudes defensivas y otros cambios conductuales importantes.

Paso 6: Marco afectivo.

Su valoración (el humor o estado de ánimo) requiere de - un criterio clínico. Hay que percatarse si el marco afectivo y el lenguaje corporal es consistente con la conducta y el patrón emocional aparente.

Paso 7: Organización de las ideas.

La acción de pensar tiene dos elementos principales; forma o secuencia y contenido o fondo.

La forma o secuencia describe la organización del proceso mental. ¿Están los pensamientos del paciente dirigidos hacia un objetivo? ¿Son claros y concisos (respuestas coherentes que se dan a un determinado problema)? ¿Son circunstanciales (llega en determinado momento al problema, pero dándole - muchas vueltas)? ¿Son tangenciales (abandona la discusión de la idea original y nunca regresa a ella)? El pensamiento - bien orientado hacia objetivos es aquel que va al punto directamente (¿Por qué está usted aquí? Tengo dolor ...). El pensamiento circunstancial es indirecto y retrasa llegar al punto problemático por la inclusión de largas descripciones satura-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 79 -

das de tediosos detalles. (¿Por qué está usted aquí?. Bueno, hace aproximadamente un mes, creo que fue un mes debido a -- que llevaba un vestido verde cuando iba a mi trabajo....). El pensamiento tangencial no está relacionado al tema de la conversación y constituye un grupo de oraciones unidas y relacionadas mediante algún significado simbólico. Es utilizada por las personas como un medio para evitar contestar a cualquier pregunta. (¿Por qué está usted aquí?. Mira, va a llover ... etc.). La desorganización mental es habitualmente tan marcada que se demuestra con facilidad.

Paso 8: Contenido de los pensamientos.

El segundo elemento del proceso mental, el contenido, -- puede considerarse anormal cuando están presentes distorciones ideacionales o perceptuales (alucinaciones, creencias -- falsas o fijas como las ilusiones). También incluye pensamientos obsesivos como ideas reiterativas en relación al suicidio. Debe hacerse notar cualquier patrón significativo en el contenido del pensamiento.

Paso 9: Valoración de la función intelectual.

En estados orgánicos se presenta desorientación y problemas de alteración en la memoria en lo concerniente a lugar, -- tiempo y espacio.

La inteligencia tiene componentes verbales y motores. -

El índice de inteligencia verbal de una persona, en términos generales, correlaciona con su capacidad para mantener una conversación, este hecho puede ratificarse a lo largo de la entrevista. El vocabulario es una buena prueba general de inteligencia y nivel socioeconómico cultural.

Por otra parte los estados orgánicos como delirium tremens, demencia, intoxicación por drogas y enfermedad estructural del cerebro, es habitual que presenten alteraciones de la memoria inmediata, desorientación, problema de percepción motora y alucinaciones visuales.

B. ACTITUDES DEL PACIENTE

La historia de las leyes de conducta humana hasta hoy en día, es un relato de la adaptación que ha pasado el hombre para comprender su ambiente humano. Quienes viven en armonía - generalmente crecen y prosperan, quienes dejan de hacerlo, -- tienen muchas probabilidades de fracasar y pasar ratos muy de sagradables.

He aquí donde radica la importancia de las relaciones humanas para lograr los objetivos de la profesión.

Una de las formas es empezando a conocer la naturaleza humana a través de las actitudes del hombre que se pueden resumir en cuatro niveles, aunque esta clasificación no es definitiva ya que cada persona actúa y reacciona de diferente ma-

nera ante la presencia de un estímulo en cierta circunstancia, o ser en caso contrario consecuencia de una actitud negativa.

Estas cuatro categorías son las siguientes:

Nivel mental I: Mente cerrada.

En esta categoría la persona toma una actitud negativa a todo lo que se le sugiere, no cooperando en nada. Diga lo -- que se diga, ellos están en contra.

Nivel mental II: Mente abierta.

En esta categoría la persona escuchará lo que tenga que decir, pero esperarán a que se les pruebe ampliamente con hechos verdaderos los que se les sugiere.

Nivel mental III: Confianza.

En esta categoría la actitud de la persona es de confianza, cooperación y amistad. Está dispuesta a colaborar en lo que sea, siempre y cuando se les de fundamentos que tengan sentido.

Nivel mental IV: Creencia y fe.

En esta categoría la persona cree y hará lo que se le pide sin hacer preguntas. No necesitará evidencias, ni pruebas.

Por lo tanto, antes de obrar inteligente o efectivamente en las relaciones con los pacientes, se debe determinar a que

categoria corresponde cada persona. Con una persona de mente cerrada, primero hay que abrirle la mente. Una persona que es únicamente de mente abierta, necesita muchas pruebas. Uno que confía, necesita sólo un poquito de evidencias. Uno que cree no necesita ninguna prueba.

De aquí la importancia de las relaciones socioprofesionales, ya que a la gente no le interesan los procesos sino los resultados. En consecuencia, el dentista debe tener una capacidad, una actitud y un interés en comprender al individuo. - El modo para abrir la mente humana es manifestándose de acuerdo con la persona ayudándolo a tener razón. El manifestarse en oposición sólo tiende a cerrarla, porque uno de los deseos más profundos del hombre es probar que se tiene razón aunque no la tenga. Esto lo conseguirá por la vía de la persuasión, poniéndose en el lugar del paciente sin perder nunca la propia identidad como persona, para comprender verdaderamente -- porque piensa del modo que lo hace. De esta forma la persona razonará y tendrá muchísimas probabilidades de abrir su mente y de escuchar el punto de vista del odontólogo. Cuando el -- dentista es sincero en ello, el paciente percibirá su actitud, y es en este proceso, donde ambos van encaminados a llegar a un convenio en beneficio mutuo, de lo contrario si las mentes de una o ambos permanecen cerradas se podrá discutir indefinidamente sin llegar a un acuerdo común.

Una vez que se ha abierto la mente del paciente, la mane

ra peculiar de ganarse su confianza, es demostrando que uno la merece. Y éste es el segundo paso en persuadirlo a que crea en lo que se dice y haga lo que el dentista crea conveniente.

La confianza, cuando se cultiva firmemente y se nutre de testimonios favorables, florecerá finalmente en la fe absoluta.

El odontólogo debe mostrar una actitud donde piense en servir los intereses del paciente así como lo haría con los suyos. Esta es la clase de argumentación que capta la confianza de cualquiera y si en toda nueva situación que surja continuamente se demuestra la voluntad para defender sus intereses, para motivarlo en todos los aspectos, evitando en todo momento una actitud propensa a la disputa y si el dentista cuida su comportamiento de actos distraídos, impulsivos, descomedidos, inspirará finalmente la fe sin reservas de aquellas personas que acuden al consultorio dental.

Aunque no hay que perder de vista que día tras día en las relaciones con los pacientes, el Cirujano Dentista está continuamente en el proceso de ganar o perder la confianza y la fe de aquellos que le han abierto su mente. Su estima puede aumentar o disminuir dependiendo de la actitud y comportamiento que se tenga hacia el ser humano.

CAPITULO VI
DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE
TRATAMIENTO

Al tener conocimiento de las causas productoras del padecimiento (etiología), la manera como estas causas obran para alterar la salud (patogenia) y habiendo determinado las necesidades individuales de los pacientes, por medio de los procedimientos de valoración clínica, radiográfica, psicológica, podremos fundamentar un diagnóstico.

El diagnóstico es el arte de utilizar los conocimientos científicos para identificar los procesos patológicos y diferenciar una enfermedad de otra.

Hay tres tipos de diagnóstico:

a) Diagnóstico de presunción; es la conjetura acerca de la naturaleza de determinada enfermedad, antes de haber reunido todos los datos pertinentes.

b) Diagnóstico diferencial; es cuando un estado patológico puede deberse a dos o más enfermedades o anomalías distintas.

c) Diagnóstico final se basa en la apreciación correcta y demostrable de todos los datos disponibles.

El diagnóstico se funda en conocer el estado en que se encuentra la salud de una persona y relacionar las enfermedades bucales y generales para conjeturar posteriormente con

la mayor probabilidad cual será el éxito que tendrá un organismo cuya salud se encuentra alterada y para tratar de establecer un pronóstico.

El pronóstico es la previsión del desenlace de la enfermedad o las causas de las contingencias que se prevé en las consecuencias de una lesión.

Una vez que se obtuvieron dichos datos, se debe de tratar de ayudar al organismo a restablecer la normalidad en su salud e instituir un adecuado plan de tratamiento que satisfaga las necesidades del individuo.

El éxito del tratamiento, dependerá de la correcta evaluación de los siguientes auxiliares para el diagnóstico:

- 1) Historia dental y médica.
- 2) Examen radiográfico.
- 3) Examen minucioso del aparato estomatognático.
- 4) Modelos de estudio (cuando el caso lo requiera).
- 5) Aspectos psicológicos y de comportamientos:
 - a. Relación dentista-paciente
 - b. Reacción del paciente ante sus problemas de salud.
 - c. Estado económico del paciente y recursos monetarios disponibles para realizar el plan de tratamiento y lograr la anhelada salud bucal.

En cada plan de tratamiento de haber una:

Fase inicial:

1. Valoración de los factores generales que puedan alterar el tratamiento y tomar las medidas preventivas - necesarias.
2. Descubrir, controlar o eliminar o ambas cosas, cualquier neoplasia, hemorragia, dolor u otro trastorno de carácter urgente.
3. Control temporal de los procesos patológicos existentes. Realización de la valoración de las necesidades dentales del paciente.
4. Planteamiento del tratamiento restaurativo y preventivo.

Fase de tratamiento:

5. Realización del tratamiento propiamente dicho (odontología restaurativa) que incluya la rehabilitación total de la salud del ser humano.

Fase de mantenimiento:

6. Educación y motivación al paciente para el cuidado a domicilio durante y después del tratamiento (odontología preventiva). Es necesario explicar a las personas como deben cuidar en casa, los tejidos dentales y periodontales, las dentaduras completas o par-

ciales y como realizar su propia autoclisis, también es necesario aclarar la utilidad de los exámenes periódicos, con intervalos de seis meses.

Los componentes del plan terapéutico dependen principalmente del estado en que se encuentre y de las necesidades dentales e individuales de cada persona en particular, para proveerlos durante el transcurso del tratamiento de una odontología restaurativa y preventiva.

El orden para instituir un plan de tratamiento restaurativo y preventivo es:

I. Pacientes con dentadura completa natural:

A. Operatorio.

1. Profilaxia
2. Odontología restaurativa

B. Operatorio y ortodoncia.

1. Profilaxia
2. Odontología restaurativa
3. Tratamiento de ortodoncia

C. Endodoncia, operatorio y periodoncia.

1. Raspado inicial
2. Procedimientos de control de caries. Profilaxia
3. Endodoncia

4. Periodoncia
 5. Odontología restaurativa
- D. Cirugía, endodoncia, periodoncia, operatoria, prostodoncia parcial fija o parcial removible.
1. Raspado inicial y limpieza profiláctica
 2. Cirugía
 3. Procedimientos de control de caries. Profilaxia
 4. Endodoncia
 5. Periodoncia
 6. Odontología operatoria
 7. Prostodoncia parcial fija
 8. Prostodoncia parcial removible
- II. Pacientes con dentadura natural parcial.
- A. Cirugía, endodoncia, operatoria, prostodoncia fija o removible.
1. Raspado inicial y limpieza profiláctica.
 2. Cirugía
 3. Procedimientos de control de caries. Profilaxia
 4. Endodoncia
 5. Odontología operatoria
 6. Prostodoncia fija y/o removible
- B. Cirugía, endodoncia, operatoria, prostodoncia fija y/o removible. En este tratamiento la periodoncia ocupa la mayor parte del tiempo del operador.

C. Prostodoncia únicamente.

1. Prostodoncia parcial fija
2. Prostodoncia parcial removible

III. Pacientes edentulos

A. Cirugía y prostodoncia total

1. Cirugía
2. Prostodoncia.

B. Prostodoncia total (únicamente)

1. Prostodoncia
2. Prótesis maxilofacial

Este plan de tratamiento puede ser combinado o alterado, dependiendo de las necesidades dentales e individuales de cada paciente.

La prevención es una parte integral e inseparable de la práctica odontológica diaria.

El programa preventivo debe ir encauzado al:

- Control de placa dentobacteriana.
- Asesoramiento sobre dieta y nutrición.
- Utilización de selladores de puntos y fisuras.
- Educación del paciente, para la adquisición de nuevos hábitos higiénicos que contribuyen a eliminar las causas que produjeron ciertos estados que alteran la salud del individuo.

- Cumplimiento por parte del paciente de las citas dentales.

Dentro del programa se le debe ayudar al paciente:

- 1) A reconocer que existen en su boca estados indeseables.
- 2) A comprender como se han producido esos estados.
- 3) Aprender a controlarlos.
- 4) Motivar su participación y apego al plan, dándole la oportunidad al paciente de experimentar su propio éxito personal en el mantenimiento de su salud bucal.

La siguiente secuencia, es el planteamiento del proyecto que pone en práctica el odontólogo para introducirse en el universo simbólico del paciente y poder determinar sus necesidades dentales e individuales e instituir el plan terapéutico acertado.

- 1) Comprender y tratar al paciente como entidad biopsicosocial íntegra.
- 2) Aliviar la ansiedad y preocupación del paciente.
- 3) Interesarse y usar el marco referencial del paciente para motivarlo y poner el problema en términos que sean importantes para él y que estén dentro de su escala de valores (porque todos los seres humanos tenemos que satisfacer necesidades fisiológicas o de supervivencia, necesidades de seguridad, necesidades-

sociales (atracción, reconocimiento y aceptación), - necesidades de estima, necesidades de autorrealización. No se debe perder de vista que el valor motivacional de las necesidades sociales y de estima varían de acuerdo con el nivel socioeconómico cultural del paciente).

- 4) Relacionar las necesidades dentales con las necesidades psicológicas. Es necesario ubicar el problema - dentro de su propio marco de referencia y escala de valores. Siempre que sea posible, deben hacerse intentos de relacionar las necesidades dentales del paciente con sus requerimientos psicológicos internos - (cuando más básico sea el nivel que podamos alcanzar de estas necesidades, más intenso será el deseo del paciente de satisfacerlo). El objeto es dejar que - el paciente descubra por sí mismo el significado implícito del mensaje del odontólogo.
- 5) Darle oportunidad al paciente que reconozca y exprese sus objetivos y lo que realmente quiere de su boca.
- 6) Comentario sobre el estado general de la boca del paciente (diagnóstico), informándolo de su problema de salud bucal, sus causas, consecuencias y las soluciones propuestas para llevar a la boca a un nivel de - salud óptimo.

7) Comentario de lo propuesto por el dentista, dando alternativas en el tratamiento.

8) Orientación para impedir la recidiva.

- Control de la placa dentobacteriana y cuidados en el hogar.

- Tratamiento de control (realizado por el dentista- cada 6 meses).

9) Motivación al paciente. Una vez que el paciente ha sido ayudado a reconocer sus necesidades, se le debe alentar para que las exprese en sus propias palabras y trate de satisfacerlas. Ha hallado un motivo para entrar en acción, es decir está motivado.

La motivación se puede definir como el proceso de despertar y mantener el interés de una persona sobre algo durante el tiempo suficiente para que satisfaga sus necesidades.

Las pacientes se motivan a sí mismas cuando comienzan a reconocer sus problemas en términos de necesidades. En consecuencia se debe luchar tanto como sea posible, para poner los problemas del paciente en términos de sus necesidades psicológicas y sociales, aquellas que pueda percibir la persona y definir más claramente porque son importantes para ella-

de acuerdo con su propia disposición y escala de valores sociales y psicológicas.

- 10) Establecer objetivos. Una vez que el paciente está motivado e interesado en tomar una actitud positiva en beneficio de su propia salud, se tendrá que establecer metas u objetivos, es decir, lo que quiere el odontólogo que el paciente haga, para cuidar y mantener su boca. Los objetivos son el destino final del paciente en términos de salud bucal.

Para que los objetivos se vuelvan efectivos deben -- ser:

- a) Concretos, libres de ambigüedades y fáciles de comprender.
- b) Relevantes (importantes para el paciente).
- c) Atractivos.
- d) Alcanzables (que esté dentro de los límites de la habilidad y comprensión del paciente).

Los objetivos que fija el dentista deben ser:

- a) Objetivos generales o a largo plazo. Son los resultados finales que queremos que el paciente logre.
- b) Objetivos inmediatos o a breve plazo. Representa la rutina inmediata que debe someterse el paciente.

11) Estimulación de honorarios y tiempo, incluyendo la cantidad y frecuencia de las citas.

12) Evaluación, control y revisión del paciente (resultados).

El objetivo de cualquier tratamiento preventivo y/o restaurativo es:

- Si el paciente tiene una boca sana, tratar de mantenerlo libre de enfermedad durante tanto tiempo como sea posible.

- Prevenir el avance de signos de enfermedad ya existentes y tratar de restaurar la salud tan rápida y perfectamente como sea posible (rehabilitar al paciente).

- Proveer al paciente la educación y la motivación necesaria para mantener su propia salud.

Una vez que el paciente percibe que el profesional está preocupado por su bienestar general y no está simplemente poniéndole un tratamiento costoso, el éxito se transformará en un objetivo alcanzable.

CAPITULO VII
EL EXITO Y EL PROFESIONAL

El dentista, como cualquier otro profesional, se forma no sólo para aplicar sus conocimientos en beneficio de la humanidad y en propio provecho, sino también para ejercerla con dignidad y pulcritud moral. Sin esta línea moral bien precisa, el profesional mejor es siempre malo; sin la fuente moral, la misma eficacia técnica de la profesión se deteriora y acaba por anularse. Y esto, aplicable a todos los humanos destinos, adquiere en el odontólogo particular evidencia.

La Odontología en cuanto a ciencia teórica y práctica, está en constante renovación y por ser ciencia tendrá mucho tiempo y quizá siempre un espíritu creativo de superación. El dentista tiene para curar un arma fija, que es la ciencia, arma cada vez más poderosa, pero solamente con ella la práctica profesional se tornará automática.

Por tal motivo, el CIRUJANO DENTISTA, debe desarrollar una preparación especial en triple sentido; capacidad intelectual, moral y física.

La capacidad intelectual consiste en el conjunto de conocimientos y en la habilidad práctica que permiten ejercer con voluntad y perseverancia la ciencia de la Odontología.

La capacidad física se refiere principalmente a la salud

y a las cualidades corpóreas, que siempre es necesario cultivar, como buenos instrumentos de la actividad humana.

La capacidad moral es el valor profesional como persona, la cual da una dignidad, seriedad y nobleza al trabajo. Abarca no sólo la honestidad en el trato y del servicio que se --brinde, ni tampoco en el sentido de responsabilidad en el cumplimiento de lo pactado, sino algo más todavía.

La capacidad moral es la transcendentalidad del Cirujano Dentista para abarcar y traspasar su propia esfera profesional en un horizonte mucho más amplio. Su habilidad ética da mayor relieve al propio trabajo, pero además, lo hace valer --no sólo como profesional, sino como persona fuera de su ambiente de trabajo.

Para desarrollar estas aptitudes es necesario poseer virtudes como lo es la fe, entusiasmo, perseverencia por la Odontología y por el conocimiento del hombre.

Si faltara alguna de estas tres capacidades, el dentista no sería un profesional universitario en toda la extensión de la palabra.

En consecuencia, el Cirujano Dentista se debe regir por un CODIGO DE DEONTOLOGIA, con los preceptos tales como:

- 1) El dentista asume con el paciente, el compromiso de poner todo su ser desde su mente hasta sus manos al servicio

de aquellos que lo soliciten, aconsejando siempre la realización de los trabajos que conceptúa más oportunos, no anteponiendo jamás sus intereses personales a su beneficio, debiendo aplicar el máximo de sus conocimientos y de su habilidad en el tratamiento de cada caso.

2) Es necesario que el dentista posea:

- a) Carácter para el cumplimiento de la verdad, la honra, la justicia, la dignidad humana; regido por elevados principios de conducta y disciplina.
- b) Responsabilidad como una cualidad interna, un sentido de la necesidad de actuar y un impulso para reaccionar en forma conveniente.
- c) Eficiencia para lograr el mayor beneficio con el menor esfuerzo en el menor tiempo posible.

3) El trato directo con los pacientes demanda al odontólogo a tener:

- a) Iniciativa propia en lo que se refiere a elegir un tratamiento que convenga al paciente.
- b) Persuasión para obtener la confianza y fe de éste, lo que permite guiarlo durante su periodo de recuperación.
- c) Habilidad para hacerlos sentir valorados como seres hu

manos, aún cuando la ciencia no los pueda curar.

4) El dentista debe considerar a los pacientes como individuos que poseen una entidad biopsicosocial íntegra en sí misma y no tratar sólo la enfermedad u órgano afectado.

5) Además de estas actividades del odontólogo de establecer un diagnóstico y fundar un pronóstico, debe encauzar su conducta a fin de procurar el restablecimiento de la salud alterada, es decir, instituir una terapéutica capaz de hacer que el organismo se ponga en condiciones de restablecimiento. La terapéutica, es el objeto fundamental de la Odontología, así como el conocimiento de las enfermedades para evitar su propagación y perseverar por la senda del bienestar bucodental social.

6) Al estudiar al hombre como paciente, se aprende sobre la naturaleza humana y la afección, para desarrollar a través del tiempo una experiencia personal que nos da la pauta para tener criterio clínico propio.

7) Cualquier trato con las personas debe ser previsto según el nivel socioeconómico-cultural del paciente. Como se sabe, puede ser perfectamente aceptable una plática entre un determinado grupo social, pero puede estar completamente fuera de lugar en otro.

8) El odontólogo debe educar su carácter en forma tal,-

que en todo momento se adapte a las situaciones que surgen -- con el paciente en la consulta, no debiendo tomar actitudes - impacientes que lo hacen adoptar gestos o maneras desagradables que lo desprestigian personalmente y que desacredita la profesión.

9) Se debe aspirar a que el paciente al abandonar el gabinete, si es que lleva el recuerdo de algún dolor material - ahí sufrido, sea el suficientemente compensado por la agradable impresión psíquica dejada en su ánimo por el trato del -- profesional. Con ello se conseguirá desterrar poco a poco, - el sentimiento de temor con que la inmensa mayoría de las personas mira a los consultorios dentales. Esas consideraciones cobran aún mayor importancia, cuando de los niños se trata, - pues ellos formarán las generaciones del porvenir, serán las encargadas de mantener o hacer desaparecer una vez por todas, - las fábulas (que algunas veces son desgraciadamente historias) de los martirios inflingidos por los dentistas.

10) Debe el odontólogo de estar convencido de que la profesión no es solamente un medio de ganar dinero, sino que tiene que desempeñar una misión mucho más elevada, que debe ejercer un apostolado, cuyo objetivo es aliviar los males y los dolores de la humanidad, preparando por lo tanto, el mejoramiento de las razas futuras.

11) Muy difícil es poder establecer reglas fijas con -

respecto a honorarios, pues ellos están sujetos como todas -- las transacciones humanas, a la relación existente entre la -- oferta y la demanda. Sobre este punto, obrando de buena fe, -- es dueño absoluto de fijar sus honorarios el profesional.

12) Por ningún motivo se debe menospreciar o criticar -- procedimientos o trabajos de otro colega, en presencia de un -- paciente. Por poco que se reflexione se llegará al convencimiento de la inmoralidad del hecho por el perjuicio producido a la mayoría de las personas, que irá poco a poco perdiendo -- la confianza en los dentistas y en deterioro de la Odontolo-- gía. Debe guardarse las observaciones para hacerlos en los -- sitios oportunos, por ejemplo las tribunas de las sociedades -- científicas, congresos o las páginas de las revistas dentales, desde las cuales tiene no solamente derecho, sino el deber de combatir con el caudal de sus conocimientos todo lo que se -- considere erróneo.

13) En los casos de economías personales y/o familiares limitadas, el dentista deberá tomar la responsabilidad absolu -- ta y tratar los tratamientos costosos con el conocimiento, la experiencia, madurez necesaria.

14) Cuando el odontólogo se decide a ser honesto consi -- go mismo y con el paciente y contesta con un no se a las pre -- guntas cuya resolución ignora, probablemente puedan algunos -- pacientes salir a buscar a otro dentista que los tranquilice -- con sus palabras, sin tomar en cuenta si son verdad o no. En

consecuencia, el dentista que adopta el valor de la sinceridad en lugar de las palabras ambiguas o las explicaciones imaginarias, va a ser reconocido como honesto e íntegro.

15) Si se tiene la conciencia del valor del título, si el Cirujano Dentista se da cuenta del periodo de lucha en que se encuentra, será imposible que el mismo hombre lo coloque en una manifiesta inferioridad con respecto a las demás profesiones.

Con el tiempo el ARTE que desempeña el odontólogo, lo hace libre para desarrollar y adquirir en el ejercicio de la profesión, su propio estilo y filosofía, ciertos trucos y frases.

He aquí como la ética profesional brota como una flor espontánea de la vocación, con la cual se puede deducir que muchas veces se planteará el problema de cuales son los motivos que deciden el éxito profesional de los dentistas. Desde luego que no radica en la pura ciencia de la Odontología aprendida, sino hay algo más todavía de arte mágico en desarrollar.....

CONCLUSION

Interpretar la esencia humana significa asociar todos -- los aspectos que influyen en la vida del individuo. Sus problemas de salud deben estudiarse como totalidades compuestas por hechos de naturaleza biológica, de carácter psíquico y de índole social y cultural.

Al estar constituido el hombre por una mente y un soma se debe pensar simultáneamente cuando nos referimos a la salud o enfermedad en estos dos aspectos de la actividad vital; fisiología y psicología. Los desordenes de la fisiología van siempre asociados con alteraciones de mayor o menor magnitud en la mente, aunque no se debe perder de vista que el paciente no es una entidad aislada, sino es un ser que procede de un grupo que influirá en su vida en todo sentido.

Por lo tanto, el estudio del paciente se basará en una interacción continua entre la CIENCIA DE LA ODONTOLOGIA CLINICA que desempeña el Cirujano Dentista capacitado para verificar la presencia o ausencia de enfermedad, por medio de los métodos de exploración clínica, radiográfica, psicológica, -- que ayudan a diagnosticar y pronosticar un plan de tratamiento acertado, y el ARTE DE LA ODONTOLOGIA que se preocupa del-

conocimiento y las relaciones entre los seres dentro de la di men sión hu mana y como cualquier otro arte, su propósito es - elevar y enriquecer el espíritu humano.

El arte de la Odontología radica en el cultivo provechoso de las relaciones dentista y paciente. El valor de esta - transacción socioprofesional es que el odontólogo al propi- - ciar las mejores condiciones, llegará a conocer al paciente - como entidad biopsicosocial íntegra y será capaz de motivarlo por la senda del bienestar bucodental.

La trascendencia de la evaluación total del individuo -- por medio de los procedimientos clínicos, radiográficos y psi col ógicos, es llegar a diferenciar si el padecimiento es una alteración de tipo orgánico y/o de tipo psicológico para de-- terminar si es posible iniciar un tratamiento o una rehabilitación con relativa seguridad, o bien en caso contrario que - nos indique la conveniencia de una consulta médica previa o - de una psicoterapia por parte del dentista, evitando así posi bles complicaciones. Con lo anterior expresado, se deduce -- que el examen completo es una obligación legal y moral porque la muerte, ciertas enfermedades graves y otros accidentes me- nores pueden relacionarse directamente con la anestesia o la- terapéutica odontológica.

Por lo que respecta al dentista, debe poseer una filoso- fía científica, ética y humana propia, que le permita hacer - un diagnóstico, pronóstico y un plan de tratamiento adecuado-

que vaya encauzado ha satisfacer las necesidades individuales de cada persona y de su rehabilitación total. Este estado de salud óptimo se logrará poniendo en práctica la Odontología - restaurativa y preventiva, ayudando así al organismo a recuperar y conservar su salud natural que posee.

Sólo queda por concluir, que el paciente siempre esperará a que se les ayude y desearán ser atendidos por personas - que estén bien preparadas y sean agradables, pacientes, honradas. En otras palabras, esperarán que se les de un servicio-experto en todos los sentidos..., por lo que el dentista debe aspirar a descubrir por sí mismo ciertas formas de servicio - humano que constituyan su EXITO PROFESIONAL.

BIBLIOGRAFIA

I LIBROS

BERNE Erick, Juegos en que participamos. Psicología de las relaciones humanas, 19a. impresión, México, Editorial Diana, S.A, 1987, 198 p.

CASTANEDA García Cuauhtémoc M., Tecnología Radiológica, - - (s. ed.), México, Editado por el Colegio Nacional de Ciencias-Técnicas de Salud S.A., Tomo I y II, 1977, 461 p.

CUEVAS Francisco, Manual de técnica médica propedéutica, 8a.- edición, México, (s.ed.) (s.f.), 665 p.

CUSTER Dan, La mente en las relaciones humanas, 23a. impresión, México, Cía. editorial Continental, S.A. de C.V., 1982. 281 p.

CHASTEEN E. Joseph. Principios de clínica odontológica. 1era. edición, México, Editorial El Manual Moderno S.A., 1981, 464 p.

DE LA FUENTE Muñoz Ramón, Psicología Médica, 21a. reimpresión, México, Fondo de Cultura Económica, 1983, 444 p.

GUTIERREZ Saenz Raúl, Introducción a la ética, décima tercera edición, México, Editorial Esfinge, S.A. 1980, 253 p.

KAIZ Simón, et. al., Odontología Preventiva en acción, 3a. - edición, Argentina, Editorial Médica Panamericana, S.A., 1982, 375 p.

KEATING Kathleen, Abrazame, (s.ed), México, Editorial Javier-Vergara Editor, 1987, (s.p.).

MAHLON H. Delp y MANNING J. Robert. La propedéutica médica de Major, 9a. edición, España, Editorial Interamericana S.A. de C.V., (s.f.), 617 p.

MATTALDI Gómez Recaredo A. Radiología Odontológica, 3a. edición, Argentina, Editorial Mundi, S.A., 1979, 363 p.

Mc CARTHY M. Frank; Emergencias Odontológicas. Prevención y tratamiento, 2a. reimpresión, Argentina, Editorial librería - El Ateneo, 1973, 536 p.

Mc ELROY L. Donald y MALONE F. William. Diagnóstico y tratamiento Odontológicos, 1era. edición, México, Editorial Interamericana S.A. de C.V., 1971, 215 p.

MITCHELL F. David, et, al., Propedéutica Odontológica, 2a. - edición, México, Editorial Interamericana S.A. de C.V., 1973, 446 p.

O'BRIEN C. Richard, Radiología Dental, 3a. edición, México, - Editorial Interamericana S.A. de C.V., 1983, 258 p.

PRIOR A. John y SILBERSTEIN Jack S., Propedéutica Médica, 3era. edición, México, Editorial Interamericana S.A. de C.V., 1980, 419 p.

REILLY William J., Relaciones humanas venturosas, 23a. edición, México, Editorial Herrero Hnos, succ. S.A., 1986, 157 p.

SAENZ de la Calzada I., Exploración clínica en estomatología y su interpretación, 3a. edición, España, Editorial Paz Montalvo, 1973, 704 p.

SAN MARTIN Hernán, Salud y enfermedad, 4a. edición, México, - Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana S.A., 1982, - 893 p.

STAFNE C. Edward y GIBILISCO A. Joseph. Diagnóstico radiológico en Odontología, 1era. edición, Argentina, Editorial Médica Panamericana, S.A., 1978, 462 p.

TIMASHFF S. Nicholas, La teoría Sociológica, 7a. reimpresión- México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1977, 397 p.

VELAZQUEZ José M. y GONZALEZ de Alameda, Manual de Psicología elemental, décima edición, México, Grupo editorial Sayrols, - 1986, 159 p.

WUEHRMANN A. H. y MANSON Hing Lincoln R., Radiología Dental, - 3a. edición, México, editorial Interamericana S.A. de C.V., - 1983, 258 p.

II. REVISTAS

ANONIMO, "El hombre, ¿rey de la creación o brizna de polvo -- cósmico?", México, R.M., Vol. XVI, Nº 6, agosto 1987, 130 p.

CARRANZA y Vázquez Jorge. "Radiografía: gufa práctica" (primera parte), Práctica Odontológica, volumen 6, número 6, junio-1985, 74 p.

CARRANZA y Vázquez Jorge. "Radiografía: gufa práctica" (segunda parte), Práctica Odontológica, volumen 7, número 7, julio-agosto 1985, 58 p.

CERVANTES Luis., "Restablecer la relación de confianza", México, Médico Moderno, Vol. XXV, Nº 12, agosto 1987, 176 p.

CERVANTES Luis, "La importancia de llevar un expediente clínico", México, Médico Moderno, Vol. XXVI, Nº 1, septiembre 1987, 168 p.

CERVANTES Luis., "Se debe valorar la situación del paciente", México, Médico Moderno, Vol. XXVI, Nº 3, noviembre 1987, 160 p.

MARTINEZ Cortés Fernando, "Concepción totalizadora de los problemas de salud", México, Médico Moderno, Vol. XXV, Nº 8, abril 1987, 180 p.

MARTINEZ Cortés Fernando, "Relación de objeto y relación de sujeto", México, Médico Moderno, Vol. XXV, Nº 9, mayo 1987, - 224 p.

MARTINEZ Cortés Fernando, "Percibir desde dentro el problema del paciente", México, Médico Moderno, Vol. XXV, Nº 12, agosto 1987, 176 p.

NIETO Cardoso Ezequiel, "La relación humana en el contexto médico", México, Médico Moderno, Vol. XXV, Nº 11, julio 1987, -- 176 p.

PALENCIA Oyarzábal Ceferino. "La medicina clínica es un arte" México, Médico Moderno, Vol. XXV, Nº 6, febrero 1987, 144 p.

III. ARTICULOS PERIODISTICOS

SORIANO Rojas Raúl. "Historia natural de la enfermedad", México, Excelsior, 11 de julio de 1988.