

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MANEJO PSICOLOGICO DEL PACIENTE DENTAL DE
ACUERDO A LA EDAD CRONOLOGICA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

MARTHA LORENIA ESTRADA TALAMANTES

ASESOR: DRA. JOSEFINA TERRIQUEZ CASILLAS

GUADALAJARA, JAL., 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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

	PAGINA:
INTRODUCCION	1
CAPITULO I:	
EL NIÑO.	3
CAPITULO II:	
EL ADULTO.	18
CAPITULO III:	
EL PACIENTE GERIATRICO.	32
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFIA	47

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

INTRODUCCION

El hombre no conoció en un principio el temor a la experiencia odontológica. Temía las cosas de su medio ambiente el relámpago, el estrepitoso trueno y los enemigos del reino animal.

Indudablemente, el hombre primitivo conoció el dolor. Por lo general, era algo que le era infligido por fuerzas externas: por el fuego, por una roca desprendida, un árbol derribado, o por los golpes del enemigo. Había otras clases de dolores que se originaban dentro de sí mismo los cuales no podían explicar por la observación de causas, efecto. Estos dolores lo perturbaban más que los producidos por fuerzas externas, porque llevaban en su naturaleza, el misterio, la incertidumbre y la maldición de las cosas maléficas.

A medida que el hombre fue ascendiendo en la escala evolutiva, sus temores y las ocasiones mismas para experiencias cada vez más dolorosas, más bien fueron en aumento conserva aún el miedo a las fuerzas elementales, pero añadidos a estos están los temores sociales y económicos de inseguridad y dependencia, y las dificultades de adaptación a los otros seres humanos en el plano de relaciones --

interpersonales. Las posibilidades para experiencias dolorosas se han visto multiplicadas por una vida más prolongada y por las amenazas de un ambiente mecanizado.

Cuando una persona recurre a nosotros para atención profesional es denominado "paciente" literalmente, eso significa: alguien que aguanta y sufre, pero en nosotros -- los odontólogos está en hacer la experiencia odontológica --- más agradable utilizando la psicología.

El consultorio dental ofrece condiciones ideales para llevar a cabo actividades motivacionales; el contacto cara a cara y ojo a ojo del dentista y los auxiliares con el paciente provee una oportunidad inigualable de comunicación; por lo tanto hay que aprovechar esto para hacer sentir al paciente lo mas seguro y agradable que se pueda.

El odontólogo en su práctica diaria se enfrenta a tipos de pacientes que se pueden clasificar en: niños, -- adultos y ancianos. De acuerdo al período de transición por el que está pasando la persona hay que tratarla.

CAPITULO I

EL NIÑO

CAPITULO I

EL NIÑO

El manejo del niño es más que simplemente convencer a una persona pequeña a que se somete a alguna forma de procedimiento odontológico: implica llevarle a aceptar que la salud de sus dientes es importante para él; y que el odontólogo se convierta en una persona de quien guste y respete.

La literatura odontológica sugiere sin ninguna duda que los pacientes muy pequeños constituyen uno de los problemas principales hallados en el ejercicio actual de la odontología.

El adoctrinamiento sobre odontología consiste -- esencialmente en enseñar al niño a encarar una situación nueva y a seguir las instrucciones del personal odontológico. El proceso suele cumplirse con mucha facilidad si el odontólogo permite que el niño inspeccione el consultorio dental, pero al mismo tiempo tratando de grabar en el niño la necesidad y la importancia de la situación.

En algunos casos será necesario acercarse a cada niño en su propio nivel de comprensión, nada puede actuar mejor que el enfoque directo y honesto. Además, se requiere también adquirir algún conocimiento del tipo de niño de que trata y de los tipos de problemas que pudiera tener.

A menudo es posible establecer esto con observar lo en la sala de espera mientras aguarda sentado con la madre, el padre o ambos.

Algunas veces la primera visita la realiza con un hermano o hermana mayor. Todo esto dice mucho sobre el niño y la estructura familiar.

El odontólogo y sus colaboradores deben recordar que el niño, en particular el paciente de primera vez desconoce por completo el hecho, de que un diente doloroso o una infección periapical plantean una amenaza al bienestar.

En cambio el niño puede ver en el odontólogo y sus colaboradores la verdadera amenaza, si el personal odontológico toma bien en cuenta este hecho, le servirá para comprender la reacción del niño normal en el consultorio.

5.-
El primer objetivo en el manejo exitoso es establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados por ayudarlo.

Ha de aceptarse el proceso de aprendizaje como proceso irregular, con ascensos, mesetas y quizá hasta períodos de descenso. Este proceso irregular está por supuesto, relacionado con los cambios ambientales y los estados psicológicos.

Los padres en el hogar, pueden apreciar las irregularidades. Hay períodos en que los niños aprenden con gran rapidez o cumplen gran cantidad de labores, seguidos por otros en que hacen muy poco o hasta parecen retroceder.

El odontólogo puede observar ocasionalmente una reacción negativa en el paciente muy pequeño. Benjamin llama a esto un "período de resistencia" y lo consideró normal en el crecimiento o proceso de aprendizaje del niño. El niño puede reaccionar contra cualquier procedimiento porque carece de la capacidad para comunicarse con el odontólogo y el personal de su consultorio. Es importante que el profesional tenga presente que esta reacción puede ser considerada normal y que es parte del proceso de aprendizaje y no una reacción provocada por él o su personal.

Con esto en la mente debe trabajar con rapidez, -- suavidad y aún así con firmeza. Quizá no debe contar con una cooperación total.

REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA.

El temor a la experiencia de las emociones que con más frecuencia se experimenta en la infancia. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente dañoso.

Watson y Lowery, estiman que el temor es, en su mayor parte, "cultivado en el hogar" tal como los estallidos de amor p de rabieta. Creen además que hacia los 3 años, la vida emocional del niño ha quedado establecido y que los padres han determinado ya si el niño se convertirá en una persona feliz, íntegra y de buen carácter o en una persona llorosa y quejosa, una cuya vida estará regida por el temor.

Los niños sin embargo parecen tener ciertos temores naturales tales como los asociados con la inseguridad -- o la amenaza de inseguridad.

Cresell e (1949) afirmaron que un niño llora si se golpea una puerta, si se produce un movimiento abrupto o si experimenta una súbita pérdida de apoyo.

Los niños mayores experimentan un segundo tipo de temor, un temor adquirido desarrollado por imitación de -- aquellos que temen. La persona que imitan puede temer a -- las tormentas con truenos, la visita al odontólogo o una -- gran variedad de situaciones.

Un tercer temor expresado por un niño es el re-- sultado de experiencias desagradables : con un animal, un - compañero o quizás un médico o un odontólogo.

En el manejo del niño temeroso en el consultorio dental, el odontólogo debe primero procurar determinar el - grado de temor y los factores que pueden ser responsables - de él.

Algunos niños llegan al consultorio dispuestos - a responder con tensión y temor, sobre todo a causa de la - manera en que la odontología les fue presentada en su hogar. En casos aislados, el temor a un odontólogo puede ser el -- resultado de una experiencia odontológica traumática que -- dejó sensibilizado al niño y desarrolló en él sus propios - temores a partir de padres, familiares y relaciones.

Muy rara vez podrá el odontólogo actuar como --- educador de los padres, pero con frecuencia podrá conver-- sar con ellos acerca de la conducta del niño y comentar ---

algunos medios para que se pueda controlar mejor esa conducta en el consultorio.

Muy amenudo surge de esas conversaciones que el niño no está actuando así por su propio temor al consultorio, sino por el de sus padres.

La mayor parte de los niños llegan al consultorio necesitados de algún tipo de tratamiento inmediato o de atención preventiva; por lo tanto no es práctico postergar el tratamiento de un niño miedoso en la esperanza de que finalmente superará su temor a la odontología y se tornará más cooperativo. Puesto que el miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo, es imposible razonar con el niño realmente asustado, y por lo general no conduce a un grado satisfactorio de cooperación. La mayor parte de los dentistas encontraron también que es muy poco práctico dejar que el niño miedoso observe mientras otro se atiende. El abordaje más lógico parece ser el reacondicionamiento del niño temeroso.

Si el niño es realmente miedoso, el abordaje sin apuros del problema rendirá altos dividendos. La mitad de la batalla estará ganada si el odontólogo conversa con el niño y procura enterarse de la causa de temor.

A menudo el niño expresará su temor a determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odontológica que lo asustó. En este caso, el profesional podrá proceder a borrar esa idea mediante demostraciones y explicaciones.

El odontólogo deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño. Muchos de los temores subestivos -- no los produce el procedimiento en sí, sino el significado-atemorizante de alguna palabra.

Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como "aguja" o "fresa" y sin embargo, no se oponen-- demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al -- procedimiento. Se deberá evitar engaños, pero cuando sea -- posible, deberá usarse palabras que no despierten miedo, pa-- labras que ellos conocen y usan diariamente.

La sustitución exacta de palabras deberá guiarse por la edad del paciente. Cada odontólogo puede utilizar -- la selección que prefiera. En vez de palabras como "inyec-- ción", "aguja", "pincho" podríamos decir: "vamos a poner algo en tus encías que se va a sentir como el piquete de un-- mosquito". A todos los niños les pican los mosquitos, saben que los piquetes de mosquitos son molestos, pero el dolor-- no es sufieicntemente grande o duradero para producir ansie-- dades definidas.

En vez de la palabra "fresa" que para un niño significa hoyos en un diente, dígame que va a cepillar los insectos malos y sacarlos del diente.

Al mismo tiempo haga correr sobre la uña del niño una broca grande de cono invertido, explicando que la broca es llana y no puede penetrar en el diente. De este modo el dentista ha informado al niño de lo que va hacer sin que -- produzca miedo.

En la primera sesión el odontólogo no debe intentar más que procedimientos simples., debe explicar cuidadosamente lo que está haciendo y el uso de todos los instrumentos. Y gradualmente debe ir construyendo hasta llegar -- a los procedimientos normales de rutina que son necesarios -- para el servicio de salud.

Los padres, sin embargo, deben tener conciencia -- de que el odontólogo y sus asistentes tendrán que retener -- al niño para cumplir siquiera un examen superficial y probar al niño que el procedimiento es placentero y en verdad -- bien distinto de lo que esperaba o se le había dicho.

ANSIEDAD:

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionado con el estado de temor. Edelston, estima que algunos niños desarrollan la necesaria seguridad con lentitud y permanecen inseguros y ansiosos mucho tiempo después que superaron esos sentimientos.

Los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia; su reacción puede ser violentamente agresiva: por ejemplo, una exhibición de rabietas en el consultorio dental.. Benjamin estima que en los niños la rabieta suele ser una reacción que oculta lo que pasa "entre bambalinas" un estado de ansiedad o de inseguridad, si al niño que hace demostraciones de rabietas en su hogar se lo recompensa, las rabietas pueden convertirse en hábito. Cuando este niño se comporta de modo similar en el consultorio odontológico, el profesional deberá decidir si la reacción es de temor agudo o es una rabieta.

Por supuesto si el niño está realmente asustado el odontólogo debe mostrarse comprensivo, y proceder con suma lentitud. Si el niño está claramente en una demostración de una rabieta, en cambio el odontólogo puede demostrar su autoridad y su dominio de la situación.

RESISTENCIA.-

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, y de hecho el niño se rebela contra el medio. Puede hacer despliegue de rabietas o darse la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando no desea adaptarse.

La regresión puede ser otra manifestación, en cuyo caso el niño se rehúsa a desarrollarse. Puede seguir mojando la cama, puede no intentar hablar bien o puede seguir con hábitos de juego más infantiles.

La retracción es otra manifestación de ansiedad, en cuyo caso el niño rehúsa participar en el juego y no hablará con extraños y ni siquiera con conocidos.

El odontólogo tiene dificultad para comunicarse con este tipo de pacientes, el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por cualquier ocasión. El odontólogo debe reconocer y comprender que la reacción del niño en el consultorio dental está condicionada por la experiencia previa, la educación en el hogar y el medio.

TIMIDEZ:

La timidez es otra reacción que se observa ocasionalmente, en particular en el caso de primera vez. Suele estar relacionada con una experiencia social muy limitada - por parte del niño. El niño tímido necesita pasar por un período de "precalentamiento". Esta es una instancia en la que puede ser útil permitir que el niño paciente bien adaptado. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo.

Por otra parte la timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o aún lo protegen en exceso.

EL PACIENTE DE PRIMERA VEZ.

Está aceptado que la preparación meditada del niño y de los padres antes de la primera visita dará por resultado un mejor esquema de conducta en el consultorio dental. La preparación bien puede comenzar en el momento del contacto telefónico de la recepcionista con el padre. La recepcionista explicará que a menos que exista una emergencia, el odontólogo deseará que la primera visita se arreglara -- para un momento que le permitiera completar, el examen e introducir al niño en la odontología sin apuros.

La primera visita debe ser corta, ciertamente no más de quince minutos. Debe limitarse a obtener una historia breve, haciendo un examen del paciente y su boca, nada más que una inspección bucal, ayudada con un espejo bucal - si es necesario, y el pulido de los dientes con una taza de goma, limitado, cuando corresponde, sólo a los dientes anteriores.

Hay que conocer el nombre del paciente antes de su llegada. Siempre que sea posible es mejor conocer a la madre y a su hijo en una habitación separada del consultorio o tener una parte del consultorio amueblada como zona de consulta con una mesa y sillas. A la madre hay que darle oportunidad de hablar de su hijo. Observar como el niño -- reacciona a la situación; pistas como el aferrarse a la madre indican como puede comportarse después. El paciente -- debe ser saludado por su nombre y luego prestar atención a la madre.

En el consultorio, la atención del operador se dirige ahora al niño. Se le explica que se van a observar -- sus dientes y se le pide que se sienta en el sillón dental. No debe intentarse levantar a un niño pequeño; debe llevarse -- sele suavemente de la mano y esperar que trepe al sillón, -- si es necesario con ayuda del operador.

El odontólogo debe sentarse entonces frente al -- niño y hacerle uno o dos comentarios breves. Es importante -- explicarle cada procedimiento antes de realizarlos.

En la segunda visita, el niño ya está familiarizado con el ambiente odontológico, el operador y su personal está listo ahora para conocer cosas nuevas. Las visitas sub -- siguientes pueden emplearse para introducir más cosas nue -- vas; a un ritmo adaptable para el paciente, hasta que se -- sienta bien" como en su casa" con todos los aspectos de la odontología. El trabajo progresa más y más rápidamente a me -- dida que pasa el tiempo. El cuidado en la preparación del -- paciente, en esta forma rendirá sus ganancias mas tarde, -- porque un niño feli y confiado significa odontología des -- cansada y de duena calidad.

El sistema de recompensa y castigos debe ser re -- liberadamente controlado en una forma muy sofisticada. Cual -- quier conducta deseable debe ser recompensada inmediatamen -- te y cualquier conducta indeseable debe castigarse inmedia -- tamente. La recompensa o el castigo serán más eficaces cuan -- do siguen de cerca a la conducta, sin embargo las recompen -- sas son mucho más importantes que los castigos, y estos no -- deben usarse, salvo que haya patrones de conducta alterna -- tivos que puedan provocar recompensas de inmediato.

A medida que prosigue el tratamiento, las conductas deseables deben ser progresivas antes de recompensarlas, de otra manera las recompensas dejarán de ser inevitables. - Varias recompensas son factibles, pero los castigos de que dispone el odontólogo son claramente limitados. La mayor recompensa que puede dar el odontólogo es su aprobación, satisfacción y amistad, y sus signos visibles verbales, visuales o táctiles actuarán como estímulos potentes.

Es importante comprender que las comunicaciones no verbales de satisfacción y amistad son mucho más importantes que las palabras. En orden de prioridad es probable -- que el tocar sea primero, la expresión facial después, la entonación vocal y la postura luego, y las palabras al final. Una relación feliz con el profesional es muy valorada por el niño, y el odontólogo debe aprender a comunicar estos sentimientos a un paciente de manera controlada, para no confundir al niño, y dirigir sus reacciones constructivamente.

Aparte de este tipo de felicitación directa, el odontólogo debe pensar en otras recompensas pequeñas. Es -- trellas rojas o doradas pegadas en una tarjeta de progreso, insignias o pequeños regalos, algunos de ellos hasta donados por padres agradecidos, de otros niños. Sin embargo es fundamental que se usen como recompensa por el progreso deseable, no como sobornos para intentar resolver comportamien

tos indeseables, pues entonces solo ayudan a reforzar lo -- que se supone deben eliminar. Los castigos que un odontólogo puede usar son demostrar leve frustración o desviar su - atención del paciente durante una secuencia de conducta indeseable. El retiro temporario de recompensas es un tipo de castigo importante.

Es también fundamental, que todos quienes están - vinculados con el niño en la situación de tratamiento apliquen la misma recompensa y castigo.

También es importante explicarle que se hará en - la visita siguiente y obtener su aprobación.

Este acuerdo debe recordarse al comienzo de esa - sesión y se espera que el niño lo cumpla.

CAPITULO II

EL ADULTO

CAPITULO IIEL ADULTO.-

En la mayoría de los casos, los esquemas de conducta observables en los pacientes odontológicos adultos - quedaron establecidos en edad temprana. Esas maneras características de comportarse resultaron de la herencia, maduración y cultura en que vive el individuo, combinadas. Estos esquemas suelen estar muy bien organizados, pues están orientados hacia la satisfacción de las necesidades individuales en una cultura de extremada competencia. Hay individuos en los cuales el adiestramiento inicial era una estructura tan rígida que cualquier ligero cambio puede generar un alto grado de stress y preocupación.

Concurrir al consultorio odontológico constituye una buena desviación de la conducta normal en la mayoría - de las personas. Por esto no es raro que saque a relucir - lo peor de cada uno. Pueden mostrarse muy irritables e incómodos ante la perspectiva de abandonar sus rutinas normales para someterse a lo que suponen habría de ser una experiencia dolorosa.

Para algunos adultos significa abandonar su papel habitual de ser quien toma las decisiones, donde asume la-

máxima responsabilidad y autoridad, para desembocar en el consultorio en una situación temporal sobre la cual no tiene más control que el niño más pequeño. Los mismos motivos que determinaron su de atención odontológica, pueden estar circundados por una cantidad de temores, todo lo cual crea una sensación total de ambivalencia, ansiedad frustración y hostilidad.

Por fortuna muchos adultos tienden a adaptarse al stress. Tras un período inicial de adaptación en el consultorio, suelen ser capaces de salir adelante con los colores en alto. Como el niño, algún adulto requiera reunir fuerzas suficientes para procedimientos que toman mucho tiempo y que exigen varias visitas.

Algún paciente ocasional pudiera objetar el ser solamente examinado en la primera visita, en su mayoría aprecian la oportunidad de ir conociendo al profesional. Si se piensa que es necesarios hacer algo, se puede realizar una limpieza dentaria, un tratamiento de emergencia o alguna otra cosa simple, como una examen radiográfico e impresiones para modelos de estudio.

Los adultos, como los niños y los adolescentes están sujetos a una gran cantidad de temores y preocupa--

ciones que vacilan en transmitir al profesional. No es menor que la del niño su necesidad de que se le explique cada fase del tratamiento. Por inteligente o maduro que parezca el paciente, aún así necesita la explicación de lo que va a ocurrir. El odontólogo no debe dar por supuesto -- que la persona adulta comprende totalmente todo lo que está sucediendo. Hasta cuando se trata de un médico, no se ha de suponer que su conocimiento o comprensión es total. -- Muy a menudo, el tiempo invertido en proporcionar comprensión y apoyo tendrá un largo efecto beneficioso.

Todo odontólogo ha catalogado a sus pacientes, - si no es una tarjeta de fichero, al menos en su mente como "buenos", "malos" o "indiferentes". Esta valoración puede ser hecha, en parte, con respecto a la posibilidad económica, pero es más el símbolo que expresa la cordialidad de la relación.

Los pacientes que reaccionan favorablemente, que son tolerantes al dolor y a la incomodidad, que aprecian - el tratamiento, son rotulados "buenos". Los que encuentran faltas, los que nunca cumplen sus citas, que constantemente están teniendo reacciones desfavorables, son marcados - "malos". Los indiferentes son el vasto número que reacciona fluctuando entre estos extremos.

Generalmente , podemos decir con seguridad que - las personas que son "buenos" pacientes, son buenos en las demás situaciones de su vida, son bien adaptados, constitucionalmente, con tejidos de buena calidad, y un sistema -- nervioso bien afinado. Los "malos" pacientes, lo son por-- que están pobremente estructurados o mal adaptados. Pero - la situación no es tan simple. La personalidad del odontó- logo tiene mucho que ver con la calidad de la relación in- terpersonal. Si titulamos a los pacientes "buenos" o "ma-- los" o "indiferentes" debemos recordar que los pacientes -- nos dan los mismos rótulos, sin tener en cuenta nuestro -- consentimiento profesional o nuestra habilidad.

"Interpersonal" significa que la corriente de -- sentimientos va y viene de una personalidad a la otra. No- es cuestión que uno sea una estación emisora y la otra una antena receptora. En el campo de las relaciones humanas, - la corriente es en dos sentidos. Tampoco las personas son- completo e inmutablemente "buenas" e "indiferentes".

Varián de día en día, de minuto a minuto, algu-- nas en violentos cambios de humor y otras en variaciones - casi imperceptibles. Estas variables de personalidad son-- parte de toda muestra experiencia de vida. Están influidas por nuestras emociones, por lo que comemos, por un dolor--

en la espalda, por la persona con la que acabamos de hablar por teléfono. Los sentimientos están relacionados con estados psicológicos, pero los exactos fenómenos bioquímicos -- nunca han sido descritos.

Los patrones de reacción varían en términos de -- las condiciones físicas y emocionales del paciente, en el momento que el estímulo es aplicado. En el caso de la experiencia odontológica, es más probable que el paciente reaccione desfavorablemente, si se encuentra en un ciclo depresivo producido por fatiga, mala salud, o en un estado de -- tensión emocional agudo o crónico. A la inversa, del pa-- ciente que está libre de tensiones y fuerzas, tanto en su vida física como emocional, puede esperarse que reaccione -- con más ecuanimidad a la experiencia odontológica.

De pronto, viene a la memoria, sin embargo el paciente aparentemente robusto y bien integrado, que muestra signos de indebida ansiedad al tratamiento odontológico. El vigoroso hombre de negocios que presenta toda excusa, plausible o no, para evitar cita odontológica, y que reacciona con profunda sudoración en la frente al más ligero trauma dental, podría aparecer como contradictorio con el principio de que la calidad de reactividad está asociado con un -- estado físico y emocional disminuido.

El hecho puede ser que la persona superficialmente calma, equilibrada y vigorosa, puede estar viviendo bajo el efecto de una tensión crónica, mucho peor que la de una persona que expresa su desequilibrio fisiológico con signos más numerosos y patentes de angustia y enfermedad. Muchas personas pagan un fuerte precio en tensión interna por su aparente calma y serenidad.

Todos hemos visto personas frágiles, superficialmente nerviosas, con mal color, que toleran el tratamiento odontológico con un elevado grado de paciencia e indulgencia. Podría ser que estas personas, por las presiones constantes, pero de menor intensidad de una enfermedad crónica o por una vitalidad disminuida, hayan establecido una especie de inmunidad que los protege de los traumas comparativamente menores del tratamiento odontológico.

El hombre vigoroso, el retrato perfecto de la salud, no ha desarrollado el mecanismo de adaptación necesario para tolerar irritaciones menores, tales como la experiencia odontológica. Porque ha sufrido tan poco en su vida, no está preparado para sufrir nada. Revisando nuestras historias de casos, podemos recordar hombres de este tipo que se desmayan a la vista de una jeringa para anestesiar, que se enojan y se quejan por la más ligera irritación; que son en verdad, "malos" pacientes.

La calidad de reactividad al estímulo dental es -
variable y está influido por estados físicos y emocionales.
No hay desgraciadamente ningún método conocido hasta el --
presente, para determinar el exacto y preciso comportamien-
to de una persona, bajo una cierta forma de tensión. Los pa-
cientes varían, y en la persona individual las reacciones -
varían de un momento a otro.

TECNICAS PARA LA APLICACION DE LA PSICOLOGIA A LA ATENCION- DEL PACIENTE.

Al manejar muchos de los problemas de cada paciente, psicólogos y psiquiatras comprendieron hace tiempo que el escuchar no era, en sí y por sí, suficiente. Se necesita otra dimensión. Por esta razón se crearon los servicios de asesoramiento y de psicoterapéutica. Muchos odontólogos tienen sensibilidad natural que les permite recurrir a las afirmaciones y acciones más apropiadas sin haberlas estudiado formalmente.

Pero para la mayoría de nosotros se necesitan algunos lineamientos que nos ayuden a decir lo correcto o a tomar el debido curso de acción con los pacientes con problemas.

TRANQUILIZACION.

La técnica verbal más comúnmente empleada cuando procuran ayudar a los demás con sus problemas es tranquilizarlos. Pueden decir: "Bueno no se preocupe por nada, todo andará perfectamente", o "Esto no va a hacer ningún mal" -

La tranquilización es quizá la técnica de la que más se abusa y la menos eficaz, entre las que puede utilizar

el odontólogo para manejar la preocupación y la angustia de su paciente. Una razón para que falle es que intenta ocultar los problemas en vez de aliviar la angustia que yace tras ellos. Procura decir que realmente no existe problema alguno, de modo que hay que olvidar el problema. Lo cual, por cierto no tiene ningún sentido. El paciente sabe que tiene problemas y sabe que los tratamientos odontológicos por realizar pueden ser dolorosos y difíciles. Decirle que no se preocupe es, por lo menos, totalmente ineficaz, cuando no un insulto a su inteligencia.

Una de las razones para que este tipo recién mencionado de tranquilización no funcione es porque no proviene del mismo paciente para ser eficaz, debe ser un proceso interior. Si el individuo cuenta con hechos y nociones, se siente tranquilizado. Las tentativas verbales de tranquilización desde fuentes exteriores, fallarán en casi todos los casos.- El paciente se tranquilizará por un proceso bien planeado de educación.

La respuesta para sus problemas, joven o viejo, es la educación y no la tranquilización.

Los psicólogos que emplean diversas técnicas de asesoramiento y terapéutica señalan que la tranquilización es la menos eficaz para obtener una modificación de conducta.

Muchos más valiosos y fructíferos han sido los enfoques que procuran manejar los problemas y sentimientos expresados por los pacientes.

ESTRUCTURACION.

La estructuración es una técnica en la cual se --
asientan las reglas básicas. En odontología, consiste en --
proveer al paciente de un conocimiento de lo que él habrá--
de hacer y, a la vez, de lo que odontólogo le hará. Como -
en cualquier juego, su conocimiento de las reglas resulta -
sumamente valioso. En el paciente nace un sentido de obliga-
ción hacia las reglas propuestas y espera de ellas tanto co-
mo usted. A menos, sin embargo, que haya una clara compren-
sión de las reglas básicas, se producirán malentendidos, con-
fusiones y hasta resquemores. Como esta forma de educación-
suele acontecer en las primeras visitas al consultorio, a -
veces es necesario repetir las reglas más adelante para evi-
tar confusiones.

REFLEXION DE SENTIMIENTOS.

Entre lo más astuto y significativo que puede ha-
cer el odontólogo por sus pacientes y sus problemas está el
reconocer los sentimientos como una serie de ideas vagas, -
que tienen una gran significación para el odontólogo, pero-

sín que los pacientes lo aprecien. Un paciente puede decir en una cantidad de maneras que tiene miedo, pero nunca lo expresa directamente con palabras. Puede estar escondiéndoselo a sí mismo o es incapaz de apreciar en la oración recién enunciada el incremento de angustia o temor.

El odontólogo puede hacerlo con una frase así: "Este procedimiento parece que lo asusta bastante ¿no?", esta afirmación y otras similares recogen el sentimiento que está expresando el paciente y lo devuelven en una forma más condensada y precisa. Así cristalizan sentimientos expresados inadvertidamente para beneficio del odontólogo; tras ello suele producirse una sensación de liberación, si se acumula tensión y se lo percibe y refleja en forma adecuada, aquella puede ser rápidamente liberada. En otra instancia, la reflexión de los sentimientos puede conducir a que el paciente contemple sus problemas más en profundidad y que proporcione una información adicional y más significativa.

Con esto se pretende seguir que cada odontólogo se convierta en psicoterapeuta, pero cuando cotidianamente maneja situaciones que son fuentes de angustia, frustración y preocupación, esta perceptividad para el reconocimiento de los sentimientos del paciente podrá liberar al paciente de su angustia y además establecerá una relación positiva entre él y su paciente.

OTRAS TECNICAS VERBALES.

Hay muchas otras técnicas verbales que el odontólogo puede emplear en su calidad de buen oyente. No se requiere un adiestramiento terapéutico especial para muchas de las preguntas planteadas por los pacientes.

A menudo pueden ser contestadas en forma directa y sucinta. En otras instancias, el paciente puede expresarse en forma tan vaga como para que se requieran acciones mayores por parte del odontólogo. En tales casos puede valerse de una técnica de repetición, simplemente, repite lo que la persona acaba de decir y le da carácter de interrogación. El paciente comprende entonces que proporcionó información insuficiente y que debe intentar aclarar lo que dijo anteriormente.

El objetivo de toda interacción terapéutica con el paciente es enterarse de sus ideas y sentimientos. Algunas técnicas funcionan, en este sentido, mejor que otras.

Hemos visto que la tranquilización, en vez de aportar información adicional, tiende a que el paciente se cierre. Es un modo de decir: "no hable más de eso. todo irá bien". Pero el paciente quiere hablar de esos y contar sus propios sentimientos y expresar sus deseos de ser mejor informado.

También el odontólogo que abusa de las conferencias dadas a sus pacientes no suele enterarse de los sentimientos de éstos. Podrá tener una charla extensa y bien preparada para sus pacientes, pero a menos que conozca los sentimientos particulares de cada uno bien podrá pasar por alto algún punto vital. Una situación paralela se da cuando grupos de padres deciden lo que es mejor para el entretenimiento de los hijos, sin siquiera consultar a los niños para descubrir sus intereses y deseos.

Por esto fracasan muchas presentaciones de planes de tratamiento muy bien hechas. El desorientado y decepcionado odontólogo se pregunta qué es lo que anduvo mal. Muchas veces, si mira más de cerca su presentación, vera que pasó por alto las necesidades de ese preciso paciente y no fueron previstas en su presentación formal.

EL PACIENTE PROBLEMA.

Todo odontólogo se encuentra con pacientes que muestran tener más problemas de los que él está dispuesto, o es capaz de manejar como parte de su ejercicio profesional.

Esas personas sufren emocional y físicamente, cuando se les dá la oportunidad de expresarse con el odontólogo pueden enunciar toda una serie de otros problemas que no tie-

ne relación alguna con los problemas dentales, cuando este comportamiento se produce en el consultorio odontológico, - con frecuencia es necesario poner límites. El establecimiento de los límites se hace mediante una estructuración durante alguna visita inicial, pero también puede plantearse en otras posteriores.

Se le dice al paciente que esos problemas o esas consideraciones están fuera de sus alcances: que si lo desea, puede remitirlo a quien atienda debidamente esas cuestiones.

Si la curiosidad o el deseo de ayudar lo llevan a alentar que los pacientes ventilen esos problemas, podrá encontrarse envuelto en problemas relacionado con la transferencia y otras partes complejas del proceso de tratamiento utilizado por psicólogos y psicoterapeutas.

CAPITULO III

EL PACIENTE GERIATRICO

CAPITULO III

EL PACIENTE GERIATRICO.-

La geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de los ancianos. La senectud es un estado fisiológico, en el cual los órganos y tejidos funcionan a un nivel exigido por el organismo que envejece.

Los adelantos de la medicina y la odontología en este siglo han contribuido a prolongar el tiempo de vida.- Personas que hubieran muerto en parto hace cincuenta - - años, viven ahora vidas ricas y plenas. Muchos se incorporan al grupo de mayor rapidez de crecimiento en la actualidad: el de las personas de edad. Ahora es posible dominar enfermedades que antes daban 100 por ciento de - casos fatales.

El individuo promedio puede contemplar el vivir - - diez a quince años más que sus bisabuelos y aún que sus abuelos. Esta prolongación de la vida tiene muchos beneficios y también algunos problemas.

La mayoría de los que viven hasta avanzada edad sufren algún problema por la vejez, como ser una declina--

ción marcada del oído o de la vista, o de ambos, pérdida del vigor físico, deficiencia de la memoria, fracaso de la función sexual, pérdida de los dientes y adaptación a prótesis, y lo que quizás es más importante psicológicamente, pérdida de la independencia.

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

Durante sus años de trabajo cada persona tuvo una *raison d'être*, una razón para existir. Una familia que mantener, un trabajo al cual concurrir todos los días y una contribución que hacer al mundo. Era parte de los engranajes de la industria, comercio o profesión. Al retirarse pierde todos sus pasados contactos.

Son muchos los planes propuestos para afrontar los problemas de las personas de edad. Algunos de estos problemas interferirán en la función eficiente del odontólogo en su relación con personas mayores.

Al odontólogo joven a veces le exaspera un paciente anciano cuya memoria disminuida le impide narrar su historia dental o presentar sus problemas bucales en forma-

coherente. Otro problema es el que se presentan en algunas personas de edad que tienen pocos problemas reales pero que transfieren al odontólogo y su consultorio, sus necesidades de dependencia que en otro tiempo fueron --- satisfechos por sus trabajos y sus familiares. Encuentran cualquier excusa para presentarse y charlar un poco.

Algunos odontólogos tienen resuelto este problema - mediante un enfoque profesional positivo. Arreglan visitas periódicas de control, examen de los dientes o prótesis y un poco de conversación. En realidad, es poco el tiempo que requieren estas personas mayores.

Hay una precaución particular por observar en el --trato con los pacientes ancianos. Como en su mayoría -- tienen una diversidad de achaques y es mayor la posibilidad de enfermedades, no hay que pasar por alto que pueden existir causas múltiples para sus problemas dentales. Así como en los más jóvenes es más probable que haya -- una relación directa entre el estado dental y el males--tar asociado, en las personas mayores son muchos mayores las posibilidades de que actúen factores múltiples para--generar el dolor y el malestar que manifiestan.

Por este motivo, es tan importante mantener una re-

lación estrecha con el médico del paciente de edad. Al quebrantarse la salud orgánica con la edad, los problemas dentales adquieren, otras dimensiones que exigen -- atención y precauciones especiales.

ADICION.-

Entre los pacientes geriátricos hay miles de portadores de prótesis que a falta de otros intereses, encuentran frecuentemente pequeñas irritaciones e incomodidades en los aparatos para los que buscan ajustes. También entre este grupo observamos los "malabaristas de dentaduras " que adquieren manerismos decididamente fastidiosos para sus familias, quienes deben observarlos y oirlos.

No todas las dificultades que las personas mayores experimentan con sus prótesis son de origen nervioso. - El tono tisular ha descendido notablemente en los grupos de edad mayores; el tejido blando bucal no puede -- ser una excepción.

Es una observación común en estas edades que tan - pronto la resistencia general ha disminuido, estas se - quejan con frecuencia de dificultades con las prótesis-

que antes eran satisfactorias.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ANCIANO.-

Al examinar a un paciente es importante evaluar los sistemas corporales que son importantes en relación con el tratamiento odontológico, y determinar si los cambios degenerativos propios del envejecimiento han desaparecido a un índice normal para la edad cronológica del paciente o si el sistema es biológicamente "viejo". La mera observación de la apariencia facial del paciente, que indica la edad biológica de la piel, es probable que no ayude a evaluar la conducta adoptativa del paciente; sin embargo, puede haber cierta relación entre los cambios visibles de la piel y los de la mucosa bucal, y entre los cambios esqueléticos y el hueso alveolar.

La valoración de estos detalles durante el interrogatorio al paciente puede tener cierta importancia en la evaluación global de las necesidades futuras del mismo y de su tratamiento.

POSTURA.-

En tanto no haya cambio en la longitud total de los

elementos óseos existe atrofia de los discos intervertebrales, y una ligera pérdida de estatura; puede exagerarse al adoptar una postura encorvada por debilidad muscular. Esto, aunado a la degeneración de las articulaciones, que muchas veces se vuelven más rígidas y restringidas, limitan la locomoción del paciente geriátrico, por lo cual es difícil que el anciano no permanezca sentado durante períodos largos en un sillón dental.

Los diseños modernos para la posición supina con -- frecuencia no son confortables para el paciente geriátrico, ya que no proporcionan un apoyo adecuado para la -- cabeza del paciente. Además, estas personas en especial quienes padecen alguna enfermedad cardíaca o pulmonar -- con frecuencia se sienten angustiados e incómodos en la posición de Trendelenburg.

TEMPERATURA.-

La reacción compensadora normal, del cuerpo a una caída de la producción de calor, es la secreción de adrenalina, contracción de la superficie de los vasos sanguíneos y escalofrío, pero no es probable que aparezcan en los ancianos, que parecen reaccionar con menor rapidez y propiedad en comparación con los jóvenes.

Por tanto es importante tener en el consultorio una temperatura agradable y humedad adecuadas para mayor -- comodidad para el paciente.

DIGESTION.-

Existe controversia acerca de los efectos de los -- umbrales gustativos sobre la ingestión de tipos particulares de alimentos. Un estudio reciente muestra que ni el umbral a la sacarosa ni la ingestión de azúcar se relacionan con la edad, pero el umbral para la sal, notándose además una tendencia en los ancianos para consumir menor cantidad de la misma; se encontró una mayor preferencia por la sal en pacientes con hipertensión, pero la interacción salival requiere más investigación.

SENTIDOS ESPECIALES.-

Como ya se mencionó, existen cambios en los sentidos especiales con la edad que afectan mucho el modelo de --- tratamiento odontológico de los ancianos. Los que se describen aquí, se relacionan con la comunicación, es decir, la audición y el lenguaje.

AUDICION.-

Aunque muchas personas tienen pérdida de la audición en la vejez, esto sólo se aplica a una parte del espectro de frecuencia. El profesional debe suponer que la capacidad auditiva de todos los pacientes ancianos está disminuida, ya que es malestar para el paciente que otra persona sea el interprete de sus deseos, cuando él es capaz de oír, entender y responder por sí mismo.

Por otra parte, es de particular importancia que las mujeres hablen a los pacientes y se aseguren de hablar de liberadamente frente a frente y con movimientos labiales-exagerados, para que puedan utilizar la lectura de los labios como audición suplementaria. Al excluirlos de la plática general se les induce un sentimiento de aislamiento por lo cual los sordos tienden a la sospecha e introspección, y a veces hasta a la paranoia. La sordera de los ancianos pocas veces tiene la serenidad de la ceguera de la vejez. Para el paciente completamente sordo se debe usar alguna forma de comunicador.

LENGUAJE.-

Cuando se deteriora el sistema nervioso central - - (SNC), el lenguaje puede volverse más difícil, en espe-

cial después de un incidente como una apoplejia. Una -- situación no muy rara en los ancianos es la Xerostomfa - que también puede impedir la pronunciación apropiada de las palabras.

El paciente geriátrico, a veces tiende a repetir -- frases, palabras o sonidos ininteligibles continuamente, lo cual puede relacionarse con un temblor senil, los cuales no tienen relación con el parkinsonismo, y consisten en movimientos y sacudidas de la cabeza, abrir o cerrar la boca u otros movimientos repetitivos caprichosos acompañados de gruñidos, caen en la categoría de espasmos -- habituales, sin ninguna manera conocida de evitarlos.

Con frecuencia ocurre afasia o disfasia, en las que las palabras no se pueden decir o no se pueden ver y - - apreciar mentalmente después de accidentes vasculares cerebrales. Esta incapacidad para comunicarse, con frecuencia conduce a la frustración y a que el paciente se irrite, abochorne y agite, lo cual a su vez puede conducir a un desequilibrio emocional.

DOLOR.-

La sensibilidad al dolor está disminuida en los an-

cianos debido a la disminución de la capacidad funcional de los componentes neurofisiológicos que se asocian con el dolor. Sin embargo, aunque aumenta el umbral para el dolor cutáneo, la tolerancia para el dolor profundo puede estar disminuido.

El dolor facial es relativamente común en los ancianos y requiere procedimientos de diagnóstico, muy cuidadosos para diferenciar uno orgánico de otras enfermedades. Los umbrales al dolor están muy relacionados con la personalidad del paciente y dependen en alguna medida del deseo de manifestar dolor. El odontólogo este deseo para manifestar puede estar relacionado con la interacción entre el odontólogo y su paciente estando algunos pacientes aprehensivos de no ofender o causar "problemas" que puedan resultar si se quejan de dolor.

PSICOLOGIA DEL ANCIANO.-

Como en otros campos biológicos, los cambios en el enfoque mental de un paciente cuando envejece son muy variables, y describirlos a todos en el contexto de esta pequeña recopilación puede ser imposible. Las interacciones de los cambios de la edad física y las enfermedades somáticas con la actitud mental y el aspecto del su-

jeto, tienen participación importante para determinar el patrón de conducta. Por tanto, se deben las generalizaciones que aquí se hacen como parte de un espectro de cambios que se observan en la población general.

Probablemente lo que con más frecuencia se presenta con el envejecimiento es el aumento de la inflexibilidad para aceptar nuevos estilos o ambientes de vida. Esto se tratará en párrafos posteriores, en relación con la colocación de una nueva prótesis. Los ancianos con frecuencia han vivido con muchos cambios de ambiente y circunstancias, y han elegido el modelo que piensan es el más apropiado para ellos, por lo que resistirán todos los intentos de cambiarlos, en particular si son de una persona más joven y por tanto " con menos experiencia ".

Hasta un cambio en el día o la hora de una cita regular para tratamiento médico u odontológico puede producirle irritación, aunque el cambio no representa ningún inconveniente para el paciente. Irritación y cólera son términos que con frecuencia se aplican a los ancianos para describir su falta de flexibilidad. Por tanto, es prudente evitar en cuanto sea posible, cambios en la disposición de transporte, hora de las citas u otras disposiciones una vez hechos.

Otra característica común de los ancianos es la preocupación sobre sí mismos. El aumento del egoísmo ocurre cuando disminuye el círculo de experiencias, consecuencia del retiro del contacto laboral y social que se asocia con él, como la pérdida de la capacidad para desplazarse por debilidad física, disminución de la vista o audición o muerte del cónyuge. El retiro de los contactos sociales empeora por la muerte de otros parientes o amigos y la desintegración de la familia, por lo que la actividad mental se concentra más en "mí" que en "mis amigos".

Las molestias y pequeñas irritaciones que normalmente se pasan por alto, reciben la mayor importancia y parecen exigir acción. Se utiliza a los amigos como confidentes para desahogarse acerca de incidentes triviales. Entre más se confina el paciente más se centra en sí mismo. Por tanto, una salida al consultorio dental significa una oportunidad para conversar libremente sobre sus problemas.

Para las personas que normalmente está en casa, el problema es que de repente tiene a su compañero, que se gana la vida en casa todo el día. Su presencia puede alterar la participación en las interacciones sociales y

en las actividades domésticas. Las mujeres que trabajan parecen enfrentarse mejor el retiro, probablemente por la prolongación de sus actividades domésticas y por el patrón establecido de relaciones especialmente con los parientes. Las mujeres cuyos maridos han muerto o cuyos hijos han crecido y abandonado el hogar, encuentran compañía en otras mujeres de sumisma edad en circunstancias similares, mucho más que los hombres, que probablemente tengan mucho menos conocidos.

Bromley (1966) escribió: " Los criterios para una adecuada adaptación en los ancianos incluyen:

- a) Congruencia entre el estado mental interior y las circunstancias externas.
- b) Solución de continuidad entre el modo de adaptación pasado y presente.
- c) Aceptación de la vejez y la muerte.
- d) Cierta grado de euforia producida por la seguridad y alivio de las responsabilidades y, más importante que nada,
- e) Seguridad y buena situación económica "

La mayoría de los ancianos bien adaptados viven muy tranquilos, sin variaciones y desempeñando principalmen-

te actividades personales rutinarias.

Es importante que los ancianos sean alentados a - - abandonar actitudes apáticas con mejores inventivos, más persuasión, más apoyo y aliento; comprendiéndolo como ser humano, sus actitudes, impulsos, necesidades, etc.; el - ocio y la actividad son mecanismos sociales que se equilibran entre sí.

El primero permite que una persona se aleje de áreas en las que no puede cumplir con las expectativas sociales la segunda evita que este proceso evolucione.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

He presentado en esta recopilación bibliográfica -- algunos de los problemas que el odontólogo puede hallar -- en pacientes de los diferentes grupos cronológicos. Con el proceso de educación es posible manejar muchos de tales problemas. Otros requieren formas más sutiles de -- asesoramiento psicológico.

Los más notorios de esos problemas con que tropezará el odontólogo son los relacionados con el temor y la angustia.

Por lo tanto, es muy importante comprender al paciente como ser humano y lo más astuto y significativo que -- puede hacer el odontólogo por sus pacientes y sus problemas esta en reconocer los sentimientos que ellos expresen.

El odontólogo debe de ser persuasivo y brindar apoyo y aliento.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1).- Bates, J.F., Stafford.
Tratamiento Odontológico del Paciente Geriatrico.
México, D.F. 1986.
Editorial El Manual Moderno, A.S. de C.V.
P.P. 17,18,19,21,22,23,24,25
- 2).- Cinotti R. William. Grieder Arthur.
Pasicología Plicada en Odontología.
Primera edición.
Buenos Aires Argentina. 1970.
Editorial Mundi
Volumen I.
P.P. 174,176,180,181,182
- 3).- Finn B. Sidney.
Odontología Pediatrica.
Cuarta edición.
México, D.F. 1976.
Nueva Editorial Interamericana.
P.P. 37
- 4).- Glickman, Irving.
Periodontología Clínica de Glickman.
Quinta edición.
México, D.F., 1982.
Nueva Editorial Interamericana S.A.de C.V.
P.P. 189, 190, 193
- 5).- Holloway P.J. Swallow J.N.
Salud Dental Infantil.
Primera edición.
Argentina.
Editorial Mundi.
1979.
P.P. 25, 30, 31, 32, 33

- 6).- Mc Donald Ralph.
Odontología para el Niño y el Adolescente.
Segunda edición.
Argentina.
Editorial Mundi.
1975.
P.P. 28, 29, 30, 31, 32, 33
- 7).- Morse Donald.
Stress and Relaxation.
Springfield Illinois. U.S.A.
Charles C Thomas Publisher.
1978.
P.P. 13, 14
- 8).- Katz Simon, Mc Donald James, Stookey George.
Odontología Preventiva en Acción.
Tercera edición.
México, D.F.
Editorial Médica Panamericana. S.A.
1983.
P.P. 52
- 9).- Ryan J. Edward.
Fundamentos Sicológicos en Odontología.
Buenos Aires, Argentina.
1950.
P.P. 143, 149
- 10).- Workin D. Ference, Giddon.
Behavioral Science and Dental Practice.
Arkansas U.S.A.
The CV Mosby Company.
1978.
P.P. 29, 30

A DIOS:

GRACIAS, POR HABER PERMITIDO
QUE LLEGARA A LOGRAR UNA META
TAN IMPORTANTE EN MI VIDA.

A MIS PADRES:

JOSE Y MA.LOURDES, CON TODO MI AMOR
Y RESPETO. GRACIAS POR SU GRAN APOYO
Y COMPRESION, PERO SOBRE TODO POR HA
CER DE MI UNA MUJER DE PROVECHO, A US
TEDES LES DEBO TODO LO QUE SOY.

A MI ASESORA:

DRA. ANA ROSA NEGRETE RAMOS, GRACIAS POR SU
VALIOSA AYUDA PERO MAS QUE NADA POR BRINDARME SU
AMISTAD, ADEMAS DE REPRESENTAR MI MEJOR EJEMPLO
A SEGUIR COMO PROFESIONISTA.

A MIS HERMANOS:

JOSE, LOURDES, ANDRES Y ALBERTO, CON MUCHISIMO
CARINO.

A MI UNIVERSIDAD:

MI MAS PROFUNDO AGRADECIMIENTO Y DE LA QUE
GUARDARE EL MEJOR DE LOS RECUERDOS.

" PAPEL DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN LA
DETECCION PRECOZ Y CONTROL DE MALOCLUSIONES
MENORES "

* INTRODUCCION

* CAPITULO I: "CARACTERISTICAS IDEALES DE
LA DENTICION PRIMARIA Y MIXTA
TEMPRANA"

* GENERALIDADES

A) CLASIFICACION DE ANGLE

B) CLASIFICACION DE DEWEY-ANDERSON

C) CARACTERISTICAS IDEALES DE LA -
DENTICION PRIMARIA Y MIXTA TEMPRANA

* CAPITULO II: "ETIOLOGIA DE MALOCLUSIONES AD-
QUIRIDAS"

1. CLASE 1, TIPO 2:

A) HABITO DE -
SUCCION

B) PROTRUSION -
LINGUAL

2. CLASE 1, TIPO 5:

* PERDIDA PREMATU
RA DE DIENTES PRI
MARIOS.

* CAPITULO III: "CONTROL DE MALOCLUSIONES MENO-
RES"

A) CLASE 1, TIPO 2: ROMPEHABITOS.

B) CLASE 1, TIPO 5: MANTENEDORES DE
ESPACIO.

* CONCLUSIONES

* BIBLIOGRAFIA