

870122

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DOLOR Y MIEDO EN ODONTOLOGIA

### TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A  
JOSE FRANCO SUCHOWIECKY  
ASESOR: DRA. ROSA IRMA  
CUADALLIPE BETANCOURT ROSALES  
GUADALAJARA, JALISCO 1990



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.

# I N D I C E

	Página
INTRODUCCION . . . . .	1
CAPITULO I. HISTORIA. . . . .	6
DEFINICIONES. . . . .	11
CAPITULO II. DOLOR EN GENERAL. . . . .	15
CAPITULO III. DOLOR PSICOGENO . . . . .	28
CAPITULO IV. MIEDO . . . . .	34
CAPITULO V. METODOS PARA CONTROLAR EL MIEDO Y EL DOLOR. . . . .	40
CAPITULO VI. CASUISTICA . . . . .	58
CONCLUSIONES. . . . .	64
BIBLIOGRAFIA . . . . .	68

## INTRODUCCION

La humanidad siempre ha padecido desde el principio de su existencia y por su naturaleza un mal invencible - que denominamos en nuestro lenguaje "Miedo", elemento que si no es destructor por si mismo muchas veces arrastra a consecuencias fatales o a daños imperceptibles a la vista, que -- transforman al ser humano o lo impulsan al desorden personal o de ridiculez en sus acciones subsecuentes.

El miedo es un elemento natural, adherido profundamente al ser humano pues da temor a algo que tal vez nunca - sucederá, éste es una defensa vital de nuestro propio ser, - es una especie de reacción natural consciente o inconsciente, al dolor, que puede afectar nuestra propia integridad.

El miedo o temor siempre será el acompañante mientras la humanidad exista, pues por desgracia todos estamos - expuestos constantemente a mínimos o fatales errores que aca rrean consecuencias inciertas.

El hombre que vive en problemas y obstáculos puede y debe reaccionar a temores muchas veces irreales, para auto educarse y lograr una serguridad personal.

El niño por su imaginación está expuesto a temores

y miedos, pues ésta forma ideas confusas y a veces dolores - inexistentes que jamás tendrán.

A veces el adulto, con mayor experiencia de la vida y basados en hechos pasados, demostraremos mayor dolor o más terrible miedo, que el niño que ha logrado superar su -- propia repulsión a cualquier infundado temor o dolor.

Como las clásicas palabras de Hipócrates "Quitar - el dolor es cosa divina". Cabe decir, aunque sea someramente, que en el problema o naturaleza del dolor hay que distinguir, por un lado, la sensación dolorosa o percepción del dolor como fenómeno fisiológico y por el otro el aspecto psicológico que abarca la reacción a la sensación dolorosa, el estado -- emotivo y la ansiedad.

En la lucha entre el hombre y la naturaleza es esperar como consecuencia del gran incremento de los aportes - científicos actuales, que llegará el día en el cual se logre, si no prevenir la enfermedad en su totalidad, si al menos el dolor, para que de esta manera el humanitarismo médico sea - más real como dignos a la vez y en la medida de lo posible, - substituir el lema de Hipócrates. "Quitar el dolor es obra - divina", por la frase "Es de humanos suprimir el dolor".

Es evidente que todo profesionista de la salud, en cualquiera de sus ramas, deberá ser un perfecto pedagogo, -- que actúe primero en su persona y luego en sus "pacientes" y hay que tratar por todos los medios posibles, de infundir -- confianza, amistad y hasta ternura, si ello se necesita a -- quien se pone en sus manos y viene con esperanzas de recuperar salud.

El temor que hay en la visita a un "consultorio -- dental", es evidente. Es necesario que los odontólogos de -- hoy, hagamos lo imposible por que este miedo y/o dolor desaparezca o por lo menos disminuya, de tal manera que la gente acuda con la certeza de que nuestro buen trato y trabajo profesional, harán de su consulta o visita una estancia grata, -- confiada y llena de aspectos positivos.

Para realizar este trabajo elaboré dos tipos de -- historias clínicas con datos generales y particulares, además de la Historia Clínica Dental y clasifiqué a los pacientes en tres grupos.

- 1) 4-14 años
- 2) 15-20 años
- 3) 21-86 años

Analizaré el comportamiento de diferentes grupos - demográficos por zonas urbanas, suburbanas y rurales. Trataré de demostrar que influyen bastantes para que exista ese miedo y/o dolor de ir a consulta con el dentista, las experiencias, el sexo, el grado de cultura, educación dental y posición económica, así como la zona de residencia.

## CAPITULO I

## HISTORIA



Es muy interesante hacer un recorrido histórico so  
bre el concepto del dolor a lo largo de los tiempos.

Por siglos el misticismo y la ignorancia de la hu-  
manidad llevaron a considerar cualquier intento de neutrali-  
zar el dolor como un verdadero tabú.

Los griegos y romanos solo consideraban efectivos-  
sus preparados analgésicos si se obtenían bajo una combina--  
ción mágico-religioso especial (29)

En tiempos de Aristóteles el dolor era considerado  
no como una sensación sino como una emoción. El efecto se en-  
tendía de la siguiente manera: las sensaciones, lo que senti-  
mos, son cualidades de los objetos, así sentimos los dolores,  
las formas, los sonidos procedentes de los objetos que vibran  
o que están en movimiento, los aromas que exhalan, el sabor -  
que producen en nuestra boca cuando están en contacto con -  
ella, etc. El dolor no es cualidad del objeto sino "un estado  
general de disgusto, algo que se opone al gusto o al placer.

Este concepto Aristotélico del dolor como emoción -  
permaneció durante más de veinte siglos y solo durante el cur  
so del siglo XIX vinieron una serie de investigaciones proce-  
dentes de científicos, filósofos.

y clínicos que han permitido llegar al concepto moderno del dolor (17).

Así, Erasmo Darwin, es el primero que dice que el dolor se siente "de acuerdo a que cuando los estímulos sensoriales son más fuertes que lo usual". Se anticipó a la teoría sensorial que el dolor se debe a la estimulación demasiado fuerte a cualquiera de los cinco sentidos. (32).

E. Charles Bell descubre en 1803 la diferencia entre las raíces dorsales y ventrales de la médula espinal, -- sensoriales las primeras y motrices las segundas, la cual dará origen, en un tiempo más tarde a que se anuncie la ley -- llamada "De Bell y Magendie" que establece el carácter sensorial de las raíces dorsales y el carácter motor de las raíces ventrales (33).

Weber en 1834 continúa estableciendo importantes avances en el conocimiento entre la intensidad del estímulo y la diferencia mínima capaz de ser notada. Se puede decir que los trabajos de Weber y Belison de extraordinaria importancia, porque iniciaron el camino científico en el estudio de las bases anatómicas fisiológicas de la sensación, de las energías nerviosas específicas (34).

Johanne MULLER, presenta su teoría que dió un paso adelante; él dijo que a cada sentido corresponde un tipo distinto de nervio, el cual transmitiría cierto tipo específico de energía al cerebro (35).

La naturaleza de la energía dependería del receptor estimulado y el tipo de excitación transmitida por el nervio involucrado.

En 1951 Von Helmholtz logra medir la velocidad de los impulsos nerviosos y así inicia la moderna electrofisiología. Se ve que todas las fibras nerviosas transmiten impulsos nerviosos específicos pero se sigue aceptando que el carácter de la sensación depende de la especificidad de las terminaciones nerviosas, de vías diferentes específicas y de una representación cerebral localizada. (36)

En la moderna cirugía del dolor se hicieron experimentos en secciones medulares y las observaciones clínicas - observan que es posible eliminar el dolor sin eliminar la sensibilidad táctil.

En 1884, Blix descubre los puntos sensitivos de la piel y se empieza a pensar que su estimulación puede dar sensaciones de: presión, dolor, calor y frío. Blix muestra que la piel no tiene una sensibilidad uniformemente distribuida,

usando varillas calientes y al frío puede también localizar puntos sensibles a la presión y al dolor (37).

Von Frei, diez años más tarde da un paso más adelante, ya que no solo hace mapas de los puntos sensitivos, - sino que corta la piel e identifica las terminaciones nerviosas responsables de cada tipo de sensación. El dolor es corregido por fibras nerviosas que terminan en fibrillas finas y el frío por terminaciones grandes bulbosas; el calor por terminaciones en espiral; las sensaciones táctiles por redes de fibrillas en la continuidad de los folículos pilosos (corpúsculos de Meissner) (38).

Con el descubrimiento de protóxido nítrico, el éter y el cloroformo, estos lograron eliminar el miedo tan grande en las salas de operaciones.

Esto ocurrió a mediados del siglo XIX, que también apareció la aspirina y otros analgésicos antipiréticos y estos venían a reemplazar con eficacia la quinina (4).

El Dr. José Delorme, de la Academia Nacional de Argentina, afirma que los bloqueos de ganglio son aplicables en afecciones no dolorosas acné juvenil, espasmos y trombosis cerebrales (excepto hemorragia cerebral, etc.) (39).

En los últimos años se está trabajando en halogenados y en una nueva línea de hipnóticos esteroides sin efecto hormonal. Probablemente uno de los hechos más notables de -- los últimos tiempos sea la síntesis de un relajante muscular no despolarizante de origen esteroide (29).

## DEFINICIONES

Dolor: El dolor puede ser definido como una sensación desagradable creada por un estímulo nocivo que es allegado, mediante nervios específicos, hacia el sistema nervioso central, donde es interpretado como dolor (25).

Dolor: Un estado de conciencia con un tono afectivo - de desagrado, a veces acompañado de reacciones que tienden a suprimir o a evadir las causas que la provocan y es producido por alteraciones en la normalidad estructural de alguna parte del organismo. (30).

Dolor: Es la respuesta física de un organismo al estímulo de carácter desagradable, (puede ser adecuado este concepto para un curso elemental de fisiología).

Dolor: Es una sensación de respuestas displacentero - a un estímulo. Esto refiere a que un estímulo puede surgir exteriormente como interiormente en el organismo, puede ser sobre cualquiera de los sentidos, por separación o en combinación con la mente del individuo y no afecta a ninguno de sus sentidos. - (19).

Dolor psicógeno: Puede ser definido como la sensación desagradable que no tiene base orgánica. En cualquier

dolor que se origina totalmente en la mente y se fija en una parte de la anatomía. En muchos casos el dolor es síntoma de una neurosis latente que el mismo paciente puede ignorar. -- (25).

Ansiedad: Desplacer experimentado cuando el objeto es desconocido y está presente la perspectiva de ser asustado por una fuerza interna o externa.

El término ansiedad se utiliza como sinónimo de -- miedo. Freud afirma que el miedo es una reacción a un peligro específico, mientras que la ansiedad es una reacción a un peligro desconocido.

El neurótico reacciona como si el peligro que le asusta tuviera lugar en la realidad. (13).

Miedo: El miedo es una respuesta emocional realista, es la reacción a una situación que constituye un peligro a una amenaza real. La ansiedad es una respuesta a situaciones que son peligrosas solo simbólicamente.

El miedo es concreto y sirve, por lo general, para poner al organismo alerta contra posibles peligros que no están todavía claramente definidos. (10)

Placebo: Substancia en forma de gragea, cápsula, -  
pastilla, etc., que careciendo por si misma de acción tera--  
peútica, produce a veces algún efecto curativo en el enfermo,  
por sugestión.



## C A P I T U L O   I I

### DOLOR EN GENERAL

## MORFOLOGIA SENSORIAL RECEPTORA DE LOS DIENTES Y SUS TEJIDOS DE SOPORTE.

El diente tiene una corona anatómica que está cubierta por el esmalte y una raíz (anatómica) que está cubierta por cemento, el volumen del diente consta de dentina que cubre la pulpa, la raíz del diente está cubierta por ligamento parodontal el cual está adherido al tejido óseo.

La gingiva y mucosa alveolar cubre y protege el diente y el hueso alveolar en la región de la raíz.

El esmalte es el tejido más duro del cuerpo humano, químicamente consiste de calcio, fosfato en forma de cristales de hidroxiapatita y mínima cantidad de tejido orgánico. En el esmalte maduro no hay sensibilidad ni función reparadora, pero en una parte del esmalte se encuentra otra parte del esmalte y es el esmalte delgado, que es una extensión odontoblástica al esmalte y tiene sensibilidad en la unión amelo-dentinaria.

La dentina tiene más tejido orgánico y agua y menor mineral, la dentina está constituida por los odontoblastos y éstos cubren la superficie pulpar.

La dentina está constituida por los odontoblastos-

pero ésta no ha sido mineralizada. (14).

La pulpa contiene vasos sanguíneos, linfáticos y elementos nerviosos además de otros muchos tipos de células.

Se puede presentar dolor dental por aparición de calcificaciones en la pulpa y éstas presionan el nervio y producen el dolor.

Cemento.- Es mejor mineralizado, éste protege la dentina expuesta y otra de sus funciones es la de sostener el diente con el hueso alveolar.

El ligamento parodontal contraresta las fuerzas masticatorias y prevenir excesivas fuerzas masticatorias, existentes vasos sanguíneos, nervios y receptores sensoriales especializados.

#### RELATO DE LOS RECEPTORES SENSORIALES DE LOS DIENTES.

La pulpa tiene un sistema bien desarrollado, de nervio, un haz grueso de nervios o fascículos entran a los conductos pulpaes por el foramen apical y continúan su trayecto hasta la cámara pulpar.

Una de las teorías más populares dicen que los --

odontoblastos se extienden por toda la dentina y actúan como receptores transmitiendo un impulso hasta la pulpa y hasta -- las libres terminaciones nerviosas que son encontradas a una distancia cercana de los odontoblastos.

Otra teoría dice que la estimulación a la dentina-- causa desplazamiento del odontoblasto o del contenido de los tubulos dentinales y los nervios exitados terminales se en-- cuentran junto a la pulpa.

Otra teoría dice que las terminaciones nervicio-- sas dentro de la dentina responden directamente a la estimu-- lación, éste requiere transmisión por los tubulos dentina--- rios. (31).

#### RELATO DE RECEPTORES SENSORIALES EN EL PARADONTO:

Hay dos orígenes nerviosos en el ligamento paradontal. Una es de la región periapical hacia la gingiva y extendiendo ramas en el camino. Otra son los nervios interaleolares que pasan por la travecula ósea alveolar, por el ligamento parentondal y sigue en una dirección apical y coronal.

La inervación de la gingiva es del ligamento paradontal y del paladar, la encía adherida contiene el más numero

roso y diverso tipo de terminaciones. (2)

### PERCEPCION DEL DOLOR

La percepción del dolor se localiza dentro de la corteza cerebral y es, en cierto grado, dependiente de otras estructuras anatómicas, tales como las terminaciones nerviosas libres o receptoras dolorosas y fibras sensitivas diferentes que conducen los impulsos desde el lugar del estímulo original. Estos nervios terminales son llamados "nocioceptores" y se encuentran en dos tipos de fibras nerviosas del sistema nervioso central, clasificándose de acuerdo al tamaño y la velocidad a la cual conducen el estímulo.

1).- Fibras nerviosas mielínicas: De mayor tamaño conducen en forma saltatoria, más rápida la transmisión del impulso y gasta menos energía. Estas están compuestas de nodulos de Ranvier forrados de mielina.

2).- Fibras nerviosas amielínicas: Estas no tienen mielina, es una conducción continua, se ocupa mayor energía y es menos rápida y su tamaño es pequeño.

Antes de que haya dolor, debe tener lugar un cambio ambiental en la excitabilidad de los tejidos adyacentes. Este cambio es referido a dicho estímulo que puede ser eléctrico.

trico, térmico, químico o de naturaleza mecánica y puede ser de intensidad suficiente para excitar las terminaciones nerviosas libres.

Cuando es alcanzada esta mínima intensidad, las terminaciones nerviosas libres son excitadas y se produce un impulso creado. Este impulso es de igual intensidad y es indiferente al grado de estimulación. Se conoce como la ley del todo o nada, es decir que al ser estimulada una porción de una fibra, el estímulo corre por toda la fibra y por las demás fibras conectadas a la primera.

Cada órgano terminal tiene su uso propio para el sistema nervioso central y el estímulo que produce una onda de excitación se llama impulso. El impulso, si no es bloqueado, continuará en todo el trayecto del nervio con igual velocidad e intensidad, ésto se denomina: Conducción nerviosa. - (25).

La conducción de un impulso por un nervio depende del potencial eléctrico que existe a través de la membrana nerviosa. Cuando el nervio está en reposo hay en la membrana celular mayor cantidad de aniones (-), mientras igual cantidad de cationes (+) se acumulan fuera de la membrana. De esta manera, los iones de potasio se concentran dentro y los de sodio y cloruro, fuera de la membrana. A este estado se -

le denomina: Polarización.

Cuando hay un estímulo, las cargas cambian de modo que los aniones salen, mientras que los cationes se dirigen dentro de la célula. Este estado es llamado Depolarización. Después que el estímulo pasa vuelve la célula a su normalidad, negativo dentro y positivo fuera, denominándose ahora - Repolarización.

La velocidad y el paso del impulso es el resultado de un estímulo continuo o reacción en cadena, por cada área. En los nervios mielinizados mayores al estímulo tiene lugar solamente en los nódulos de Ranvier, con el impulso conducido a lo largo de la fibra nerviosa, de nudo a nudo, en forma saltatoria. La repolarización ocurre rápidamente después del pasaje de un impulso desde un nudo a otro, de modo que solo una pequeña porción de la fibra nerviosa es despolarizada cada vez.

Se retorna al potencial en reposo dentro de 3-4 segundos después del estímulo inicial, en este intervalo la membrana no puede ser estimulada.

#### REACCION AL DOLOR:

Esto abarca el tálamo posterior y la corteza cere-

bral y representa la integración y percepción del dolor dentro del sistema nervioso central.

El tálamo se encuentra situado debajo de los hemisferios cerebrales. Es el primer centro de interpretación del dolor dentro del sistema nervioso central y de aquí se transmite a la corteza cerebral que es el más alto control de percepción del dolor.

Es un complejo psicofisiológico que se basa en las experiencias anteriores, esto varía día a día, en la misma persona y más se encuentra de persona a persona.

La reacción al dolor depende del tálamo y la corteza. Cuando hay disminución en la actividad talámica esta produce un más elevado umbral del dolor y en consecuencia mayor tolerancia al dolor.

Una disminución ligera de la acción cortical, se puede obtener mediante pequeñas dosis de barbitúricos, puede producir mayor reacción al dolor debido a la eliminación del control consciente.

La disminución acentuada de la acción cortical elimina totalmente la reacción al dolor produciendo la inconsciencia y la anestesia general.



### UMBRAL AL DOLOR:

El umbral al dolor se intercepta inversamente promocional a la reacción al dolor, mientras que el que tiene - bajo umbral es más sensible al dolor.

Existen factores que tienen influencia sobre el -- umbral del dolor, como son los siguientes:

1) Estado emocional. Los pacientes, emotivos - - inestables, tendrán umbrales bajos, igual que los pacientes - muy preocupados por problemas.

2) Fatiga.- Los pacientes bien descansados, que - durmieron bien antes de una experiencia desagradable, tienen el umbral más alto que los individuos fatigados y con sueño.

3) Edad. Los pacientes mayores tienden a tolerar más el dolor, teniendo el umbral más elevado que los jóvenes y niños.

4) Características raciales de nacionalidad. En - las razas negras cáusicas se ha encontrado ninguna o escasa - variación en el umbral al dolor. Los grupos de nacionalidad - latinoamericanos y europeos son más emotivos, tienen un um-- bral de dolor más bajo que las emociones.

5) Sexo. Se considera que el hombre tiene un umbral más elevado que la mujer.

6) Temor y apresión. A medida que aumenta el temor, tiende a disminuir el umbral. Individuos muy temerosos o apresivos tienden a aumentar mentalmente su experiencia -- desagradable. Por ésto, es esencial que el operador trate de ganarse la confianza del paciente. (14).

#### SIGNIFICADO DEL DOLOR:

Para dominar y aliviar el dolor debemos comprenderlo.

Sabemos que existen muchos campos de interés en la superación del dolor, uno de los más obvios se relaciona con los estímulos traumáticos físicos, la aguja de anestesia, la fresa, el bisturi, etc. y el control de este dolor es simple.

Muchos de estos procesos no dependen necesariamente de nuestros actos, cuenta mucho cual es el significado o propósito del dolor para el paciente.

Las experiencias dolorosas de la mayoría de los pacientes que no están relacionados directamente con el estímulo físico, éstos son dolores calificados como psicógenos o imaginarios. (11).

## MÉTODOS DEL CONTROL DEL DOLOR:

1) Eliminar la causa. Este sería la más deseable, pero el eliminar la causa no debe dejar modificaciones permanentes en los tejidos.

2) Bloqueo. La vía de los impulsos dolorosos, éste es el más usado, éste se logra inyectando en los tejidos próximos al nervio o nervios, una droga que tiene anestésico local, impidiendo la despolarización de las fibras nerviosas en la zona de absorción e impiden que estas fibras conduzcan impulsos fuera de este punto.

3) Elevar el umbral del dolor.- Depende de la acción farmacológica de la droga, que tienen propiedades analgésicas, elevando centralmente el umbral del dolor, interfiriendo la reacción dolorosa.

Es fisiológicamente imposible eliminar los dolores más intensos elevando solamente el umbral, estímulos más nocivos requerirán el bloqueo de la vía del impulso o la reacción completamente depresora del dolor, mediante la utilización de un anestésico general.

4) Disminución de la reacción al dolor mediante depresión cortical.

Está dentro del alcance de la anestesia general --  
y de los agentes analgésicos generales.

5) Empleos de métodos psicossomáticos. Solo afecta la reacción dolorosa, hay que llevar al paciente a un estado mental adecuado.

Uno de los factores en este caso, es la honestidad y la sinceridad hacia el afectado. Mantener informado del -- procedimiento y de lo que puede esperar.

A los pacientes les agrada saber que su comodidad es objeto de principal consideración por el dentista. Una -- vez de que están seguros de ello, tienden a tolerar en mayor grado las sensaciones desagradables y la sensación dolorosa disminuye y se eleva el umbral.

Lo que haya que tomar en cuenta, para ver el dolor que sufre el paciente en el tratamiento dental.

1) El dolor impone límites de tiempo al trabajo -- del dentista.

Un paciente dolorido solo tolera una labor relativamente breve sobre sus dientes.

2) El dolor es, a los ojos del paciente, una manera de juzgar si su dentista es bueno o malo.

3) El dolor provoca en el paciente fuerte resistencia hacia el consultorio dental, deja de asistir y deja que su dentadura se termine.

4) El miedo a sufrir lleva frecuentemente al paciente a imaginarse dolores que, relativamente, no existen - dificultando la tarea del Odontólogo. (27).

C A P I T U L O   I I I

DOLOR PSICOGENO.

Cuando en el consultorio se nos presenta un paciente quejándose de dolor, es frecuente que logremos diagnosticar el proceso patológico que está estimulando los receptores sensoriales.

Al hacer todos los procedimientos y no llegar a ningún resultado, a veces postulamos que el mal esta en el nervio mismo o en las vías nerviosas. Si no descubrimos aplicación alguna, concluimos que el enfermo nada tiene o el dolor es imaginario a pesar de indudables muestras de sufrimiento del paciente. Es muy importante esta última al insistir en que el dolor psicógeno es tan legítimo y respetable y tan capaz de causar intenso sufrimiento, como el dolor originado por los impulsos procedentes de la periferia.

El diagnóstico del dolor psicógeno debe hacerse siempre tras una cuidadosa investigación, utilizando todos los recursos de la clínica, del laboratorio y del gabinete. Sin embargo, no debe ser un diagnóstico, pues existen datos positivos que deben ser tomados muy en cuenta por el clínico. Estos son datos que hay que tomar en cuenta, la forma en que es descrito el dolor por el paciente, las características psicológicas de éste, su historia personal, las circunstancias en que se inicia el cuadro clínico y el diagnóstico psiquiátrico. (10).

Cuando el dolor se debe a lesiones periféricas, -- su descripción es habitual y simple. Cuando intervienen factores psicogénicos, su descripción es vaga o sumamente rica y elaborada "siento como si me dieran de latigazos.

....." - En descripciones de esta naturaleza, se concluye la posibilidad de que existen procesos patológicos y esto causa el dolor.

Si damos atención a las características psicológicas de los enfermos con dolor psicogénico, resulta muy claro que muchos de ellos son deprimidos crónicos, pesimistas con sentimientos de culpa, desde que entran al consultorio llama la atención su aspecto derrotado, no tienen la alegría de vivir y en su historia personal llama la atención los fracasos de su vida, humillaciones y desgracias de las que han sido - víctimas y ésto lo atribuyen a la casualidad, a la mala suerte, pero pronto aparece que muchas de esas situaciones difíciles fueron buscadas o por lo menos no evitadas. Estos pacientes caen continuamente en situaciones en que son humillados, derrotados, engañados, explotados y nunca aprenden de la experiencia. Cuando la salud mejora y cuando las cosas -- mejoran, cuando el éxito es evidente llama la atención la diferencia sobre el intenso dolor de que se quejan y su buen aspecto general.



A veces señalan tener un dolor terrible sin que -- su aspecto en esos momentos den señales de sufrimiento, como si gozaran al ser vistos como mártires. Otros en cambio, manifiestan intensos sufrimientos, comportándose como si necesitaran compasión o socorro. Sus antecedentes patológicos -- están sobrecargados de traumatismos, intervenciones quirúrgicas y enfermedades dolorosas. No es difícil en muchas sospechas, que desean de nosotros la producción de más dolor, bajo la forma de nuevas intervenciones quirúrgicas o medidas diagnósticas traumáticas. Con sorpresa observamos lo bien -- que toleran estos procedimientos.

Estos enfermos se distinguen de los otros por la forma como comunican su dolor u otros síntomas. El paciente parece sufrir más por lo que el dolor puede significar que por el síntoma mismo.

Ningún profesional debe sentirse libre o suficientemente autorizado para establecer un diagnóstico de dolor de origen psicógeno. Debe consultar, al menos, con otro dentista, un cirujano oral o un médico. Si todos opinan que el diagnóstico exacto es el dolor psicógeno, debe aconsejarse al paciente que vea a un psiquiatra.

Durante el exámen y la historia que se toma, deberá anotarse el tipo de dolor, ya que de acuerdo a las fuen--

tes de origen tiene características variadas tales como:

1) Dolor neurogénico. Agudo, quemante, e intenso, puede ser constante e intermitente.

2) Dolor vascular. De naturaleza difusa, es difícil de localizar.

3) Dolor muscular. De naturaleza sorda, limitado al área de origen.

El movimiento en esa parte hace más intenso el malestar. (25).

#### CORRELACION PSICOSOMATICA DEL DOLOR BUCOFACIAL.

Uno de los temores más comunes es el temor al dentista.

El dentista siempre tiene el papel de verdugo y el paciente de víctima.

La boca es la primera parte en la que entra en contacto el humano con el mundo circundante, mediante ella recibe alimento y su primer placer físico es mamar.

La base bucal se puede dividir en 2:

1) Fase bucal temprana y receptible con duración - hasta 6-8 meses de vida.

2) Fase bucal tardía que comprende 7-12 meses de vida en que están sujetos al placer de morder - es cuando se presenta la agresividad y hostilidad.

Uno de los primeros dolores en la vida es cuando empiezan a erupcionar los dientes primarios y éste es el primer -- trauma dental.

Mediante el recuerdo de las primeras experiencias - dolorosas, erupción, golpes, etc., de su contenido emocional - - (susto, miedo, etc.) y de las condiciones en que tuvieron lugar - (objetos, personas, etc.) se establece una reacción particular - ante el dolor. Si las primeras maniobras odontológicas resultan - traumáticas, serán mayores las posibilidades de que las consul-- tas posteriores sean difíciles.

Con los comentarios y advertencias o alarmas que -- los adultos, en cierto grado de angustia, transmiten a los meno-- res acerca de sus experiencias dentales como: "sáquele la muela" o "póngale una inyección", etc., y estos proyecten los propios - sentimientos de miedo, culpabilidad, etc., al niño (30).

## CAPITULO IV

### MIEDO

El trabajo dental puede precipitar reacciones profundas por algunas vivencias precoces que llevan una gran carga emocional.

El dentista observa estas reacciones cuando sus pacientes adoptan actitudes poco razonables o lógicas respecto al tratamiento dental.

La moderna investigación psiquiátrica ha demostrado que cuanto menos edad tiene el niño, mayores son los efectos - - traumáticos de la experiencia negativa a los estímulos externos.

Al principio en la zona bucal hay un sentimiento de placer, pero al erupcionar la dentición primaria el niño siente dolor en esta misma zona. La primera experiencia produce intensos sentimientos de amor en respuesta a la satisfacción oral y - de odio en respuesta al dolor oral. (23)

#### ETAPAS PSICOLOGICAS DE LA NIÑEZ.

Los niños pasan por varias fases de desarrollo psicosexual:

1) Fase oral. La principal fuente de placer es la boca, una de ellas es satisfacer el hambre.

2) Fase anal. El niño siente interés en ejercitar

su intestino y controlar sus esfínteres.

3) Fase genital. Entre los 4-6 años el niño comienza a diferenciar la anatomía de su sexo.

4) Fase de lactancia (preadolescencia). Marca el final de la niñez y el inicio de la adolescencia (18).

#### RELACION DENTISTA-PACIENTE

Un paciente acude al dentista con actitudes, sentimientos y reacciones generalmente basadas en experiencias infantiles más que olvidadas y sepultadas en el inconsciente. Esto explica muchas reacciones irracionales, de pacientes hacia el dentista. Esto ayuda al dentista a promoveerse contra reacciones -- personales, frente a sus pacientes, porque la predispone a esperar que cada paciente acude a él con actitudes prefijadas. De -- ese modo puede predecirlas y comprenderlas obteniendo informa-- ción respecto a las reacciones del paciente hacia sus anteriores dentistas y médicos.

De las primeras impresiones que el niño obtenga tanto del dentista, como de su persona, dependerá en gran parte su futuro comportamiento frente al tratamiento y cuidado de sus -- dientes. (16).

MIEDO A LOS DENTISTAS COMO UN FACTOR QUE INHIBE  
LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DENTALES.

El miedo a los dentistas y al tratamiento, ha sido considerado el mayor obstáculo para deliberar la calidad de los servicios dentales.

El miedo ha contribuido a la obtención de resultados insatisfactorios, por ser además, una tensión para los mismos dentistas y resultando como una pérdida de tiempo para el dentista y a su vez incrementando la dificultad para los procedimientos dentales. (12).

La ansiedad materna, es decir, el temor o la angustia que la madre demuestra ante el tratamiento dental influye en la conducta del niño antes y durante la primera consulta.

Schwartz se dió cuenta de que los pobres transmiten una mayor ansiedad y miedo a sus hijos, por lo que se establece una mejor relación paciente-dentista cuando estos no se encuentran, además la asistente de transmitirle confianza a niño, ya que llega a substituir a la madre en un momento dado durante la vida dental (40).

Otros autores opinan que la decisión de dejar entrar a la madre dependerá de lo que sea mejor para ambos.

La presencia de los padres dependerá de las circunstancias muy especiales como edad, idioma, dependencia del niño - hacia la madre, incapacidad física, mental. Se recomienda a los padres no utilizar al dentista como un medio de amenaza o castigo, ni llevarlo sorpresivamente al consultorio dental.

Por otra parte deben pensar que para la buena conservación de los dientes, los niños debe soportar ciertas molestias.

#### FACTORES SOCIO-CULTURALES:

Algunos autores han investigado la influencia de -- las clases sociales de los padres con respecto a la conducta de sus hijos confirma haber obtenido una mejor cooperación por parte de los niños procedentes de clases sociales media o baja.

Sería deseable que los adultos no descargaran parcial o totalmente sus tensiones sobre los niños para que tuvieran un mejor desarrollo mental emocional.

Relación con los hermanos. La mala conducta del -- niño pequeño en el consultorio puede ser el resultado directo -- de la influencia del hermano mayor. A este proceso se le conoce como "transmisión de conducta". Esto es verdadero siempre y cuando el hermano pequeño no haya tenido experiencia previa con el -



Odontólogo. (5).

#### ASPECTOS PSICOLOGICOS A LA ANESTECIA:

Los pacientes no siempre aceptan fácilmente un -- anestésico, los humanos están sujetos a fuertes temores en la -- anestesia general y también local hay un temor permanente.

El paciente angustiado, temeroso, tolera muy mal ca si todos los anestésicos y también ocasiona un cambio en el um-- bral doloroso.

El estado mental del paciente no solo depende de -- que uno prepare bien la jeringa y la aguja, sino de que el Odon-- tólogo sea capaz de crear en él y el paciente una atmósfera de - confianza, tranquilidad y seguridad.(11).

## C A P I T U L O   V

### METODOS PARA CONTROLAR EL MIEDO Y DOLOR.

## REFUERZOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

Refuerzo positivo. Cualquier estímulo como una sonrisa, una palabra de halago, un cumplido o diversos estímulos ambientales como puede ser el decorado de nuestro consultorio y el ambiente, debe ser adecuado para el paciente infantil y el personal que nos asista tendrá que estar capacitado o entrenado para la atención de niños.

Estímulos naturales. Tales como el sonido del reloj, el sonido de la música, que aumenta o disminuye la frecuencia de la conducta. (22)

Reforzadores condicionados. Un sistema de refuerzo condicionado que ha comprobado ser muy eficaz para el control de la conducta, en los niños, es el sistema de refuerzo simbólico, una canica, una estrella.

Este símbolo debe ser entregado inmediatamente después de que ocurra la conducta deseada. (7).

## COLORES, METODOS PARA AMENIZAR EL CONSULTORIO.

La influencia sedante del color, sobre los pacientes, es una nueva etapa de tranquilidad y eficacia en la práctica odontológica.

## CARACTERISTICAS:

1. Proporcionar variedad de tonos. El bienestar psíquico solo puede mantenerse en un ambiente de colores variados y cambiantes, emplear combinaciones suaves. Con una buena combinación de colores, se estimula la circulación sanguínea y las toxinas se eliminan más rápido.

2. Conocer efectos de los colores: El rojo es exi-tante, el azul da impresión de espacio, el verde es tranquilidad el café deprime, el beige es ideal para reflejar la luz artificial.

Hay colores cálidos y fríos y deben combinar:

Cálidos - Rojo, amarillo y naranja.

Frios - Azul, verde y violeta.

Se debe evitar el blanco que provoca fatiga de los músculos que controlan la retina. Se deben elegir distintos colores para cada ambiente, ejemplo: Sala de espera. Se procura mantener un ambiente de calma y distracción y la oficina debe proyectar una imagen de fuerza y confianza. Los colores cálidos - atraen la atención del paciente y los fríos tienden a controlarlos en sí mismo y en sus tareas. (20).

## EL USO DE UN PLACEBO VISUAL EN LA DESENSIBILIZACION DEL NIÑO AL MIEDO DE LA AGUJA DENTAL.

Un tipo de técnica para desensibilizar a un paciente es usar la terapia visual emotiva de fantasías, éste es un método efectivo de extinción de la ansiedad en la fobia de la aguja, del paciente.

El uso de decir, enseñar, hacer y otros es una parte de esta técnica.

El uso de un placebo visual es una forma de desensibilización, éste es indicado en casos especiales. Este caso reporta demostración y alternativamente del manejo de la técnica - para modificar y eliminar el miedo a la aguja en niños mayores, en quienes se puede tener un buen manejo.

Farmacológicamente el efecto del placebo no es debido a sus propiedades químicas por la administración de sustancias es atribuido al papel que juega el poder de la mente y la percepción.

Se sugiere usar el placebo visual como técnica de inyección para un niño mayor, seleccionando a quien le tema mucho a la aguja de la jeringa.

La sedación preoperatoria para todos los pacientes-

puede ser peligrosa y puede causar problemas emocionales y re-- fuerza el miedo al dentista. (15).

#### AUDIOANALGESIA.

En este método se transmite al paciente música y sonidos destinados a relajar sus nervios y evitar de esta manera el dolor, colocándole un par de audífonos antes de empezar a trabajar en la cavidad bucal. También se suele colocar sobre los ojos del paciente un antifaz protector de cualquier estímulo dominoso.

Sólo se necesita una grabadora y un par de audífonos - para ésto, aunque este método es simple, debemos recordar que -- los sonidos pueden producir serios daños al oído.

La función principal de la audianalgesia es alejar los pensamientos del paciente del consultorio y de la idea que va a sentir dolor por lo tanto se debe preguntar sobre los gustos musicales del paciente.

La audioanalgesia elimina casi en su totalidad el ruido proveniente de los aparatos odontológicos. Las analgesias convencionales actúan sobre los sentidos del tacto, gusto, olfato, pero no tienen efectos sobre la vista y el oído y éstos dos sentidos transmiten dudas asociadas con el dolor.

La regla Alto Volúmen para evitar que el paciente oiga los ruidos del torno dental y otros aparatos odontológicos que le sugieran dolor al paciente, un alto volúmen pero aceptable para el paciente, es de 50 decibeles para eliminar el 35% de los ruidos del consultorio sin daño auditivo.

La regla: Un programa bien dosificado. La primera música a oír debe ser una pieza ligera, luego temas que van de lo -- alegre a lo romántico. Esto se debe usar desde cirugía bucal hasta trabajos comunes, como profilaxis, disminuyendo el dolor hasta en un 90%.

#### VENTAJAS:

- 1) El solo empleo de audioanalgesia justifica un leve aumento de honorarios.
- 2) Permite realizar más largas sesiones con pacientes y se avanza en el tratamiento mucho más.
- 3) Cualquier práctica que reduzca el dolor del paciente tiende automáticamente a incrementar la popularidad del dentista, ésto beneficia económicamente. (1).

## HIPNODONCIA:

La sugestión aparece antes que el paciente se enfrente a su primera visita al dentista, lo que el paciente oye acerca del Odontólogo, su situación y apariencia de su sala de espera, el saludo de su asistente. Lo rápido o lento de su cita son factores que modelan la opinión acerca del dentista.

La apariencia personal del dentista, el tipo de voz, sus modales y actitudes, si está realmente ocupado en la atención de sus pacientes o si da la impresión de tener en su mente otros asuntos, si sonríe amablemente con simpatía o muestra impaciencia, todo esto establece una cierta actitud del paciente hacia el dentista.

La forma más completa de sugestión es la que observamos en la hipnosis, la cual consiste en hacer al paciente una serie de sugestioness, cuidadosamente controladas, cuyo propósito es aumentar la sugestibilidad, de manera que las sugestioness terapéuticas específicas pueden ser aceptadas.

La anestesia, como fenómeno del estado hipnótico puede presentarse en formas diferentes, de acuerdo con las características individuales del paciente. Puede haber pérdida de la sensibilidad táctil, anestesia propiamente dicha, pérdida de la sensibilidad dolorosa y pérdida de la sensibilidad al frío y al calor.



En otras personas se obtiene una forma diferente de -- analgesia hipnótica que consiste en la pérdida de la reacción -- emocional al dolor. El paciente reconoce que sobre él está obrando un estímulo doloroso, pero éste no le causa desesperación, - irritación o siquiera malestar.

Solo estando serenos y tranquilos podemos tranquilizar a los demás, solo confiando en nosotros mismos, podremos influir confianza. (28).

#### SEDACION CON OXIDO NITROSO Y OXIGENO.

Las técnicas de sedación con el paciente consciente -- que utilizan óxido nitroso y oxígeno, son diferentes de las técnicas de anestesia general con óxido nitroso. Esta droga debido a su baja solubilidad, bajo potencial y rápida absorción, se utiliza extensamente para crear una alteración en el estado de ánimo del paciente despierto. En el sentido estricto de la palabra, no es un analgésico para el paciente consciente. Deberá usarse - anestesia local para procedimientos que se juzguen dolorosos. -- Afecta la percepción del dolor y en este sentido proporciona - - anestesia relativa. Sin embargo la anestesia o supresión del dolor exige la inconciencia, que es un estado de anestecia general.- Para lograr la anestesia general con óxido nitroso es necesario-exponerse a ciertos peligros. Uno de los principales peligros potenciales de esta técnica es una inducción demasiado rápida, sobredosis, oxigenación inadecuada, éstas pueden causar que el pa-

ciente pierda la conciencia.(3).

El segundo peligro potencial es la hipoxia. La maquinaria moderna de analgesia está diseñada para impedir la administración de menos de 25-30% de oxígeno.

Algunos pacientes se sienten amenazados por la sofocación y no aceptan fácilmente la mascarilla nasal. Algunos pacientes se molestan y sienten pánico cuando experimentan sensación de cosquilleo en todo el cuerpo. Desde luego, estas reacciones son pocas, pero deberá respetarse cada reacción individual del paciente y no obligarlo a aceptar esta técnica.

Antes de aplicar esta técnica hay que dar una explicación amplia de lo que experimentarán.

Se agrega óxido nitroso 1 litro cada 30-40 segundos - hasta que el paciente indique que siente la cabeza ligera, cosquilleo, calor, etc.

En ese momento resulta conveniente reducir el óxido nitroso medio litro o un litro y continuar conservando el paciente a este nivel.

Los efectos del óxido nitroso no solamente están relacionados con la dosis, sino también con el tiempo. Es importante

advertir al paciente que estará despierto, aunque relajado y -- que la comunicación con el operador es posible. Cuando lo desee el paciente, podrá suspenderse la administración de gas y res-- taurarse el estado natural. (21).

La sedación consciente de óxido nitroso y oxígeno es -- un método eficaz utilizado ampliamente para el control de la angustia en odontología, la anestesia general continuará siendo un auxiliar importante para el manejo del miedo y dolor de los pa-- cientes. (8).

#### TERAPEUTICA FARMACOLÓGICA.

El empleo prudente y juicioso de la premedicación puede ser muy valiosa. Sin embargo las drogas no deben ser substi-- tuidas para lograr el acercamiento fundamental no farmacológico del manejo de la conducta, sino más bien son coadyuvantes que -- pueden servir a los Odontólogos como un medio para poder brindar el tratamiento adecuado a los niños que presentan un comporta--- miento difícil.

La ansiedad hay que manejarla psicológicamente ayudando al paciente a vencerla; si ésto no es posible en una forma -- convencional, entonces es preciso reforzar su acción con un medi<sup>o</sup> camento que tenga efecto calmante sobre el SNC.

Los propósitos más importantes de la premedicación son

los siguientes:

- 1) Controlar la aprensión, ansiedad o miedo
- 2) Elevar el umbral del dolor
- 3) Controlar las secreciones de las glándulas salivales y mucosas.
- 4) Controlar el efecto tóxico de las anestésicos locales.
- 5) Control de los trastornos motores (parálisis cerebral, etc.)

Los medicamentos utilizados para la premedicación, actuar en el SNC, cerebro, tálamo y bulbo raquídeo.

#### SELECCION DE DROGAS.

Dependerá en el manejo del comportamiento del niño, -- clasificándose en:

- a) Niños que necesitan premedicación.
- b) Niños que necesitan control.

Los primeros exhiben varias formas de comportamiento, -- no potencialmente cooperativos y semicooperativos para los tratamientos dentales, el niño tímido es un ejemplo de esos casos, -- ya que coopera con el dentista mientras le toman radiografías, -- profilaxis, sin embargo, no actúa de esta manera cuando se trata de otro tipo de tratamiento.

Aunque estos niños pueden controlarse con medicamentos para actitud más positiva hacia el tratamiento dental, en su manejo de conducta se podrá requerir cierta medicación preventiva, la cual se le dará al niño antes de la cita.

Dentro de la segunda categoría se encuentran los niños que no pueden controlar su comportamiento en el consultorio, ya que la comunicación dentista-paciente es imposible, ya sea por su corta edad o por trastornos emocionales, retraso mental, etc.- (26)

#### ADMINISTRACION ORAL.

La medicación en forma de solución debe ser prescrita para los niños pequeños que no puedan desglutir las tabletas.

La medicación por vía oral tiene estas ventajas:

- 1) Puede ser administrada por el familiar
- 2) La medicación deberá ser suministrada a la hora indicada, por tanto el efecto puede prolongarse o deducirse.
- 3) El niño puede reaccionar desfavorablemente al saber de la droga.

### VIA INTRAMUSCULAR O VENOSA Y RECTAL.

#### Ventajas:

- 1) Efecto más rápido.
- 2) Mayor acción sedativa.
- 3) El niño puede reaccionar desfavorablemente al saber de la droga. (6).

### VIA INTRAMUSCULAR O VENOSA Y RECTAL.

- 1) Efecto más rápido.
- 2) Mayor acción sedativa.
- 3) Menor duración que el equivalente de una dosis administrable por vía oral.

Otra forma de terapia es curar con frío y se llama - - cristerapia y sirve para indicaciones precisas contra el dolor y la inflamación. El calor es otro de los métodos para controlar - el dolor. Estas dos tienen efectos para dolores superficiales di rectamente sobre tejidos superficiales, ya que el tejido adiposo es un mal conductor y constituye una barrera hacia órganos pro- fundos. (29) algún libro de forma.

### ANESTESIA POR ACUPUNTURA.

El éxito de la acupuntura comenzó en 1971, se le reve-

la al mundo que es posible lograr anestésias que permitan operaciones profundas eliminadas totalmente al dolor.

### Cómo actúa la acupuntura?

En el cuerpo existe una energía que corre por los meridianos formados por una sensación de puntos, los cuales tienen influencia si se estimulan o si de esta energía sobre órganos -- específicos y tienen zonas de influencia en otros órganos a los cuales les devuelven su actividad normal cuando ésta ha sido dañada por un desequilibrio.

El punto de Ho-Ku que se utiliza en odontología en el #4 del meridiano del intestino grueso. También presionando el #7 de este meridiano, llamado punto del dentista y que se localiza en la parte externa de la región del dedo índice. Puede lograrse la desaparición de odontalgias, aplicando masaje en los dedos.

En cuanto a la forma que actúa como anestésico, se cree que forma parte externa de la región del dedo índice. Puede lograrse la desaparición de odontalgias aplicando masaje en los dedos.

En cuanto a la forma que actúa como anestésico, se cree que forma una barrera al dolor en el cerebro.

El Dr. Chu-Lein explica: los puntos de acupuntura se -

relacionan en zonas existentes debajo del tejido celular subcutáneo, correspondientes a cierta concentración de dendritas que llegan hasta la médula espinal, formando un relevo que llega hasta el bulbo, tálamo y corteza cerebral; en estos órganos opera un umbral contra el dolor que logran aumentarse con la vibración que producen las agujas. Ejemplo: en el fresado de cavidades la anestesia por acupuntura no responde debido a que la estimulación de la fresa supera a la de las agujas (41).

La aplicación en odontología, como ya fué mencionado, es el punto de Ho-Ku en las dos manos, esperándose 20 minutos.

La aguja se inserta un centímetro de profundidad y con 45.5° de coagulación (hacia la palma de la mano).

En China en varias clínicas odontológicas se practican extracciones, cirugías de tumores con ayuda de la acupuntura. Este doctor menciona que tiene un 80% de éxito en sus pacientes -- que anestesia con acupuntura, incluso en odontología.

Se recomienda que el propio paciente presione con sus dedos el punto Ho-Ku.

Ventajas:

La anestesia acupuntural es de riesgos nulos, es econó



mico y tiene un 90% de efectividad. (9).

#### ANESTESIA LOCAL

Organización de la visita. La educación del futuro paciente y de sus padres se inicia en el momento del primer contacto con un consultorio dental.

La experiencia odontológica del paciente es una información importante.

Introducción al consultorio. Primeramente deben de platicar con los padres y el niño, en el privado, para luego pasar al consultorio, mientras los padres se quedan en la sala de espera.

El odontólogo debe dar explicaciones al niño sobre el equipo, que sea un proceso de aprendizaje al niño y así disminuyan sus temores.

- Tratamiento realizado o a realizar. En la primera visita se invita al padre al consultorio y se le explica el tratamiento realizado o a realizar.

- Anestesia local. Si se administra adecuadamente la inyección, los beneficios contenidos superarán por mucho el ligero trauma físico o emocional experimentado por el niño.

- Jeringa aspiradora. Es importante emplear una jeringa aspiradora para prevenir la inyección intramuscular, lo cual podría causar reacciones indeseables.

- Aguja desechable.- Se recomienda aguja desechable, de un calibre del 27-30 y de un largo de 2.5 cm.

- Anestésico tópico. Cuando son bien usados producen anestesia superficial de las mucosas y reducen o eliminan el malestar de la penetración de la aguja. En ocasiones es preferible no usar el anestésico tópico en pacientes que no les gusta el sabor o tienen un efecto indeseable.

- Preparación psicológica.- Es importante preparar al niño psicológicamente para que reciba el analgésico local, también es importante elegir las palabras que emplearemos. Se debe explicar al niño en términos que pueda comprender y con términos que no le alteren.

Nunca debemos desmentirlos pero tendremos cuidado de no mencionar palabras como inyección, pinchar, dolor, etc. No hay que amenazarlos para que cooperen, el instrumental anestésico local necesario debe ser mantenido fuera de la vista del paciente.

- Instrucciones postinyección inmediatas. Tan pronto como esté guardada la jeringa, se indica al niño que se enjuague la boca, así se evita que el niño llore y esto cambia --

inmediatamente el área de concentración (24).

#### ANESTECIA GENERAL:

Aunque ésta constituye el último recurso en cuanto a tratamiento de elección, la anestesia general ocupa un sitio -- definido en la odontología. La anestesia general deberá reservarse para aquellos casos en que hayan fracasado los métodos -- convencionales y no evita otro recurso. (7).

C A P I T U L O VI

CASUISTICA.

En este trabajo se ha tratado de comprobar que existe el miedo y el dolor en los pacientes que acuden a los servicios odontológicos.

Para esto se revisaron y se trataron pacientes de diferentes edades (4-70 años), en diferentes zonas urbanas.

El trabajo fué realizado en:

- 1) Facultad de Odontología de la UAG, en el Departamento de Odontopediatría y Cirugía.
- 2) DIF JALISCO, en el Centro Dental Infantil.
- 3) Unidad Río Verde del DIF.
- 4) Diferentes brigadas que se realizaron en diferentes poblaciones en las periferias de Guadalajara.
- 5) Consultorio en Sta. Rosa (Privado)
- 6) Consultorios particulares.

Se revisaron un total de 128 pacientes.

Se elaboraron 2 tipos de Historias Clínicas.

- a) Historia Clínica apropiada para niños de 4-14 años.
- b) Historia Clínica de 15 años en adelante.

Esta división fué necesaria hacerla por las diferentes actividades que se realizan en los diferentes pacientes, dependiendo de su edad.

Dividí los pacientes mediante las historias en:

- 1) Niños de 4-14 años.
- 2) Adolescente de 15-20 años.
- 3) Adultos de 21-70 años.

En algunos pacientes fué necesario el uso de un placebo que fué una cápsula hecha de almidón, con las cuales se obtuvieron resultados muy satisfactorios.

Se usó especialmente el método de "Decir-mostrar-hacer" y algunos otros para controlar el miedo y el dolor.

A continuación se mostrarán las Historias Clínicas elaboradas:

## HISTORIA CLINICA

Niños y adolescentes de 4 a 14 años de edad.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA \_\_\_\_\_

RELACION FAMILIAR \_\_\_\_\_ RELACION ESCOLAR \_\_\_\_\_

ARMONIA ENTRE LOS PADRES \_\_\_\_\_

JUEGOS QUE PRACTICA O DIVERSIONES \_\_\_\_\_

HA TENIDO ATENCION DENTAL. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

TIPO DE PACIENTE: - NIÑO QUE VA POR PRIMERA VEZ AL DENTISTA \_\_\_\_\_

- NIÑO CON EXPERIENCIA POSITIVA ANTERIOR \_\_\_\_\_

- NIÑO CON EXPERIENCIA NEGATIVA ANTERIOR \_\_\_\_\_

HA ESCUCHADO COMENTARIOS NEGATIVOS SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

HA TENIDO MOTIVACION ANTERIOR SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

TIENE MIEDO EN ESTE MOMENTO (1a.CITA) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

A QUE TIENE MIEDO? \_\_\_\_\_

QUE PRODUCE MAS DOLOR EN EL TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_

QUE PRODUCE MAS MIEDO EN EL TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_

ACTITUD DEL PACIENTE.

TRANQUILO COOPERADOR \_\_\_\_\_ ANCIOSO \_\_\_\_\_ IMPACIENTE \_\_\_\_\_

RECHAZANTE ANSIOSO \_\_\_\_\_ ANSIOSO AGRESIVO \_\_\_\_\_

METODO PARA CAMBIAR FAVORABLEMENTE EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

ACTITUD DEL DENTISTA: 1a. CITA \_\_\_\_\_ 2a.- CITA \_\_\_\_\_ 3a.CITA \_\_\_\_\_

SE USO PLACEBO SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

RESULTADOS: ELIMINA EL MIEDO Y EL DOLOR \_\_\_\_\_ LO EVITA \_\_\_\_\_

LO DISMINUYE \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLINICA

Adolescentes y adultos de 15 a 70 años.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 OCUPACION \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA \_\_\_\_\_

ARMONIA FAMILIAR \_\_\_\_\_

HA TENIDO ATENCION Y/O MOTIVACION (DENTAL) \_\_\_\_\_

TIENE MIEDO EN ESTE MOMENTO (1a.CITA) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

A QUE TIENE MIEDO? \_\_\_\_\_

EXPERIENCIAS QUE HA TENIDO POSITIVA \_\_\_\_\_ NEGATIVA \_\_\_\_\_

COMENTARIOS QUE HAYA ESCUCHADO POSITIVOS \_\_\_\_\_ NEGATIVOS \_\_\_\_\_

QUE LE PRODUCE MAS DOLOR? \_\_\_\_\_

QUE LE PRODUCE MAS MIEDO? \_\_\_\_\_

TIPO DE DOLOR: AGUDO \_\_\_\_\_ LANCINANTE \_\_\_\_\_ PUNZANTE \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

QUE LO OCASIONA? \_\_\_\_\_

ACTITUD MENTAL DEL PACIENTE: FILOSOFICO \_\_\_\_\_ ESCEPTICO \_\_\_\_\_

HISTERICO \_\_\_\_\_ INDIFERENTE \_\_\_\_\_

ACTITUD DEL DENTISTA: 1a.CITA \_\_\_\_\_ 2da.CITA \_\_\_\_\_ 3a.CITA \_\_\_\_\_

METODO EMPLEADO PARA CAMBIAR FAVORABLEMENTE EL COMPORTAMIENTO-  
DEL PACIENTE? \_\_\_\_\_

SE USO PLACEBO, SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

RESULTADOS: MIEDO Y DOLOR.- LOS ELIMINA \_\_\_\_\_ LOS DISMINUYE \_\_\_\_\_

NO SE PRESENTA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



## R E S U L T A D O S :

Se observaron un total de 128 pacientes de la siguiente forma:

- 1) 59 niños (4-14 años)
- 2) 35 Adolescentes (15-20 años)
- 3) Adultos (21-70 años)

De los 53 niños son 27 sexo masculino y 32 sexo femenino.

De estos aproximadamente el 35% de ellos acudieron con dolor como causa principal, para su atención; de esto podemos entender que el mayor porcentaje de pacientes en esta edad que acuden al tratamiento dental es por prevención, pero no por emergencias y esto es muy bueno.

Se observó que el miedo se presentó en mayor porcentaje en las niñas que en los niños.

Se usaron placebos en un 4% de los pacientes con un 35% de resultados positivos.

En cuanto a miedo a los instrumentos odontológicos, el orden de importancia es así:

- |                  |     |
|------------------|-----|
| 1) Inyecciones.  | 53% |
| 2) Pza. de mano  | 20% |
| 3) Forceps       | 13% |
| 4) Otros         | 8%  |
| 5) Dentista      | 3%  |
| 6) Sillón Dental | 3%  |

De los 35 pacientes adolescentes son 15 sexo masculino y 20 sexo femenino. Podemos ver que las mujeres acuden más al servicio odontológico que los hombres, ya que a ellas les interesa más su aspecto estético.

Acudieron por dolor un 74% y el resto por prevención y curaciones.

Se usaron placebos en un 6% de los pacientes, se obtuvo un 30% de éxito.

En cuanto a miedo fué de la siguiente forma:

1) Inyección	63%
2) Pza. de mano	20%
3) Forceps	24%
4) Otros	3%

En adultos, de los 34 pacientes atendidos 27 fueron mujeres y 7 fueron hombres. Por dolor acudieron 65% y el resto por prevención y curación.

Se usaron placebos en un 10% de los pacientes con un resultado positivo de 85%.

El miedo fué en esta forma:

1) Inyección	60%
2) Pza. de mano	18%
3) Dentista	4.5%
4) Forceps.	15%
5) Otros	5.5%

## C O N C L U S I O N E S

Hemos observado que el miedo y el dolor que se presenta en personas que acuden al tratamiento dental producen un obstáculo muy bien cimentado en los pacientes, lo cual impiden que sean tratados, dentalmente, en forma placentera para ambas partes.

Esta investigación fué realizada debido a la inquietud que teníamos por conocer la actitud de los pacientes a la consulta dental, donde notamos que la gente no acudió a los servicios odontológicos por miedo al dolor.

El miedo es mayor en adultos que en niños, lo cual puede ser producido debido a experiencias negativas pasadas, el medio ambiente en que se desarrolló la persona, la cultura, etc.

Entre más ingreso económico tenga la familia, se incrementa al miedo a ser agredido.

Que el miedo es mayor en personas que viven en zonas urbanas que en pueblos pequeños, debido a la tensión que viven los primeros.

La raza blanca es la que menos soporta el dolor.

La mujer es más resistente al dolor físico y que a mayor edad, la sensibilidad al dolor disminuye.

La mayoría de los adultos que acuden con el dentista es porque traen algún problema dental que les ocasiona severas molestias y no por el hecho de interesarse en mantener en buen estado la salud de su boca.

Esto nos sirvió como base para comprender más a los pacientes, tratarlos según la edad, la zona en que habitan, -- sexo, ingreso económico, educación y raza y así lograr una mejor odontología, una vez que Odontólogo y paciente se lleguen a comprender mejor.

En general, la mayor cantidad de personas atendidas, de todas las edades, presentaron miedo a la inyección y en segundo término a la pieza de mano.

También notamos que la asistencia al consultorio dental fué mucho mayor por parte del sexo femenino, por lo que se puede concluir que el temor al tratamiento dental es mayor en hombres que en mujeres.

Además considero que las mujeres acuden a consulta - en mayor número, porque les interesa más el aspecto físico (es-tética), el sexo masculino es más sensible al dolor físico, --

por lo cual prefiere no atenderse.

La confianza del paciente hacia su dentista depende mucho de la amabilidad con que sea tratado, así como la seguridad que demuestre el dentista en sí mismo y de la forma en -- que responda al paciente, sus preguntas.

Dentro de los pacientes niños que se atendieron, se trataron 3 pacientes con Síndrome de Down y éstos son muy cooperadores.

Se vió también que niños que van en grupo (escuela)- al consultorio, son más fáciles de tratar, ya que tal vez por temor o vergüenza a las burlas de sus compañeros, procuran portarse bien.

## R E S U M E N

Antiguamente la odontología se efectuaba por medio de métodos drásticos, lo cual hacía que la atención dental -- fuera en una forma cruel; ésto producía temor en la gente. Actualmente la odontología ha evolucionado de una forma radical, habiendo métodos para tratar al paciente dentalmente sin ninguna molestia, pero este cambio no se ha difundido de una manera adecuada.

Debido a la ignorancia de la gente por miedo al tratamiento ésta no acude al dentista cuando el problema es fácil y sencillo de tratar (lo cual proporciona grandes beneficios al paciente y al dentista, sino que por el contrario se presenta cuando su problema dental está muy avanzado y el tratamiento resulta mucho más complicado y difícil y por lo tanto es molesto para el paciente y de esta forma se origina un círculo vicioso, ocasionando de esta manera que la idea con respecto a la odontología sea negativa y se continúa pensando que es un tratamiento traumático y doloroso.

Actualmente existen métodos para controlar el dolor de una manera más efectiva, haciendo el tratamiento dental menos molesto. Algunos de estos métodos son: anestesia tópica - local y general, analgesia mediante óxido nitroso, Hipnoanalgesia, audioanalgesia, la utilización de reforzadores positivos y negativos, acupuntura, terapéutica, farmacológica y algunos otros métodos más.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALCOCER FLORES JOSE LUIS. Audioanalgesia, su mayor recurso para superar el dolor de sus pacientes. *Odontólogo Moderno* Vol. 1 Núm. 2 Octubre 1972. Págs. 19-23.
2. Allen, Gerald D. *Dental Anesthesia and Analgesia (Local -- and General)*. 2a. Edición. Editorial Sans Jache Baltimore U.S.A. 1979, - págs. 1-22.
3. Bailenson, George. La relajación del paciente en la práctica odontológica (*Manual de Técnicas Sedativas*). Editorial Labor S.A. 1a. Edición: 1976. Págs. 99-125.
4. Báez Villasñor, José, *Nosología Básica Integral*. Edición-V. 1975. Tomo I. Editor Francisco Mendez Oteo. México, D.-F. Págs. 2-57.
5. Bennet, Richard C. *Conscious-Sedation in dental practice*. Second Edition. Editorial Mosby. St. Louis 1980. Missouri. Págs. 46-51.
6. Bell J.M. *Anestesia Dental Clínica. Fundamentos y Práctica*. Editorial Salvat. Barcelona, España, 1978. 1a. Edición. -- Págs.- 29-54.
7. Drash Phillips W. Fox Lawrence A., Dragon Arnold e Goldstein Irwin, *Clínicas de Norteamérica. Odontología del niño incapacitado*. Editorial Interamericana. 1a. Edición, Julio 1974. Págs. 615-621, 535-544, 667-674.

8. Trieger, Norman. Clinicas Odontológicas de Norteamérica. - Urgencias Odontológicas. Julio 1973. Sedación con Oxido - nitroso. Págs. 16-23.
9. De la Rosa, Carlos. Anestesia Acupuntural. Odontólogo Mo derno. Vol. 1 Núm. 6. Junio 1973. Págs. 24-34.
10. Dworkin, Ference y Giddon. Behavioral Science and Dental-Practice. Editorial Mosby. Saint Louis, Missouri. 1978. -- 1a. Edición. Págs. 241-243.
11. Epstein S. Planfield S., Adler N. Psicología en Odontolo-- gía, Significado del dolor. Serie VI. Vol. 18. Editorial - Mundi. 1964. Págs. 26-37 y 100-110.
12. Kleiman Michel B. Fear of Dentists and Inhibiting Factor in Children's use of dental services. Pág. 209. Vol. 45. - Núm. 3. May-Jun. 1982. Journal of Dentistry for Children.
13. Freud, Sigmond. Psicoanálisis. Enciclopedia de Psicoanálisis. Editorial ASPA. 2a. Edición. 1979. Págs. 43-44.
14. Guyton, Arthur C. Fisiología. 5a. Edición. Editorial Inter americana. México, D.F. 1976. Págs. 46-48 y 608-648.
15. Hoyle David E. Journal de Odontopediatria. El uso de un- placebo visual en la desensibilizacion del niño al miedo- a la aguja dental. Vol. 8. Núm. 4 - Mayo-Junio 1982. Pág. 306.
16. Ingersoll Bárbara. Behavioral aspects in Dentistry. Edito rial Appleton Century-Crafts. 1982. 1a. Edición. East Nor-- walk USA. Págs. 47-55.
17. Jorgensen, Hayden Jr. Anestesia Odontológica. 3a. Edición. Editorial Interamericana. México, D.F. 1983. Págs. 225-237.



18. Klenman B. Michael. Fear of Dentists as an Inhibiting Factor in Children of Dental Services. Journal of Dentistry-for Children.  
Vol. 49. Núm. 3. May-June 1982. New York. USA. Págs. - 12-16.
19. Lewis, M., Thomson, Law y Davis, John M. El Manejo del paciente niño. Atlas de Odontopediatría. Editorial Mundi. 1a. Edición. Buenos Aires 1972. Págs. 319-321.
20. Liberseha Marcelo, Saúl. Colores, método para amenizar el consultorio. Odontólogo Moderno. Vol. 6. Núm. 4. Octubre 1972. Págs. 36-42.
21. Dunn, Martin J. Booth, Donald F., Clancy, Marie. Farmacología, Analgesia, Técnicas de Esterilización y Cirugía en la Práctica Dental. Editorial Manual Moderno. 1a. Edición, México, D.F. 1974. Págs. 52-76.
22. Martínez Herrera, J.M. Manejo del paciente en odontopediatría. Revista ADM. Vol. XXXVII. Núm. 3. Mayo-Junio 1980. Págs. 146-148.
23. Wechstein, Marvin y Hollander, Lloyd N. Psicología y - - práctica dental moderna. Editorial Limusa. 1a. Edición. 1979. Págs. 55-63.
24. Mink R. John y Spedding Robert. Simposio sobre Pedodontia. Clinicas Odontológicas de Norteamérica, Serie X. Vol. 29. Buenos Aires, Argentina, 1971. Págs. 93-111.
25. Monheim, Leonard M. Anestesia Local y Control del dolor - en la práctica dental. Editorial Mundi. 1a. Edición. Buenos Aires, Argentina. 1976. Págs. 17-22.

26. Trieger, Norman. Control del dolor, Editorial Die Quintessenz, 1a. Edición, Rio de Janeiro. 1975, Págs.21-23.
27. González Camarena. Marcel. Música ambiental, valioso elemento en el consultorio. Odontólogo Moderno. Vol. 2 Núm.-10 Febrero 1974 Págs. 40-48.
28. González Carrillo. Roberto. Hipnodoncia: el poder de la sugestión a su servicio. Odontólogo Moderno. Vol. 3. Núm. 15. Diciembre 1974. Págs. 39-44.
29. Friedman, Monus Albert. Como agilizar el tratamiento de niños. Odontólogo Moderno. Vol. 4. Núm. 3. Diciembre 1975. Págs. 10-27.
30. Sámano Pizano, Abel. El dolor y el manejo de la prueba de Libman. Revista de la ADM. Vol. 25. Núm.2 Marzo-Abril - - 1972. Págs. 32-37.
31. Frank R. Susi, Sensory Receptor Morphology in the Teeth - and their Supporting Tissues. Dental Clinics of North - - America. Vol. 22. Núm. 1. Enero 1978. Págs. 3-9.

#### CITAS BIBLIOGRAFICAS.

32. Erasmo Darwin. Págs. 2-3 de Nosología Básica Integral. - Tomo I, Báez Villaseñor, José, 5a. Edición, México, D.F.- 1975, Editor Francisco Mendez Oteo.
33. Bell Charles. Pág. 3 de Nosología Básica Integral. Tomo I Baéz Villaseñor, José. 5a. Edición, México, D.F.1975, Edición Francisco Méndez Oteo.

34. Weber. Pág. 3 de Nosología Básica Integral. Tomo I. Báez-Villaseñor. José. 5a. Edición, México, D.F. 1975. Editor Francisco Méndez Oteo.
35. Müller Johannes. Pág. 3 y 4, de Nosología Básica Integral, Tomo I. Báez Villaseñor, José Ma. 5a. Edición, México, D. F. 1975. Editor- Francisco Méndez Oteo.
36. Von Helmholtz. Pág. 4 de Nosología Básica Integral, Tomo I. Báez Villaseñor, José. 5a. Edición. México, D.F.1975.- Editor Francisco Méndez Oteo.
37. Blix. Pág 4 de Nosología Básica Integral. Tomo I. Báez -- Villaseñor, José. 5a. Edición. México, D.F. 1975. Editor- Francisco Méndez Oteo.
38. Von Frei. Pág. 4-5 de Nosología Básica Integral, Tomo I. Báez Villaseñor, José. 5a. Edición. México, D.F.1975. Editor Francisco Méndez Oteo.
39. Dr. Delorme José. Pág. 14 de Odontólogo Moderno. Vol. 4.- Núm. 3. Diciembre 1975. Cómo agilizar el tratamiento de - niños. Friedman. Monus Albert.
40. Schwartz. Pág. 13 de el libro de Conscious Sedation in - Dental Practice de Bennet Richard C. Second Edition, Editorial Mosby St. Louis, Missouri 1980.
41. Dr. Chu-Lein. Pág. 28 de Odontólogo Moderno, Vol. 1 Núm. 6. Junio 1973. De la Rosa, Carlos.