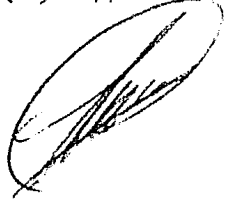
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Revise y Autorice Tesis



MIEDO AL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

SILVIA MARIA DEL CARMEN
MASON VILLALOBOS

MEXICO, D. F.

1978

13965

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Con amor a mis Padres,
tías hermanos y sobrinas.
En especial a Paty y Almita por
su valiosa colaboración.

Con agradecimiento a los Cirujanos Dentistas
Dr. Luis Fernando Noriega y
Dr. Jesús Cruz Chávez,
por su gran apyo.

A todas aquellas personas, que
de alguna forma me ayudaron a
alcanzar esta tercera meta en mi
vida.

Al recuerdo imperecedero de mi abuelo.

Con infinito agradecimiento
a Dios,
pidiéndole que me permita
utilizar esta profesión pa-
ra bien de mis semejantes.

"MIEDO AL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO "

INTRODUCCION

CAPITULO I.- MIEDO

1.1 Definición de miedo

1.2 El miedo a nivel psicológico

1.3 Fisiología del miedo

CAPITULO II.- DOLOR

2.1 Psicofisiología del dolor

2.2 Transmisión de los impulsos dolorosos

2.3 Percepción y Reacción

2.4 Umbral del Dolor.

CAPITULO III.- INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DEL MIEDO AL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

3.1 Planteamiento de la Investigación

3.2 Recolección de datos

3.3 Elaboración de los datos

3.4 Análisis de los datos

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

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

Diariamente en la práctica odontológica, el - Cirujano Dentista se enfrenta al miedo de sus pacientes y es una de sus principales preocupaciones ayudarlos a - superar ese temor, sin embargo las investigaciones psicológicas que sobre éste tema se han llevado a cabo son relativamente superficiales y dificilmente podemos encontrar alguna investigación científica en nuestro país sobre el miedo al tratamiento odontologico.

Quizá el enfrentamiento constante que el Cirujano dentista sostiene con el temor de sus pacientes lo ha hecho ignorar o relegar a un segundo plano la extendida actitud de miedo que la gente mantiene hacía las experiencias odontologicas olvidandonos que las personas - - sienten más de lo que piensan. Lo que a su vez ha bloqueado la posibilidad de realizar un análisis serio y -- profundo sobre las situaciones que durante el tratamiento odontológico acrecientan este temor y las posibilidades de superar dichas situaciones.

Consideramos que este tema es de completa responsabilidad de los Cirujanos Dentistas, y que la investigación que se intenta hacer con motivo de esta tésis, podría ser de alguna utilidad para la profesión.

C A P I T U L O I

MIEDO

1.1 Definición del miedo

1.2 El Miedo a Nivel Psicológico

1.3 Fisiología del Miedo

MIEDO

1.1 DEFINICION DEL MIEDO

"El miedo es la reacción del cuerpo a una amenaza a su bienestar. Es la respuesta a una situación real de la vida. Es racional. Está en relación con una experiencia tal como esta ocurriendo".(1)

No seria posible ni podría ser tratado en forma adecuada todo el patrimonio del miedo, sobre todo porque es frecuente la utilización de éste término para situaciónes muy dispares; miedo al dentista, miedo al más alla, miedo a la guerra, por lo que solo trataremos los "miedos" que consideramos más frecuentes.

MIEDO AL DOLOR ORGANICO

Es decir, miedo al dolor físico, desde la extracción de una muela, hasta el dolor del parto: desde -

(1) Lester L., Coleman
"Liberación del Miedo"
Edit. C.E.C. S.A., Méx., D.F.
Pág. 67

una inyección endovenosa hasta la neuralgia del trigémino. Pero no solo encontraremos la diferencia del dolor; sino también la diferencia en las personas, habrá quienes lo soporten todo y a quienes solo de pensarlo les invada la angustia. Hay toda una gama de talantes que se podrían ordenar según estos dos pólos; valor y temor.

Pero independientemente del valor personal, el miedo a estos dolores orgánicos tiene algo de común. Algo o mucho.

Primero, su fatalidad. Cuando nos alcanza tenemos que pasarlo. El parto por ejemplo tiene que resolverse a como de lugar. No puede retroceder.

Segundo, cuando sufrimos este dolor no podemos pedir reivindicación a nadie, como no sea a Dios. Por lo tanto no hay venganza ni bravura que los cancele. Son estrictamente biológicos o si queremos naturales. Y hay que "pasarlos". Frente a la fractura que debemos reducir, ni podemos eludir el trance, ni pedir responsabilidades. O en caso de haberlos nunca se podían cancelar como deudas de honor.

En todos ellos hay inexorablemente, un agente y un paciente del miedo;-aquel el agente - puede ser el torno del dentista o un ladrón que penetró en la casa. - Este -el paciente- puede ser un hombre amedrentado o un titán que no conoce el miedo, es decir; el miedo biológico, depende fundamentalmente de nuestra reflexología, de nuestro sistema reticular, de nuestra costelación endocrinológica y de lo que en conjunto forma esto que llamamos nuestro talante, que es nuestro estilo reactivo. - - Nuestra manera de ser,

Toda enfermedad es una combinación de fenómenos corporales. La psique y el soma, el alma y el cuerpo; colaboran el uno con el otro en la producción de los misterios que hallamos en el estudio de la enfermedad. Aunque los conocimientos acerca del organismo físico han adelantado a saltos, no ha ocurrido lo mismo con el conocimiento de la mente.

El miedo a la enfermedad reside en esta vasta región inexplorada. Y este foso entre el estudio de la - mente y el estudio del cuerpo cuando se salva mediante - el puente de la comprensión, puede aliviar una de las --

grandes pesadumbres del hombre, el miedo a la incapacitación crónica causada por la enfermedad, y no hay enfermedad física que no tenga su componente correspondiente de índole psicológica o emocional.

El temor y la ansiedad forman parte integral de los problemas asociados con las enfermedades existentes en el cuerpo u organismo. El defecto de no saber ver la existencia de complicaciones emocionales es causa de la a iatrogénesis. Aparentemente, enfermedades insignificantes, cuando se tratan sin tener para nada en cuenta - las capas de valores emotivos, pueden ser un factor en - la formación de nuevas enfermedades psíquicas en los mismos pacientes.

MIEDO TRASCENDENTAL.- En el encontramos el -- miedo a la muerte. Puede ser tomado con pánico absoluto o con una actitud contemplativa hacia algo que tiene que suceder. De una u otra forma, pueden crear una verdadera angustia existencial.

Cuando existe un miedo profundo la reacción - dependera fundamentalmente de su credo y una posición se

rena surgirá de una argumentación puramente mental.

Unos tienen miedo por lo que dejan y otros - por lo que van a encontrar.

MIEDO VITAL.- Entre el miedo orgánico y el - miedo trascendental (al que quizá sería mejor llamarle - angustia) encontramos al miedo vital. Es aquel que tiene un agente responsable y definido. Puede ser cierto o supuesto, remoto o inmediato pero siempre localizable en - un lugar del espacio social. Es producto de la relación social, del trato de los hombres; Miedo al prójimo, Miedo a la guerra, Miedo al ladrón.

Ahora sí ya podemos decir muchas cosas del — miedo:

- El miedo es una enfermedad.
- El miedo reviste muchas máscaras, tiene muchos ros- - tros.
- El miedo quiere permanecer escondido.
- El miedo causa vergüenza.
- El miedo no es aceptado socialmente.

- El miedo causa perdida de energías.
- El miedo cuesta dinero.
- El miedo no puede medirse.
- El miedo y la incertidumbre se fertilizan recíprocamente.
- Nadie es inmune al miedo.
- El miedo hace y se nutre durante la infancia
- El miedo desvitaliza.
- El miedo destruye la felicidad
- El miedo medra en la negligencia.
- El miedo tiene muchas variantes.
- El miedo puede actuar sobre los tipos normales de conducta y deformarlos.
- El miedo está rodeandonos por todas partes.
- El miedo es universal.

1.2 EL MIEDO A NIVEL PSICOLOGICO.

Trataremos de ubicar al miedo dentro de la clasificación psicológica que se realiza de él, para lo cual tendremos que hablar de aquellos aspectos que se encuentran en forma importante en la conducta humana.

1.- INSTINTO

2.- EMOCION

3.- SENTIMIENTO

La necesidad más elemental, común a todos los seres vivos es; la conservación de la vida.

Así lo que ocurre para satisfacer el impulso de supervivencia causará placer y lo que lo afecta, causará desagrado.

De la tendencia elemental de conservación hay que distinguir los impulsos.

El ser vivo es atraido por ciertas excitaciones, objetos de elección, a otros los rechaza.

De la necesidad fundamental de conservación - y de los dos impulsos elementales hay que distinguir los instintos.

Los instintos se definen como medio de satisfacer los impulsos.

Así, el impulso nutritivo en los carnívoros,- por ejemplo, se satisface con el instinto de caza.

En el nivel animal, se distinguen dos formas de instintos elementales, que se refieren a la necesidad inmediata; y los instintos secundarios, que ven la necesidad futura y están dotados de cierta precisión ciega.

"Los instintos elementales (caza y huida), precisamente por lo súbito de la exigencia impulsiva a la - que sirven, están intímamente ligados al estímulo por el choque emotivo (temor o furia, acompañados de la perturbación orgánica). En el acto sexual, por su caracter de ternura voraz se encuentran inexplicablemente ligados al ataque y a la defensa con sus matices emocionales furia y temor." (1)

---

(1) Diel, Paul
"El miedo y la angustia"
Edit. Fondo de Cultura Económica.
5a. Edit., México D.F. 1975
pág. 44

De acuerdo a la definición de Tinbergen, la - conducta instintiva existe como un conjunto de mecanis-- mos nerviosos innata y jerarquicamente organizados, que : responden a impulsos que la alistan, liberan y dirigen.

En los tipos de conducta que se consideran - instintivos; "las acciones iniciales son "apetitivas" o "exploratorias" y ocurren cuando se desarrollan tensio-- nes internas. Una vez que el animal ha llevado a cabo la preparación que implican los actos apetitivos y explora tòrios, aparecen las acciones "consumatorias".

Durante la etapa apetitiva de una secuencia - de la cunducta, que puede ser muy corta o de duración -- prolongada (incluso de varios días), el animal se mues-- tra inquieto y agitado. A primera vista, sus acciones a veces parecen no tener objeto. Se diria que el animal po see reservas de energía y fuerza, que exhibe en accio- nes agresivas como cuando lucha para obtener alimento o ganar una compañera." (1)

---

(1) IBID, pág 65

EMOCION.

La emoción es un proceso corporal que se genera cuando aparece una amenaza para la existencia o cuando se frustra o retarda la gratificación de un estado en el que predominan los impulsos cohercitivos. Durante estos procesos, el sistema nervioso involuntario activa determinados sistemas orgánicos y aparece el estado subjetivo concomitante llamado afecto.

Así vemos que un ataque directo produce los estados emocionales de rabia y miedo.

Estas reacciones nos hacen pensar en la existencia entre una relación fundamental entre las emociones; colera y temor, y los instintos de rechazo y huida.

Para obtener de los diversos estados emotivos del hombre una clasificación conforme a esta definición de su rasgo común, es importante dirigir la atención hacia la actividad animal desencadenada por el choque emotivo y destinada a evitar el peligro. La reactividad emocional primitiva, con el fin de ser eficaz, no puede consistir sino en el ataque o en la huida del peligro.

La observación demostrará la existencia de - una tercera forma de respuesta de carácter ineficaz. Esta se desencadena tanto en el animal como en el hombre - frente al peligro demasiado bruscamente percibido o demasiado intenso e insuperable, de manera que de esas dos reacciones de protección (huida-ataque) ninguna llega a desencadenarse. Las dos permanecen bloqueadas en el -- cuerpo y sus intenciones contradictorias producen un espasmo, inhibiendo la movilidad. Es como si los impulsos de huida y de ataque, actuando en sentido inverso anularan mutuamente, paralizando toda la reacción y creando - así un estado letárgico.

Como la reacción de abandono no es sino la -- consecuencia del entretejimiento de las reacciones de -- huida y de ataque, como "el susto paroxismal" no es el - resultado sino de una inhibición pánica de la huida temerosa y del ataque nervioso, no queda pues, como reacción elemental al choque emotivo, sino la huida y el ataque - con su complemento psíquico; el miedo y la furia.

En el nivel preconsciente, la furia (la cólera) que incita al animal al ataque se convierte en sinó-

nimo de valor contrario al temor.

En el nivel humano, el ataque de colera no es ya un signo de fuerza sino de debilidad. Es la rabia de impotencia, el rencor, contrario al valor moral.

Las emociones elementales - miedo y furia - - se convierten en el nivel humano, por vía de diferenciación, ya sea en cobardía moral o en valor moral, a través de la previsión consciente, rasgo distintivo entre - la reactividad automática del psiquismo animal y la actividad reflexionada del psiquismo humano. El hombre no está ya tan expuesto al peligro mortal como a las consecuencias y a las múltiples dificultades que proceden del medio social.

El temor en el hombre adquiere un aspecto de timidez y la cólera se convierte en una tentativa de "intimidación".

El temor - timedez, es un intento de evitar - la agresión mediante la huída en la sumisión, mientras - que la cólera intenta, con sus amenazas exaltadas y de--

sordenadas, intimidar al agresor con la esperanza de provocarle así una reacción de abandono.

Se trata de estados afectivos, montados entre la emoción elemental de la vida instintiva y los sentimientos matizados que caracterizan al hombre. Importa, pues, no confundir esos sentimientos emocionales, no adaptados y patológicos, con las emociones elementales de la vida preconsciente.

Las interferencias que hace años se obtuvieron a partir de las investigaciones clínicas, relacionaron los estados de ira con el estado de despertamiento fisiológico que se produce con modulaciones de norepinefrina; se pensó que el miedo se parecía a los estados producidos tanto por las inyecciones de norepinefrina como por los de epinefrina. Es posible medir los niveles sanguíneos de estas aminas en los monos, en quienes la liberación de norepinefrina tiene lugar cuando ante el animal se presentan estímulos familiares amenazantes. Por otra parte, cuando el animal no conoce la situación amenazante o cuando no está seguro de ella, la elevación de epinefrina ocurre en la sangre periférica. De igual

manera, la mejoría en la forma de hacer el trabajo bajo stress, se asocia con un aumento en la excreción de norepinefrina.

Cuando se expone a los hombres a sentimientos que despiertan emociones fuertes, se produce el aumento en la excreción de norepinefrina y de epinefrina; cuando a los mismos individuos se les exhibe una película inocua, disminuye dicha excreción.

Parece ser que la naturaleza de la percepción diferencial de los indicios externos determina diferencialmente a los niveles relativos de excrección de estas aminas dentro del cuerpo. De igual manera, en los animales, los decrementos en la norepinefrina cerebral tienen lugar cuando hay miedo, inmovilización e incluso después de una estimulación intracerebral que produzca un alto despertamiento emocional. También en animales, los adrenocorticosteroides aumentan la actividad de las enzimas que convierten a la norepinefrina en epinefrina en las suprarrenales.

SENTIMIENTO.

Emociones primitivas, temor y cólera se encuentran claramente separadas según su tonalidad de cobardía o de valor, sugeridas como lo son por los obstáculos reales y por la amenaza actual pero al convertirse en sentimientos semi provisores e intencionales las emociones, al dejar de ser elementales, se despegan del objeto real y presente; se fijan en la imágen representativa del objeto y en la previsión afectiva de la amenaza.

La afectividad humana comprendida geneticamente es el resultado del desliegue evolutivo de las emociones elementales; temor y furia. "Esto implica que el aliento, valerosamente mantenido en tensión ó temerosamente relajado, sigue sustentando a todas las formas diferenciadas del afecto humano. A cualquier sentimiento humano corresponde, pues, un estado complementario al que se une por contraste para formar el par "activo-pasivo". Pero ningún par afectivo puede ni debe ser colocado en el mismo plano que el par elementalmente emotivo "(1)

(1) IBID.,
Pags. 50 y 59

En el ser humano el temor y cólera no significan peligro de muerte, sino se refieren generalmente al número de obstáculos opuestos a la realización de algun deseo. Y así, lejos de formar parte de las emociones elementales, se convierten en sentimientos, es decir, en estados afectivos extendidos mediante la imaginación a través de un pasado y un futuro.

Así mientras las conductas emotivas son desorganizadas las conductas de los sentimientos (según Janet) serían regularizadoras.

De acuerdo con lo expuesto consideramos que está ampliamente explicado que el miedo forma parte de las llamadas emociones y como funciona conductualmente en contraposición a la furia.

1.3 FISIOLOGIA DEL MIEDO.

a) Generalidades del sistema nervioso.

b) La información en el cérebro.

c) Fisiológia del miedo.

a) Generalidades del Sistema Nervioso

"El sistema nervioso desempeña un doble papel:

1o. Pone al ser vivo en relación con el mundo exterior,- ya por el movimiento, ya por la sensibilidad.

2o. Pone en relación las diferentes partes del organismo.

Anatomía y estructura del sistema nervioso en el hombre.- Los tejidos nerviosos se forman a expensas - del ectodermo y ofrecen dos variedades:

1o. Un tejido formado de células, que constituye la substancia nerviosa gris;

2o. Nervios constituídos por fibras blancas."(1)

La célula nerviosa se compone de protoplasma granuloso y de un grueso núcleo; tiene una o varias pro-

(1) Enciclopedia Autodidactica Quillet
Edit. Aristides Quillet
Méx. D.F. 1960
Pag. 120

longaciones rotoplásmicas. Una de esas prolongaciones a diferencia de las otras, no se ramifica; adopta la forma de una varilla y se llama cilindro-eje o prolongamiento de Deiters. Las fibras nerviosas están constituídas por una reunión de estas prolongaciones.

"El conjunto de la célula nerviosa y de sus - ramificaciones es una neurona.

Distinguense dos clases de fibras;las fibras de mielina, enfundadas en un manguito de células protectoras que contienen una substancia grasa (la mielina), - y las fibras de Remak, que se prolongan dentro de una -- vaina protoplásmica sin mielina.

DIVISIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso comprende tres partes: el sistema nervioso central, los nervios y el gran simpático.

I. Sistema nervioso central.- a)Médula espinal. - La medula espinal es un largo cordón nervioso que se - extiende por el canla raquídeo desde el orificio occi-

pital hasta la segunda vertebra lubar."(1)

"Es cilindrica, pero presenta dos abultamientos, uno cervical y otro lumbar a la altura de los miembros superiores e inferiores respectivamente.

Presenta por delante un surco longitudinal ancho y por detrás un surco estrecho.

La médula espinal termina en punta en su parte inferior, donde da origen a un paquete de nervios llamados cola de caballo.

Si se practica un corte transversal de la medula espinal, distinguense en ella, desde el centro a la periferia.

1o. La substancia gris dispuesta en forma de X y cuyos extremos abultados constituyen las astas de la medula.

---

(1) IBID, Pág. 120

Las anteriores están constituidas por grandes células nerviosas motrices, cuyas prolongaciones dan origen a los nervios raquídeos. En el centro, y en toda su longitud, la substancia gris está agujerada por el canal del epéndimo.

Las astas posteriores comprenden pequeñas células sensitivas de las que nacen las raices posteriores de los nervios raquídeos; están provistas de un ganglio.

2o. La substancia blanca que forma cordones - a ambos lados de las astas;2 cordones anteriores, 2 posteriores y 2 laterales.

b) Encéfalo.- La cavidad craneana encierra -- tres órganos importantes del sistema nervioso.

1o. El cerebro,
2o. El cerebelo,
3o. El bulbo raquídeo que une la medula espinal con el encéfalo.

Bulbo raquídeo.- De la parte posterior del ce

rebro, constituida por el bulbo, parten los nervios craneanos.

El bulbo comunica por su parte inferior con el canal del epéndimo (Medula), y por su parte superior, con el cerebelo.

Cerebelo.- El cerebro posterior, o cerebelo, está compuesto de 3 lóbulos : el vermis en medio, y dos lóbulos laterales, los hemisferios cerebelosos, unidos delante por la protuberancia anular.

Con el cerebelo, la substancia gris se encuentra dispuesta en la periferia y la substancia blanca en el interior; por el aspecto arborescente de esta última se le ha dado el nombre de árbol de la vida.

A la substancia blanca afluyen 3 pares de prolongaciones que unen el cerebelo al bulbo.

Los pendúnculos inferiores, que lo unen con el bulbo;

Los pedúnculos medios, que forman, por encima del bulbo; la protuberancia anular llamada también puente de Varolio.

Los pedúnculos superiores que van a perderse entre las capas ópticas del cerebro.

Cerebro.- En el cerebro se hallan: Los dos -- hemisferios. Los cuatro tuberculos cuadrigéminos, que - son pequeñas masas redondas de substancia blanca con un núcleo gris; descansan sobre los pedúnculos cerebrales - salidos del bulbo y están colocados sobre una depresión llamada cisura de Silvio.

Entre los tubérculos cuadrigéminos está situada la glándula pineal.

Los dos tálamos opticos, unidos por una faja de substancia gris y formadas de substancia blanca que - encierra cuatro lobulos grises que son, de delante hacia atrás: lóbulos olfatorio, óptico, táctil y auditivo." (1)

---

(1) IBID. Pág., 120 y 121

El cerebro pesa de 1.200 a 1.300 gramos; está formado de substancia blanca en el interior y recubierto por una corteza gris de células piramidales. Es liso al principio de su formación, y después va formando repliegues o circunvoluciones que los dividen en diferentes lóbulos.

FUNCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

a) De los nervios.- Los nervios transmiten las excitaciones.

El nervio centrípeto conduce la impresión desde la periferia hacia el centro nervioso.

El nervio centrífugo propaga el influjo nervioso que parte del centro nervioso hasta un órgano de reacción (músculo).

" Los nervios son excitables por causas diversas:

Mecánicas, como un choque;

físicas, la electricidad por ejemplo;

químicas, entre otras, la acción de los ácidos;

fisiológicas, cuando reciben las ordenes de los centros nerviosos.

La función de un nervio no varía sino con arreglo a su terminación; los nervios llevan entonces, según la acción que desempeñan en el organismo, nombres especiales; nervios motores, aceleradores, secretores, etc.

b) De los centros nerviosos.- Las aglomeraciones de células nerviosas constituyen centros nerviosos.- Estos determinan actos reflejos, esto es, reacciones orgánicas:

1.- Ya por la influencia de un nervio centrípeto que les comunica la excitación;

2.- Ya por la acción directa, sobre la célula nerviosa, de las variaciones de nutrición.

Y los centros nerviosos actúan merced al con-

curso de los nervios centrífugos que llevan la excitación hacia el órgano." (1)

" c) Del encéfalo.-

1.- El bulbo es conductor por sus haces blancos, prolongaciones de la medula, y centro reflejo, por sus núcelos grises. Rige el corazón, las vías respiratorias y los centros secretores.

2.- El cerebelo es el centro de coordinación de los movimientos.

3.- La protuberancia anular y los pedúnculos son centros conductores.

4.- Los tuberculos cuadrigéminos están adscritos especialmente a los ojos.

5.- Los núcleos grises de los tálamos ópticos sirven a los órganos de los sentidos.

(1) IBID., PAG. 123.

6.- Los cuerpos estriados sirven de interme-- diarios para las órdenes transmitidas al cerebro.

7.- Los hemisferios cerebrales, es decir, el cerebro propiamente dicho, es la sede de los actos reflejos concientes de la voluntad, de la memoria; la susbs-- tancia gris es la materia importante. Ciertas circunvoluciones tienen sus funciones propias.

d) El Gran simpático.- Es un centro reflejo - pero capaz tan sólo de ordenar movimientos involuntarios" (1)

b) LA INFORMACION EN EL CEREBRO

Todo lo que sentimos es producto de nuestra - actividad cerebral. En el cerebro existe, la luz o el -- dolor, el goce o el miedo.

No sólo transformamos en experiencia los cam- bios energéticos que nos rodean, sino también nos damos

(1) IBID., Pág., 123

cuenta de que las poseemos.

Estos hechos tan obvios y rutinarios significan el misterio más profundo y la máxima creación porque la experiencia como tal no existe fuera de nosotros. Como misterio que resulta dificil de explicar y quizá aún tratando de hacerlo lo aquí escrito no responderá ni remotamente a todas las preguntas, pero trataremos de aproximarnos a una explicación sencilla y útil.

"Toda neurona está constituída de por lo menos tres partes; el cuerpo celular, el axón y las dendritas; cada neurona vive dentro de una capa iónica que la divide en dos compartimientos, separados por una membrana celular; que entre el exterior y el interior de esta membrana existe un potencial de reposo y que este es positivo en el exterior y negativo en el interior; que su magnitud es de aproximadamente de 70 a 90 milovolts y que se mantiene por la conservación activa de una diferencia de concentración iónica, que en el momento en que un estímulo activa una membrana neuronal, esta se modifica y que esto da como resultado la transformación del potencial de reposo, primero en un potencial local y luego, de acción; que esto último implica un cambio abrupto y

y breve (a lo más un milisegundo) de la polaridad nor-- mal que el exterior de la membrana (antes positivo) se - transforma en negativo por una entrada masiva de iónes, sodio, al interior de la célula." (1)

El cambio de polaridad se transmite con una - velocidad finita que no excede (en las fibras más rápi- das) las pocas decenas de metros por segundo. Y este cam bio eléctrico alcanza un valor de 120 mt. y, es lo que - comunica a una neurona con otra.

Los axones de una célula establecen un contac to sináptico con las dendritas o el soma de otras y que en estas provocan cambios graduados en los potenciales - de reposo, los que alcanzando cierta magnitud, hacen dis parar a los axones de las neuronas que tales excitacio-- nes reciben.

Tanto las neuronas como los axones y dendri- tas flotan en un espacio tridimensional y continuamente estan recibiendo, transmitiendo y alterando la actividad

(1) GRINBERG, JACOBO
"Nuevos Principios de Psicologia Fisiologica"
Edit. Trillas Mex. 1976. Pág. 15

eléctrica por medio de la cual se comunican.

La comunicación en ese medio es digitalizada y la magnitud de un estímulo se transforma en frecuencia de potenciales de acción.

Cualquier evento externo se transforma en actividad eléctrica y la representación del mundo esta construida con base en los cambios de potenciales de reposo y transmisión de potenciales de acción a través de las redes nerviosas.

Como resultado de la activación tridimensional de millones de elementos neuronales, se producen campos de interacciones, los cuales no son otra cosa más que la comunicación entre todas y cada una de las neuronas, axones y dendritas, que constituyen las redes neuronales.

Las redes difieren en sus características; que algunas son convergentes, otras divergentes y otras más se extienden en su vecindad lateral. Algunos efectos de transmisión sináptica son facilitadores y otros inhibidores y que la interacción de facilicitación e in

hibición decide, en última instancia, la respuesta específica de las neuronas.

A través de estas pequeñas estructuras llega a nuestro cerebro la comunicación del mundo externo.

De la información que llega al cerebro la mas importante en función a nuestra tésis son:

a) LA LUZ
b) SONIDO
c) OTROS SENTIDOS
d) IMAGINACION

Que a continuación trataremos de explicar brevemente de acuerdo con Jacobo Grinberg.

LUZ.

La información de un objeto luminoso está contenida en la frecuencia, amplitud y características de - fase de las ondas electromagnéticas o fotones que provienen de él.

La fisiología y bioquímica de nuestra retina ponen en acción sus componentes, ante un rango restringido de estimulación "luminosa". Por tanto, la información fuera de este rango no es utilizada por el cerebro.

Lo que resta, es decir, la información "retiniana" manejable y transmisible, sufre una serie de transformaciones que dan como resultado una activación de fibras nerviosas, que viajan a través de los axones del nervio óptico.

La información, en cuanto potenciales de acción es resultado de los cambios bioquímicos que ocurren en los receptores retianos, así como en las interneuronas con las que se conectan, y en los axones de salida de la retina.

SONIDO.

Las ondas sonoras, cambios de presión en el aire o en un líquido o sólido, activan un organo sensorial que las transforma, primero en vibraciones de su membrana timpánica, seguidas de un movimiento de palancas óseas que a su vez provocan cambios de presión en

un líquido contenido en el oído interno, que activa los-receptores auditivos. Estos, al recibir el cambio de presión, transforman la energía contenida en los movimientos del líquido, en cambios eléctricos que viajan en los axones del nervio auditivo potenciales digitalizados, similares a los que transmiten las fibras del nervio óptico.

OTROS SENTIDOS.

Trátase de sustancias solubles que al ponerse en contacto con la lengua provocan la sensación de "gusto", o de volátiles que al activar las células olfatorias dan lugar a las sensaciones del "olor", o aún de cambios mecánicos que se transforman en la sensación de "tacto", "presión" y "vibración", en todos los casos ocurren las mismas transformaciones energéticas de la luz y el sonido.

Por lo tanto, toda información que penetra al cerebro es transformada en señales eléctricas discretas, interacciones entre estas, creación de espacio tridimensionales activos, y por último, en sensación subjetiva.

LA IMAGINACION.

Cuando en ausencia de un objeto iluminado, un cerebro es capaz de duplicar la activación geométrica -- tridimensional intracerebral provocada por el mismo, decimos que lo ha imaginado. La imaginación es uno de los muchos procesos de evocación de información; quizá el - más complejo y sofisticado, pero, a fin de cuentas, no más que eso.

En cuanto proceso evocativo, la imaginación - es el prototipo, de tal forma que si se logran comprender sus bases fisiológicas, se entenderán todos los demás.

Es experiencia común la existencia de dife- - rentes clases de evocación de información almacenada. -- Una de ellas es el fenómeno asociado con ahorro en el - aprendizaje; una segunda clase involucra el reconocimiento de un complejo de estímulos; una tercera ocurre cuando el nombre de un objeto, o por el contrario, cuando la información verbal acerca de él, da lugar a una imágen - suya.

Finalmente existe una clase reintegrativa de evocación en la que es alcanzable la reconstrucción completa de una experiencia pasada.

Todas aparecen como consecuencia de la presentación de un estímulo previamente asociado que ahora es capaz de disparar la activación de un almacen de memoria.

Si la información en el sistema nervioso consiste en patrones específicos de activación neuronal, entonces el estímulo que logra dispararla evocación debe ser capaz de activar estos patrones. Este tipo específico de evocación depende de la capacidad del estímulo para duplicar en una forma más o menos completa el patron exacto.

Estos quiere decir que los patrones neuronales activados durante de la percepción de un objeto, aparecen durante la recuperación de la información almacenada y asociada con el mismo. Como hemos visto, cada objeto que es percibido se transforma a nivel de la retina en un patron de activación neuronal complejo.

c.- FISIOLOGIA DEL MIEDO

W. Cannon, el filósofo de la Universidad de - Harvard, estudió la fisiología del miedo de forma elemental. Presentaba a un gato y a un perro y seguía la reac - ciones de uno y de otro.

Y explica esto minuciosamente, presenta el gato; pelo erizado, pupila llameante, aullido y refunfuño, taquicardia, descargas de orina y descargas digestivas.

" La respiración se hace más profunda. El corazón late mas aprisa, la presión arterial, sube, la sangre es desviada del estomago hacia el corazón hacia el - sistema nervioso y músculo. El hígado descarga su reserva de azúcar en la sangre, el bazo se contrae y descarga su reserva de glóbulos rojos, la médula suprarrenal se - descarga de adrenalina. Todo pasa a la sangre."(1)

---

(1) A. Oriol, Anguera.
"Antropologia del miedo".
Edit. Libros de ayer, de hoy y de siempre,
Méx., D.F. 1974.
Pag. 44.

"Preparación del animal para luchar. Al sentir de Cannon, estas reacciones son las determinantes de la "colera". Son respuestas preparatorias para la lucha. -- Son precauciones que colocan el organismo en condiciones "adecuadas". (1)

Para el fisiólogo de Harvard en toda reac- - ción de ira, cólera o miedo hay dos componentes; una química y otra nerviosa. La química estaría encargada a las glandulas suprarrenales, la nerviosa al sistema nervioso simpático.

"La adrenalina segregada coopera con los im-- pulsos del sistema nervioso simpático, al vaciamiento -- del glucógeno almacenado en el hígado.

La sangre circulante, con más azúcar, sera -- más apta para el sostén de los músculos en actividad.

La sangre es desviada de los órganos abdomina

(1) IBID, Pág. 45

les e irá en mayor abundancia al corazón, al encéfalo y a los miembros; es decir se distribuirá por las partes - esenciales para el esfuerzo físico."(1)

"Y se provee al organismo de oxígeno.

La respiración acrecida, la sangre redistri-- buida a presión más alta, y el mayor número de glóbulos rojos (liberados por el bazo), son tres factores que pro veen del oxígeno necesario para respirar y para destruir los residuos ácidos. " (2)

"Brevemente, todos estos cambios son directa-- mente útiles y hacen al organismo más eficiente en el -- violento despliegue de energía que el miedo o la cólera representan." (3)

(1) IBID., Pág., 44
(2) IBID., Pág.,45.
(3) IBID., Pág.,45

C A P I T U L O II

DOLOR

2.1 Psicofisiología del Dolor

2.2 Transmisión de los Impulsos Dolorosos

2.3 Percepción y Reacción

2.4 Umbral del Dolor

DOLOR

2.1 PSICOFISIOLOGIA DEL DOLOR.

El miedo adopta muchas formas y variantes. -- Nuestro miedo difiere en intensidad y caracter según - las diversas edades. Pero hay un miedo común universal - que permanece invariablemente aunque se agigante nuestra experiencia, y éste es el miedo al dolor. No hay grupo - edad, estructura física o sexo que esté libre de la an-- siedad producida por el miedo, sea éste real o imaginario.

Las primeras ideas de dolor se asocian siem-- pre con las sensaciones físicas que le acompañan. Dolo-- res de oído o de muelas, la agonía lancinante de la gota, la inflamación de los miembros o de los intestinos, las punzantes jaquecas todo esto son síntomas corporales que reflejan la enfermedad o los males de la parte orgánica afectada.

En la practica dental no existe procedimiento en operatoria que pueda realizarse absolutamente sin do- lor y el éxito del profesionista depende fundamentalmen-

te del control que tenga sobre él.

2.2 TRANSMISION DE LOS IMPULSOS DOLOROSOS.

Como sabemos los impulsos se originan en terminaciones libres y desnudas de fibras nerviosas ramificadas que están distribuidas por toda la piel, estructuras subcutáneas y vísceras. Estos impulsos se transmiten por fibras con mielina y sin mielina que van a parar a los ganglios de las raíces dorsales, ya directamente por los nervios somáticos, o bien indirectamente por los troncos y ganglios simpáticos, a través de las ramas comunicantes.

Los cuerpos de todas las primeras neuronas sensitivas se encuentran en los ganglios de las raíces dorsales, y las fibras postgangliónicas penetran por el surco pósterolateral y van a conectarse con una segunda neurona cuyo cuerpo está en el asta dorsal. Las vías de los impulsos dolorosos cruzan pronto al otro lado y ascienden por el haz espinotalámico hasta el mesencéfalo y el tálamo, donde establecen sinapsis con otras neuronas que van a terminar en la región postrolándica de la corteza cerebral.

El tálamo óptico está en estrecha relación -- con la recepción de los impulsos dolorosos de todas clases, y especialmente para el tono afectivo de las sensaciones.

DEFINICION DEL DOLOR.

Puede ser definido el dolor "como una sensación desagradable creada por un éstímulo inocuo que es allegado mediante nervios específicos hasta el sistema nervioso central, generalmente es interpretado por dos principales procesos involucrados en esta experiencia -- sensorial: Percepción del Dolor y Reacción del Dolor".(1)

2.3 PERCEPCION Y REACCION DEL DOLOR.

Hay que distinguir entre percepción del dolor y reacción frente al dolor, que son dos fenómenos dife--

(1) Dolor
Winthrop Products inc.
Nueva York, E.U.A.
Demerol - Farmacologia - Terapéutica,
1952

rentes aunque a veces hayan sido confundidos, incluso -- por algunos investigadores. Una cosa y otra es que reac cione frente a ese dolor en una forma definida.

Percepción del Dolor.- Proceso fisionatómico - por el cual el dolor es recibido y transmitido a través de mecánismos neurológicos, desde los organos receptores sin incluir el tálamo.

Esta fase del dolor surge anatómicamente des- de las terminaciones libres o receptoras del dolor y las fibras sensitivas aferentes que conducen los impulsos. - Estas son terminaciones nerviosas desnudas, en su mayor parte fibras no meduladas, que pueden tomar la forma de delicados rulos o un largo plexo capilar desnudo y son - llamados nociceptores. Estas terminaciones nerviosas sen sitivas se encuentran en dos tipos: fibras de grueso diá metro para la rápida conducción del dolor agudo y fibras de diámetro delgado para la lenta conducción de un dolor sordo.

La fibra nerviosa que forma un nervio aferen- te constituye una vía separada por la cual los impulsos

son transmitidos hacia el sistema nervioso central. Cada vía es una unidad y el conjunto de miles de unidades agrupadas constituye el tronco de un nervio aferente. Cada unidad puede ser estimada individualmente hasta que todas juntas sean afectadas.

Antes de que haya algún dolor debe tener lugar un cambio ambiental en la excitabilidad de los tejidos vecinos. Este cambio es referido a un estímulo, que puede ser eléctrico, térmico, químico o de naturaleza mecánica, y puede ser de intensidad suficiente para excitar las terminaciones nerviosas libres. Tan pronto se alcanza esta mínima intensidad, las terminaciones nerviosas libres son excitadas y un impulso es creado. Este impulso u onda de excitación, cuya difusión a lo largo de la fibra nerviosa es auto propaganda y de igual intensidad es diferente al grado de estimulación y es conocido como la Ley del Todo o Nada, revelando que un umbral de estimulación creado por un impulso fuerte, siendo transmitido lo más rápido posible, obtendrá mayor respuesta que un estímulo mucho más fuerte pero sin ese cambio ambiental previo.

Los seres humanos son capaces de experimentar una variedad de sensaciones que se adicionan al dolor,- cada una de ellas está regida por un tipo específico de terminación sensitiva, de este modo los receptores para el dolor, temperatura y tacto se hallan separados e independientes.

REACCION AL DOLOR.

Como mencionamos anteriormente la reacción al dolor son aquellas manifestaciones que presenta el pa- - ciente cuando tiene contacto con una experiencia física desagradable. Estas reacciones abarcan la parte poste- - rior del tálamo y la cortèza cérebral y significan factores físicos, neuroanatomicos y psíquicos. Estas reacciones difieren de pacientes a paciente y el choque doloroso provoca diferentes conductas.

Las manifestaciones generales son: gritos, alteraciones respiratorias, taquicardía, sudoración, vómito, desmayo. etc.,etc.,

2.4 UMBRAL DEL DOLOR.

"El umbral del dolor es el menor dolor que reconocerse como tal" (1)

El umbral del dolor no solo depende de la percepción sino también de la reacción del dolor y toda alteración en la tolerancia del paciente depende de los factores neuroanatomicos y fisiológicos que rigen la reacción del dolor.

Los numerosos factores que alteran el umbral del dolor son:

a) cambios hísticos.
b) influencias psíquicas.
c) dolores
d) analgésicos.

Efecto de los cambios hísticos.- El umbral del dolor puede alterarse cuando cambian las condiciones de los tejidos y en la piel; el sudor, la temperatura, las lesiones hacen variar el umbral. Lo mismo sucede con

(1) IBID., Pág., 30

las lesiones nerviosas centrales o perifericas, en las vías de conducción o en las zonas de proyección dolorosa.

Efecto de los factores psíquicos.- Se ha observado en estudios hechos al respecto que el umbral se eleva cuando se distrae la atención del paciente; cuando éste se convence de que no va a sentir dolor; cuando estaba bajo influencia hipnótica ó sugestión.

Dolores.- Hardy, Wolff, y Goodell demostraron que un dolor natural, o provocado, eleva el umbral de otros dolores simultáneos o preexistentes, este hecho explica porque una persona siente alivio mordiendose los labios o clavandose las uñas en las palmas de las manos, cuando quiere combatir un dolor.

Analgesicos.- Es un medio farmacológico ampliamente conocido para elevar el umbral del dolor, del cual se deben tener conocimientos adecuados para auxiliar al paciente en forma útil y oportuna.

"Hay una diferencia marcada entre la naturaleza de los dolores superficiales y de los profundos. El -

superficial es en general un dolor vivo, que incita a la acción a pelear o a huir, porque está en la actitud que procura la mayor protección contra los peligros externos En cambio, el dolor profundo es un dolor sordo,que deprime e incita al reposo.

El dolor cutáneo ocasiona movimientos rápidos, taquicardía y sensación de aumento de vigor. El dolor profundo, por el contrario, produce bradicardia, caída de la presión arterial, sudor y, muy a menudo, náusea, la cual, aparentemente, nunca se presenta en los dolores cutáneos.

Otra diferencia entre los dolores superficiales y los profundos es que los primeros pueden localizarse con precisión y están bien delimitados; en cambio,los dolores profundos son difusos y se irradian a otras zonas distintas de donde se originó el dolor, dando lugar a los dolores referidos.

En relación con el umbral, los dolores superficiales y los profundos son muy semejantes. Se ha comprobado que el umbral de los dolores profundos es cons--

tante para un mismo individuo.

Está y otras propiedades, que revelan la semejanza de ambos umbrales de dolor, permiten suponer que en este sentido "las conclusiones derivadas del estudio de los dolores superficiales sean aplicables también a los dolores profundos".(1)

(1) IBID., pag. 43

C A P I T U L O III

INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DEL MIEDO AL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

3.1 Planteamiento de la Investigación

3.2 Recolección de Datos

3.3 Elaboración de los Datos

3.4. Análisis de los Datos.

INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DEL MIEDO AL TRATAMIENTO - - ODONTOLOGICO

DISEÑO DE INVESTIGACION.

Optamos por el diseño de investigación pro- - puesto por R. POZAS que propone las siguientes etapas.

I.- Planeamiento de la investigación.
II.- Recolección de datos.
III.- Elaboración de los datos.
IV.- Análisis de los datos.

DESARROLLO DE CADA ETAPA

I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.- Planteamiento del problema:

¿Porque existe miedo al tratamiento Odon- lógico?

2.- Elaboración de Hipótesis:

"Existen en México diversos factores inde pendientes al dolor, que provocan miedo - al tratamiento odontólogico".

3.- Conceptos o variables.

- MIEDO Se verifica por medio de investigación documental en el primer capítulo.

- DOLOR Se realiza el mismo proceso que la variable anterior en el segundo capítulo.

- DIVERSOS FACTORES QUE PRODUCEN EL MIEDO.- Se verifica a través de técnicas de observación y cuestionario.

CAMPO DE INVESTIGACION

Se limita al area de adscripción de la Clínica número siete que esta contenida en:

LIMITES DE LA CLINICA No. 7

La zona que comprende la Clínica No. 7 se inicia en la parte sur de la Unidad Hidalgo (sin comprender esta) en el camino a Santa Teresa en lo que recorre a toda su longitud por la parte Sur hasta la avenida Insurgentes Sur, por lo que continúa en la parte suroeste -- "números nones" hasta la Calle de Moneda, se dirige hacia el norte por el Callejon de Carrasco hasta la Avenida San Fernando, durante una cuadra por su parte suroeste para alcanzar la Avenida de las Fuentes, rodea para seguir por Tesoreros y 13 Oriente hasta el Anillo Periférico sigue por este en su acera Sur hasta el Trebol de Cantil del Pedregal, por el que se comunica a la Liga Insurgentes Tlalpan, sigue por la acera noroeste y alcanza por la calle de Chicomoxtoc a la calle de Toltecas en la Colonia Ajusco y de ahí recorre Tepalcatzin, hasta llegar a Popocatepetl, continúa hasta el Centro Asturiano al que rodea para seguir por la calle de Diego Rivera Xóchitl y Juárez, cruza División del Norte y llega a la Calzada de Tlalpan donde sigue hasta Tezozomoc y -- Origá, por la que continúa hasta Canal de Miramontes, de ahí se dirige a la calle de Amacuzac y continua por

Ejido hasta llegar a la Calzada de la Virgen, para se- - guir por está hasta el Canal de Garay, del cual continúa por el Canal Nacional hasta Cuemanco, al inició del Periférico Sur. Los demás límites, Oriente, Sur y Poniente,- lo forman lineas imaginarias que pasan rodeando los puntos más lejanos que pertenecen a la clínica y que son - los Pueblos de San Luis Tlasialtemanco, San Pedro Actopan, San Pablo Oxotepec, San Fco. Tlanepantla, Topilejo, La Cima, Pueblos de Ajusco, Col. Miguel Hidalgo hasta -- llegar al Camino de Sta. Teresa al punto de partida.

Consideramos que es una area en la que se encuentran niveles sociales y culturales bastante heterogeneos, que nos permiten una muestra representativa respecto a una area geográfica del Distrito Federal.

4.- Muestreo

La muestra fue aplicada a la población adulta adscrita a la Clínica número siete del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta asciende a un número total de 112, 119 - derechohabientes; de los cuales corresponden a la población infantil 59,748 y a la población adulta 52,371 (a quien se aplicó).

Para obtener la muestra que diera suficientes caracteristicas de representatividad y fidelidad, se utilizó la siguiente acuación:

$$N = \frac{2^2 \quad p.\ q}{E^2} = 1004 \text{ encuestas}$$

II.- RECOLECCION DE DATOS.-

1.- TECNICA DE INVESTIGACION

a).- OBSERVACION.- Esta se utilizó rutinariamente ya que es el medio en el que se desenvuelve el - investigador y fue de gran auxilio para la realización - del marco teórico y el cuestionario.

b).- FUENTES DOCUMENTALES.- Las fuentes que - se utilizaron para obtener la información suficiente fueron:

Bibliotecas

Hemerotecas

Revistas de asociaciones dentales.

c).- ENCUESTA.-

Le han hecho cirugía menor Si_____ No _____

Que tipo de cirugia menor _____

Ha tenido tratamiento odontologico Si _____ No____

El tratamiento Odontologico que ha tenido le ha producido: Mas _____ Menos_____ igual temor_____

Por que? Diga cinco motivos:

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

Edad

Sexo

Escolaridad

Ocupación

Se realizó la anterior encuesta piloto a 100 pacientes con preguntas abiertas en las que, por no tener clara la hipótesis se trato de relacionar el miedo - al dolor en odontologia, con el miedo a distintas clases de cirugia menor, los resultados fueron los siguientes:

Menos miedo al tratamiento odontológico que a la cirugía menor	45 %
Igual temor a ambas.	30 %
Mas temor al tratamiento - Odontológico.	25 %

Las causas por las que decian sentir temor - fueron:

- Al dolor
- A la anestesia - inyecciones
- Ruido del aparato,
- Al mal trato del dentista

- Molestias por la luz.
- Molestias por el tiempo excesivo de espera
- Molestias después de la anestesia y otras de menor importancia.

Se puede observar, que la comparación entre - cirugia menor y tratamiento odontológico, no tenían relación para el paciente. Consideran a la atención dental - como algo aislado y no comparativo por lo que no se pudo utilizar esta pregunta en la encuesta final.

De las respuestas se infiere que si existe un alto grado de temor al tratamiento dental como algo aislado; sobre todo por el dolor, aunado a factores secundarios como son: la luz, el ruido del motor, tiempo de espera que acrecenta el nerviosismo del paciente etc. Los datos anteriores fueron de mucha utilidad para la siguientes encuesta.

En cuanto a la relación con la edad, sexo, escolaridad y ocupación, no se encontraron datos significativos.

En vista de que el temor al tratamiento odontológico, era también obvio, se consideró conveniente enfocar la encuesta hacia los motivos de su temor.

La encuesta piloto sirvió de base para la final, que se presenta a continuación:

CUESTIONARIO SOBRE TRATAMIENTO ODONTOLOGICO
U. N . A. M.

El presente cuestionario tiene por objeto conocer su opinión sincera respecto al tratamiento dental, y para que ustad exprese libremente lo que piensa, - no se solicita nombre ni identificación.

Consideramos que sus respuestas son muy valiosas y le agradecemos anticipadamente su amable colaboración.

A CONTINUACION MARQUE CON UNA CRUZ LAS RESPUESTAS QUE CONSIDERE VERDADERAS.

1.- Cuando acude usted al dentista? (marque solo una respuesta)

a.- A limpieza dental en forma rutinaria _____

b.- Cuando descubre usted que tiene caries _____

c.- Cuando el dolor es insoportable _____

2.- Qué siente usted respecto al tratamiento dental? (marque solo una respuesta)

a.- Le agrada _____

b.- Le es indiferente _____

c.- Se sobrepone al temor por su salud _____

d.- Sólo acude al dentista en caso de mucha molestia por el temor que le tiene _____

3.- Cuando era niño: (marque las dos respuestas)

a.- En la escuela le explicaron la atención que debía darle a sus dientes? SI _____ No_____

b.- En su hogar se lo explicaron Si _____ No_____

4.- Del tratamiento dental, qué es lo que le molesta? (contestar todas)

a.- La Luz Si _____ No_____

b.- El sillón dental Si _____ No_____

c.- La inyección Si _____ No_____

d.- La anestesia Si _____ No _____

e.- La molestia que queda de la anestesia Si _____ No _____

f.- El ruido del motor del aparato dental Si _____ No _____

g.- Tener mucho tiempo la boca abierta Si _____ No _____

h.- Los dentistas que lo han tratado en forma inadecuada. Si _____ No _____

5.- Si pudiera cambiar algo de lo que más le molesta, que cambiaría?

_____

_____

_____

Cómo realizaría este cambio? _____

_____

_____

_____

Edad _____

Sexo _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

De este cuestionario se obtuvieron los siguientes resultados:

1.- CUANDO ACUDE AL DENTISTA ?

	RESPUESTAS	PORCENTAJE
a) A limpieza dental en forma rutinaria	179	17.82 %
b) Cuando descubre usted que tiene caries	345	34.36 %
c) Cuando el dolor es insoportable	448	44.62 %
No contesto	32	3.18 %
TOTAL	1004.	100 %

La intención de esta pregunta fue comprobar la resistencia al tratamiento dental lo que fue ratificado plenamente, ya que el mayor porcentaje de personas que se presentan al consultorio dental (44.62%) solo acuden cuando el dolor es insoportable.

2.- QUE SIENTE USTED RESPECTO AL TRATAMIENTO DENTAL.-

	RESPUESTAS	PORCENTAJE
a) Le agrada	148	17.74 %
b) Le es indiferente	112	11.15 %
c) Se sobrepone al temor por su salud.	294	29.28 %
d) Solo acude al dentista en caso de mucha molestia por el temor que le tiene.	420	41.83 %
No contesto	30	2.98 %
TOTAL.	1004	100 %

La mayor parte de los entrevistados (41.83 %) acuden al dentista solo en caso de mucha molestia por el temor y un porcentaje menor (29.28 %) se sobrepone al temor por su salud lo cual asevera francamente el miedo al tratamiento odontologico.

3.- CUANDO ERA NIÑO:

	RESPUESTAS SI		RESPUESTAS NO		SIN RESPUESTA	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
a) En la Escuela le explicaro la atención que deberian darle a sus dientes?	635	63.24%	291	28.98%	78	7.76 %
	TOTAL		1004 = 100%			

	RESPUESTAS SI		RESPUESTAS NO		SIN RESPUESTA	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
b) En su hogar se lo explicaron.?	593	59.06%	297	29.58%	114	11.36 %
	TOTAL		1004 = 100%			

Esta pregunta se aplicó únicamente como control para inferir si la parte de orientación afecta en el tratamiento odontológico y dada la falta de comunicación que se observa al respecto, lo anterior se ratifica.

4.- DEL TRATAMIENTO DENTAL, QUE ES LO QUE MAS LE MOLESTA?

	RESPUESTAS SI No. Respuestas	PORCENTAJE	RESPUESTAS NO No.Respuestas	PORCENTAJE	SIN RESPUESTA No.Respuestas	PORCENTAJE
a) La Luz	10	0,99 %	793	79,98 %	201	20,01 %
b) El sillón dental	80	7,96 %	712	70,91 %	212	21,11 %
c) La inyección	574	57,17 %	280	27,88 %	150	14,94 %
d) La anestesia	283	28,18 %	464	46,21 %	257	25,59 %
e) La molestia que queda de la anestesia	401	39,94 %	403	40,13 %	200	19,92 %
f) El ruido del motor del aparato dental	495	49,30 %	334	33,26 %	175	17,43 %
g) Tener mucho tiempo la boca abierta	397	39,54 %	404	40,23 %	203	20,21 %
h) Los dentistas que lo han tratado en forma inadecuada	350	34,86 %	465	46,31 %	189	18,82 %
TOTALES						

Como puede observarse, el mayor número de porcentaje en cuanto a molestia, se refiere a la inyección con el 57,17 %, continua con la molestia del ruido del aparato dental con el 49,30% y en tercero y cuarto lugar con el 39% la molestia que queda de la anestesia y tener mucho tiempo la boca abierta.

5.- SI PUDIERA CAMBIAR ALGO DE LO QUE MAS LE MOLESTA QUE CAMBIARIA.

	RESPUESTAS	PORCENTAJE
Inyección.	167	28.44 %
Ruido del Motor	154	26.23 %
Mal trato del dentista	108	18.39 %
Molestia de la anestesia	53	9.02 %
El dolor.	36	6.13 %
Tener mucho tiempo la boca abierta	17	2.89 %
Esperar mucho al dentista	12	2.04 %
Todo	8	1.36 %
La Luz.	8	1.36 %
El sillón	7	1.19 %
No extraer piezas	5	0.85 %
El olor desagradable.	4	0.68 %
El material de obstrucción.	2	0.34 %
La sangre.	2	0.34 %
El sabor.	1	0.17 %
El malestar.	1	0.17 %
Los malos trabajos	1	0.17 %
Las caries	1	0.17 %
TOTAL	587	100 %

Las primeras seis respuestas a la pregunta cinco coinciden totalmente con la anterior lo que prueba que existe un conocimiento total por parte de los pacientes a las causas que identifican con el dolor en el tratamiento odontológico.

NOTA: Se colocaron las respuestas de mayor a menor número obtenido y no como se aplico la encuesta para que fuera mas clara su comprensión.

COMO REALIZARIA ESTE CAMBIO.

	RESPUESTAS	PORCENTAJE
Que no haga ruido el aparato	79	20.05 %
Buen trato de parte del dentista	73	18.25 %
Cambiar la anestesia por otro método.	56	14.21 %
Spray en lugar de anestesia	39	9.89 %
Eliminar la inyección	24	6.09 %
Mejor preparación del dentista	23	5.83 %
Mejor anestesico local antes de la inyección.	19	4.82 %
Mejores trabajos	15	3.80 %
Más rápido el tratamiento	15	3.80 %
Explicación del dentista sobre el tratamiento	13	3.29 %
Quitar el dolor	7	1.77 %
Quitar el olor	5	1.26 %
Luz que lastime menos	5	1.26 %
Que el dentista oriente sobre cerrar la boca cuando no es necesario tenerla abierta	4	1.01 %
Cambiar los aparatos	3	0.76 %
Sillón más comodo	3	0.76 %
Inyección glutea o en el brazo	3	0.76 %
Cambiar el sabor de los anestésicos	3	0.76 %
Anestesia más rápida.	1	0.25 %
Más habilidad del dentista y mejor técnica.	1	0.25 %

Que no duela al quitar la caries	1	0.25 %
Utilizar acupuntura.	1	0.25 %
Utilizar otro material de obturación	1	0.25 %
TOTAL.	394	100 %

Nuevamente las primeras 6 respuestas; cinco nos ratifican las principales causas con las que los pacientes identifican su temor al tratamiento dental y aunque la parte de sugerencias no enuncia realmente como se remediarían estos problemas, apoya las respuestas obtenidas en la pregunta cinco y cuatro.

E D A D

	PERSONAS	PORCENTAJES
16 a 20 años	285	28.15 %
21 a 25	177	19.30 %
26 a 30	164	17.88 %
31 a 35	108	11.77 %
36 a 40	95	10.35 %
41 a 45	37	4.03 %
46 a 50	30	3.27 %
51 a 55	20	2.18 %
Más de 56	28	3.05 %
TOTAL	917	100 %

Las personas entrevistadas en su mayoria fluctuan entre diez y seis y cuarenta años.

S E X O

FEMENINO	596	59.36 %
MASCULINO	294	29.28 %
SIN CONTESTAR	114	11.35 %
TOTAL	1004	100 %

Como puede observarse la mayor parte de asistentes a la clínica son del sexo femenino.

ESCOLARIDAD

	PERSONAS	PORCENTAJE
Ninguna	158	15.73 %
De primero a tercero de primaria	56	5.47 %
De cuarto a sexto de primaria.	271	26.99 %
Secundaria	198	19.72 %
Carrera Técnica	86	8.56 %
Preparatoria	71	7.07 %
Profesional	53	5.27 %
Sin respuesta	112	11.15 %
TOTAL	1004	100 %

Solo el 15.73 % de los entrevistados carecen por completo de educación académica.

OCUPACION

	PERSONAS	PORCENTAJE
Hogar	349	34.76 %
Estudiante	167	16.63 %
Empleado	167	16.63 %
Obrero	95	9.46 %
Sin respuesta	88	8.76 %
Sin ocupación.	56	5.57 %
Maestro	26	2.58 %
Enfermera	19	1.89 %
Secretaria	16	1.59 %
Chofer	8	0.79 %
Pensionado	5	0.49 %
Educadora	2	0.19 %
Trabajadora Social	2	0.19 %
Campesino	2	0.19 %
Albañil	1	0.09 %
Deportista	1	0.09 %
TOTAL	1004	100 %

RESULTADOS OBTENIDOS

De acuerdo a la elaboración de la hipótesis - que sostiene "Existen en México diversos factores inde-- pendientes al dolor que provocan miedo al tratamiento -- odontológico" encontramos:

1) El temor al dolor durante el tratamiento odontologico está plenamente tratado en el segundo capítulo.

2) La resistencia al tratamiento dental por temor al dolor es francamente provada en las respuestas a las -- preguntas uno y dos que demuestran que la mayoría de las gentes acuden al dentista solo cuando la molestia es insoportable.

3) Las respuestas a la pregunta número tres nos muestran la poca importancia y escasa educación que existe en nuestro país respecto al cuidado y atención dental, - lo que constituye un factor adyacente para la resis-- tencia al tratamiento odontológico.

Aunado a la falta de educación dental, en la

pregunta¿como realizaría este cambio?, las personas entrevistadas solicitan "explicación del dentista sobre el tratamiento" de lo que se infiere una falta de orientación por parte del Cirujano Dentista.

4) Las respuestas a las preguntas cuatro y cinco coinciden en su mayoría en que las principales molestias que se suman al dolor son:

Inyección
Ruido del motor
Molestia de la anestesia
Tener mucho tiempo la boca abierta.

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

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

1.- Los pacientes que se someten a tratamiento odontológico, esperan en forma inminente, cierto grado de dolor.

2.- Las personas generalmente asisten a consulta dental, debido a presiones dolorosas.

3.- Existe importante asociación entre los sucesos que ocurren durante el tratamiento dental y el dolor.

4.- Los factores adyacentes al dolor durante el tratamiento dental que acrecientan las molestias, están plenamente identificados por los pacientes.

5.- Definitivamente existe rechazo al tratamiento dental.

6.- El trato del Cirujano Dentista y el grado de confianza que despierte en el paciente, influye preponderantemente en el umbral del dolor.

7.- Las principales molestias que expresan los pacientes

son:

Inyección

Ruido del Motor

Molestia de la anestesia

Mantener durante mucho tiempo la boca abierta

Trato inadecuado del Cirujano Dentista.

S U G E R E N C I A S

S U G E R E N C I A S

Nuestra intención está muy lejos de dar soluciones fantásticas a las molestias que sufren los pacientes durante el tratamiento dental, pero si nos interesa que nuestra profesión se supere, alcanzando el nivel teórico y práctico que le corresponde y ésto sólo es posible cuando existe verdadero interés de los cirujanos dentistas y habilidad para proyectarlo, interés que, cuando es empleado con conocimiento de la realidad en que se desenvuelve y técnicas adecuadas, están en posibilidad de planear verdaderas estrategias que nos superen como profesionales.

Las proposiciones que haremos es éste capítulo, serán generales, pero indispensables para tratar de evitar al máximo las molestias durante el tratamiento odontológico.

Sintetizaremos como proposiciones para un tratamiento odontológico más adecuado las siguientes:

1.- Conocimiento profundo de la idiosincracia de la po--

blación que trata el Cirujano Dentista.

2.- Preparación académica psicológica, sobre el comportamiento y reacciones de los individuos sometidos al - estress del tratamiento dental.

3.- Verdadera vocación profesional del Cirujano Dentista para manejar adecuadamente la emotividad de sus pa-- cientes.

4.- Actuación altamente profesional y actitudes así como presencia física que comunique al paciente seguridad.

5.- Preparación profesional constante del C.D. que le permita mejorar sus técnicas de tratamiento.

6.- Constante intercambio de conocimientos profesionales con otros paises por medio de becas.

7.- Superación en la unión y compañerismo de los cirujanos dentistas que permita una mayor comunicación de conocimientos entre colegas a los diferentes niveles.

8.- Promoción universitaria en la investigación de nuevas técnicas en el tratamiento odontológico por todos los medios posibles como convocatorias, concursos, etc.

9.- Educación infantil que favorezca la inclinación hacia el tratamiento dental y el control conciente de las molestias que pueda causar.

10.- Comunicación masiva y constante por todos los medios de difusión a la población, sobre el cuidado dental.

11.- Nulificación de las técnicas obsoletas que aún usamos en México, tales, como; ruido del aparato dental, ausencia de anestesicos locales potentes previos a la inyección, etc.

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

1.- Anderson, Jonathan y otros: "Redacción de Tesis y Trabajos Escolares" Editorial Diana, México, -- 1974.

2.- Anguera A. Oriol: "Antropologia del Miedo", - Editorial Libros de ayer, - de hoy, y de siempre, México, 1974.

3.- Ries Centeno, Guillermo: "Cirugia Bucal" Editorial,- El Ateneo, Buenos Aires, -- 1973.

4.- Coleman L. Lester: "Liberación del Miedo",Editorial C.E.C.S.A. México, - 1975.

5.- Diel, Paul: "El Miedo y la Angustia", - Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1975.

6.- Grinberg Zylberbaum, Jacobo: "Nuevos Principios de Psicología Fisiológica", Editorial Trillas, México 1976.

7.- Gorlin J. Robert: "Patología Oral", Editorial Salvat, Barcelona, 1975.

8.- McElroy L. Donald: "Diagnóstico y Tratamiento Odontológicos", Editorial - Interamericana, México 1971.

9.- Moore L., Keith: "Embriología Básica", Editorial Interamericana, México 1975.

10.- Pardinas, Felipe: "Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales", Editorial Siglo -- XXI, México, 1970.

11.- Quillet, Aristides: "Enciclopedia Autodidactica Quillet", Editorial Quillet México, 1960.

12.- Ritacco, Araldo Angel; "Operatoria Dental, Modernas Cavidades", Editorial - Mundi, Buenos Aires, 1972.

13.- Skinner E., James: "Neurociencia", Editorial - Trillas, México, 1975

14.- Tecla J., Alfredo: "Teoría, Métodos y Técnicas en la Investigación Social", Editorial Cultura Popular, - S.A., México 1976.

15.- Winthrop Products Inc.: "Dolor", Editorial Winthrop Products Inc., Nueva York, - 1952.