



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Impacto social del dolor orofacial en niños de 7 a 12 años que asisten a la D.E.P.I. de la Facultad de Odontología de la UNAM

T E S I S
que para obtener el título de
CIRUJANA DENTISTA
P r e s e n t a

Liliana Diaz Loxa

Tutor: Mtro. Javier de la Fuente Hernández



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

A Dios que es la luz de mi vida

A mi madre Ma. Del Refugio Loza Serrano que con su infinita entrega y amor me ha enseñado que todo es posible mientras nunca desistas

A mi padre Felipe Díaz Azuara a quien admiro y quiero con toda mi alma

A mi hermano Luis Felipe que es mi historia, mi sangre y mi amigo más querido

A mi adorado esposo Agustín porque su amor me inspira a realizar mis sueños, él es mi vida, y mis alas. Gracias por tu apoyo.

***A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología
que me han abierto las puertas***

***Al Mtro. Javier de la Fuente Hernández por su excelencia como ser humano y
maestro, mi sincera gratitud por su confianza y amistad***

***A todos mis amigos, en particular a mi gran amiga Paola Bastida que siempre me
ha animado a seguir adelante***

A todos mis tíos y primos, en especial a Mónica que es como una hermana

A Orfa y Agustín Palacios Roji por su cariño y sus consejos

ÍNDICE

I INTRODUCCIÓN pag. 1

II MODELO MÉDICO pag. 1

III MODELO SOCIAL pag. 12

IV DOLOR OROFACIAL pag. 19

V SALUD Y MEDICINA pag. 22

VI SALUD Y ODONTOLOGÍA CONTEMPORANEA pag. 25

VII ANTECEDENTES pag. 27

VIII PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA pag. 41

IX JUSTIFICACIÓN pag. 43

X HIPÓTESIS pag. 44

XI OBJETIVO GENERAL pag. 44

XII OBJETIVOS ESPECÍFICOS pag. 44

XIII METODOLOGÍA pag. 45

XIV RESULTADOS pag. 48

XV DISCUSIÓN pag. 64

XVI CONCLUSIÓN pag. 69

XVII REFERENCIAS pag. 71

XVIII ANEXO 1 pag. 75

INTRODUCCIÓN

El dolor es un problema muy importante de salud pública,³⁰ también el síntoma más común de las enfermedades bucales y puede tener un impacto significativo tanto en el individuo como en su comunidad.^{40,42} A pesar de esto, muy poco es conocido sobre el impacto social de los padecimientos bucales. Mientras una gran cantidad de estudios documentan acerca de las influencias psicológicas, funcionales y sociales de diferentes desordenes físicos, tan solo unos cuantos estudios evalúan las consecuencias de las condiciones dentales.^{25,27} Esto lo vemos reflejado en las mediciones comunes del estado de salud bucal, las cuales son casi exclusivamente índices clínicos diseñados para reportar la naturaleza en la extensión de las enfermedades, y la necesidad de tratamiento.^{25,27, 30}

La odontología no ha desarrollado todavía indicadores sociales capaces de cuantificar la extensión de la incapacidad o desadaptación provocada por las condiciones bucales. Recientemente, un gran número de autores han discutido la necesidad de dichos índices y su función en la planeación del cuidado de la salud y la evaluación de la misma.³⁰

La medición del dolor en los niños, sigue siendo un campo de estudio ampliamente explorado por varias disciplinas,^{31,32,38,39} es de especial interés el estudio del fenómeno de como el dolor orofacial que padecen los niños influye en los roles bio-psico-sociales que desempeñan, así como en su desarrollo y crecimiento.³⁹⁻⁴² Para los fines de este estudio es importante señalar que existen diferentes formas de conceptualizar el dolor, la visión del modelo médico y la concepción del dolor del modelo antropológico o social son algunas de ellas, el punto de vista del modelo social es al que nos referiremos de manera particular.

MODELO MÉDICO

La medicina se encuentra ante un cuestionamiento elemental: ¿Qué es el dolor?. "Dolor es aquella sensación más o menos localizada de malestar, molestia o aflicción, resultante de la estimulación de terminaciones nerviosas especializadas. Sirve como mecanismo protector, en la medida que induce al que lo sufre a retirarse de la fuente."⁵¹ Esta es la definición de dolor que encontramos en el diccionario médico, sugiere que el dolor es mediado a través de estructuras

nerviosas especializadas que están hechas para este propósito. Indica que el dolor es un mecanismo protector contra la lesión. Al ser externo al cuerpo el presunto agente nocivo puede ser evitado mediante una acción evasiva adecuada. Esta definición médica, describe sólo un tipo de dolor: el somático superficial, que es el dolor que tiene lugar como resultado de una estimulación nociva de las estructuras cutáneas por parte de un agente experimental que afecta los nociceptores exteroceptivos.⁹

Durante los últimos años se han desarrollado conceptos de dolor muy distintos en el área médica. Aunque se reconoce la utilidad del dolor como mecanismo protector, en lo que concierne a la estimulación nociva puramente exteroceptiva, se sabe también que la mayor parte del dolor aparece demasiado tarde como para tener mucho valor protector.

Aunque actualmente se afirma que el dolor es más una experiencia que una sensación, tiene una dimensión sensorial que registra la naturaleza del estímulo iniciador, incluyendo su calidad, intensidad, localización y duración. Pero tiene también otras dimensiones: 1) cognitiva, que representa la capacidad del sujeto de comprender y evaluar la importancia de la experiencia; 2) emocional, que representa los sentimientos que se generan; y 3) motivacional, que tiene que ver con el instinto de terminarlo.⁹

Si bien el dolor se debe a una estimulación nociva, también puede aparecer debido a estímulos no nocivos, así como espontáneamente, cuando no hay ningún estímulo. La fuente de estimulación no tiene porque ser externa al cuerpo.¹⁰

El concepto reciente de lo que constituye el dolor está expresado en la definición propuesta por el Subcomité de Taxonomía de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor: "Una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de este daño".⁶ Según esta definición, se entiende que el dolor representa un estado psicológico subjetivo, más que una actividad inducida meramente por la estimulación nerviosa. Hay que tener en cuenta que si el sujeto considera que su experiencia es dolor, se debe aceptar como dolor.

Con más precisión, el dolor, tal como se concibe actualmente, tiene una dimensión sensorial discriminativa para identificar la forma de energía (térmica, mecánica, química) y los aspectos espacial, temporal y de intensidad de estímulo. También se considera que tiene una propiedad motivacional-afectiva, por la cual las consecuencias de la experiencia se manifiestan en forma de conducta de huida y evitación, lo que incluye respuestas somáticas reflejas y autónomas motoras.⁴

En cuanto a la naturaleza urgente del dolor, se considera que se relaciona más con el miedo que genera que con la verdadera intensidad de la molestia, es decir, con la importancia que el paciente le da. Si la causa es obvia, como un corte en el dedo, se produce poca o ninguna alarma, porque el sujeto es capaz de reconocer la causa de su sufrimiento y evaluarla con realismo. Pero, si el dolor se localiza en un área de mayor importancia, como por ejemplo, el ojo, la alarma aumenta porque representa una amenaza mayor.⁹

Nocicepción, dolor, sufrimiento y conducta de dolor.

Se vuelve importante en este punto distinguir las diferencias entre cuatro términos:
a) nocicepción, b) dolor, c) sufrimiento y d) conducta de dolor.

a) La nocicepción se refiere al estímulo nocivo que se origina a partir del receptor sensorial. Esta información se lleva al sistema nervioso central por medio de una neurona aferente primaria.^{9,10} Los mecanismos neurofisiológicos de la nocicepción existen desde antes del nacimiento y se desarrollan durante la niñez.³⁹

b) El dolor es una sensación desagradable percibida en el córtex, habitualmente como resultado de la recepción de un estímulo nociceptivo. La modulación de la información nociceptiva puede aumentar o disminuir la percepción del dolor.

c) El término sufrimiento se refiere a otro fenómeno más: el modo en que el ser humano reacciona a la percepción del dolor. Factores como las experiencias pasadas, la amenaza percibida de la lesión y la atención prestada a la lesión determinan hasta que grado el sujeto sufrirá.

d)El comportamiento de dolor se refiere a las acciones audibles y visibles del individuo que comunican su sufrimiento a otros. Esta conducta es tan individual como las mismas personas.

Entonces se considera importante para el clínico reconocer que la información que el paciente relata no es nocicepción, ni dolor, ni siquiera sufrimiento. El paciente solo relata su conducta de dolor.⁹

Origen de la experiencia subjetiva del dolor

Fields describió que la experiencia subjetiva del dolor se origina por cuatro procesos diferenciados: transducción, transmisión, modulación y percepción.⁹ La transducción es el proceso por el cual los estímulos nocivos conducen a una actividad eléctrica en las terminaciones nerviosas sensitivas adecuadas. El segundo es llamado transmisión y se refiere a los acontecimientos nerviosos que llevan la información nociceptiva al sistema nervioso central, para su adecuado procesamiento. El tercer proceso, llamado modulación, se refiere a la capacidad del sistema nervioso central de controlar las neuronas que transmiten el dolor. Se han identificado varias áreas del córtex y el tronco del encéfalo que pueden potenciar o bien reducir la información nociceptiva que llega a través de las neuronas transmisoras. El proceso final es la percepción, que tiene lugar si la información nociceptiva alcanza el córtex. Entonces inicia inmediatamente una compleja interacción de neuronas entre los centros superiores del cerebro. En este punto, tienen su inicio el sufrimiento y el comportamiento de dolor.

Las estructuras límbicas añaden instintos, impulsos y emociones a la información nociceptiva. La corteza añade a la información nociceptiva la influencia de las experiencias y las condiciones actuales del entorno. El hipotálamo prepara al cuerpo para reaccionar a la información nociceptiva a través de respuestas del sistema nervioso autónomo (presión sanguínea, ritmo cardíaco, etc.)

Es esta respuesta única a nivel talámico la que individualiza y personaliza la experiencia de dolor. En este momento se hace evidente la interacción compleja de la corteza, el tálamo, el

hipotálamo y las estructuras límbicas. Por lo tanto, el sufrimiento puede no estar relacionado de forma proporcionada con la nocicepción o el dolor.⁴

Clasificación del dolor

En este estudio nos referimos a la experiencia de dolor orofacial, subdivisión del dolor de cabeza y cuello. La clasificación más elemental del dolor es la que enumera las localizaciones anatómicas en que se siente dolor: dolor de cabeza y cuello, dolor torácico, dolor abdominal y dolor de las extremidades. Las subdivisiones del dolor de cabeza y cuello incluyen los dolores orofaciales, las cefaleas y los dolores cervicales. Debe comprenderse, no obstante, que este tipo de clasificación sólo identifica la localización en que se siente el dolor, no la localización de su verdadera fuente. Así pues, dentro de la Clasificación de la Cefalea, según la Sociedad Internacional de la Cefalea, se incluye la cefalea asociada a un trastorno en los dientes, boca u otras estructuras faciales.⁹

Otra clasificación básica incluye al dolor agudo y al dolor crónico, cuya diferencia principal es el tiempo de prevalencia. El dolor crónico es aquel que ha estado presente durante seis meses o más, y generalmente no es clara su etiología. El dolor agudo no se presenta por más de seis meses y su causa es evidente en la mayoría de los casos.⁵

Modelo biopsicosocial de la enfermedad

Cuando apreciamos la complejidad de la experiencia de dolor, resulta evidente que es inadecuado, en la comprensión de este fenómeno, aplicar el modelo mecanicista de enfermedad tradicionalmente utilizado por la mayor parte de la comunidad médica. El enfoque mecanicista sugiere que cada enfermedad tiene una alteración física asociada a ella. Este tipo de pensamiento limita enormemente la capacidad del clínico para tratar el dolor.

Todo profesional que trate el dolor debe saber que no existe ningún dolor sin influencia de factores psicológicos y sociales. Entonces, un modelo más adecuado es el modelo

biopsicosocial de la enfermedad. Este modelo sugiere que la persona es una unidad compleja que no puede separar la mente del cuerpo, especialmente cuando experimenta nocicepción.

El "bio" representa la información nociceptiva que parte de los tejidos somáticos y el componente "psicosocial" representa la influencia de la interacción entre el tálamo, la corteza cerebral y las estructuras límbicas. La neurotransmisión de los impulsos entre todos estos centros superiores es responsable de lo que llaman los aspectos psicológicos del dolor. Si bien algunos clínicos consideran que la actividad psicológica opera independiente de las estructuras somáticas, predomina la evidencia que señala una base nerviosa orgánica para toda esta actividad, afirmando que la neuroquímica es responsable de todo este proceso interno.^{5,9}

Trastornos mentales asociados al dolor

Los factores psicológicos que influyen o incluso causan el trastorno doloroso, y que tienen evidentemente alguna afección social, son considerados como trastornos mentales asociados al dolor. Es uno de los planos por medio de los cuales puede valorarse la experiencia de dolor orofacial. Dentro de los cinco criterios de diagnóstico para identificar un trastorno mental asociado al dolor según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, está considerada la alteración o incapacidad en el ámbito social, ocupacional o cualquier otra área importante del funcionamiento.⁵

Los trastornos mentales que tienen que considerarse son: 1. trastornos del ánimo, 2. trastornos de ansiedad, 3. trastornos somatomorfos y, 4. una amplia categoría que incluye otras alteraciones. Estos son algunos de los trastornos mentales más importantes que pueden implicar alteraciones dolorosas orofaciales. Para una discusión en profundidad de los trastornos mentales, se recomienda una revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV publicado por la American Psychiatric Association, 1994. La descripción de cada trastorno a continuación estará de acuerdo con el DSM-IV.^{5,9}

1. Los trastornos de ánimo se caracterizan por las alteraciones en el ánimo del paciente. Se dividen en tres categorías: 1.1 trastornos depresivos, 1.2 trastornos bipolares y 1.3 trastornos de ánimo debidos a una alteración médica.

1.1 Un ánimo depresivo se caracteriza por una disminución marcada del interés o placer en todas o casi todas las actividades en la mayor parte del día. El paciente describe subjetivamente el ánimo depresivo como un sentimiento opresivo de tristeza o de vacío. A menudo, existen llantos incontrolados y una queja habitual de fatiga o pérdida de la energía casi cada día. Los trastornos depresivos con frecuencia dan lugar a un aumento o una disminución del apetito que provoca cambio de más del 5% del peso del cuerpo en un mes. Normalmente hay una disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, con mucha indecisión. El insomnio o el hipersomnio acompañan por regla general los trastornos depresivos, los cuales pueden variar en cuanto a severidad de leves a severos. En un trastorno depresivo mayor, es habitual pensar de forma recurrente en la muerte o considerar el suicidio. Cuando se sospecha de una depresión severa, es importante que el clínico pregunte al paciente acerca de sus pensamientos sobre el suicidio; si existe un riesgo considerable se debe realizar una evaluación adecuada de manera inmediata.

1.2 Los trastornos bipolares se caracterizan por períodos depresivos seguidos o precedidos por un cambio de ánimo denominado episodio maníaco. El término común para este trastorno es la enfermedad maníaca depresiva. El episodio maníaco se caracteriza por un período claro de ánimo anormal y persistentemente exaltado, expansivo e irritable.

El ánimo incluye a menudo un aumento de la autoestima o grandiosidad, una disminución en la necesidad de sueño, verborrea, cambio de ideas, y facilidad para distraerse. La cualidad expansiva del ánimo se caracteriza por un entusiasmo incesante e indiscriminado por las interacciones interpersonales u ocupacionales. Por ejemplo, la persona puede empezar espontáneamente conversaciones extensas con personas extrañas en lugares públicos. Si bien el ánimo puede ser inicialmente contagioso para el observador no implicado, aquellos que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo. En ocasiones, el paciente está irritable, más que

exaltado o eufórico. Un trastorno bipolar se caracteriza por períodos maníacos y depresivos alternantes.

1.3 Los trastornos de ánimo debidos a una alteración médica son extremadamente importantes cuando se consideran los trastornos orofaciales dolorosos. Muchos estudios han investigado la frecuencia habitual de la depresión y de los trastornos dolorosos crónicos. Si bien algunos han concluido que la depresión puede dar lugar a dolor crónico, la evidencia más convincente sugiere que el dolor crónico puede conducir a depresión. Esta categoría de trastornos de ánimo se reserva a aquellos pacientes que sufren una alteración prominente y persistente de ánimo que es una consecuencia fisiológica directa de una alteración médica general. El ánimo puede ser depresivo, o bipolar, o cualquier otro trastorno del ánimo. La alteración física puede ser un trastorno doloroso crónico o cualquier otra alteración médica. Por ejemplo, la alteración se puede clasificar como “trastorno depresivo debido a una osteoartritis de la articulación temporomandibular”.

2. Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un aumento inusual de la ansiedad y la angustia, que dura más de lo normal. Existen tres categorías de trastornos de ansiedad: 2.1 trastornos de ansiedad generalizada, 2.2 trastornos de estrés postraumático y 2.3 trastorno de ansiedad debido a una alteración médica.

2.1 Los trastornos de ansiedad generalizada se caracterizan por una ansiedad y una angustia excesivas que se dan durante al menos seis meses. La persona revela una intensidad, una duración y una frecuencia de la ansiedad y la angustia muy desproporcionadas con respecto a la probabilidad o al impacto real del acontecimiento temido. El aumento del temor y de la expectación se asocia con ciertos acontecimientos o actividades. Estos acontecimientos pueden estar relacionados con la escuela, el trabajo o las tareas del hogar. A la persona le resultará con frecuencia difícil controlar la angustia y estará inquieto o tenso. A menudo tendrá dificultades para concentrarse y podrá súbitamente quedarse en blanco. Los trastornos de ansiedad generalizada crean irritabilidad, tensión muscular y mala calidad del sueño. La alteración del sueño se caracteriza con frecuencia por la dificultad para dormir, o bien, para mantenerse

dormido. La ansiedad, la angustia o los síntomas físicos crearán conflictos o deterioros clínicamente significativos en las áreas social, ocupacional u otras áreas del funcionamiento.

2.2 Un trastorno de estrés postraumático es un tipo de trastorno de ansiedad que se puede desarrollar después de una exposición del individuo a un factor de estrés extremadamente traumático. El factor de estrés puede estar asociado a una experiencia personal directa que amenace con la muerte o con una lesión severa, o que amenace la integridad física de la persona. Incluso puede producirse después de conocer una muerte inesperada o violenta, un daño importante o una amenaza de muerte o lesión sufrida por algún miembro de la familia u otra persona cercana. La respuesta de la persona al acontecimiento implica un miedo, desamparo u horror intensos. La persona que experimenta un trastorno de estrés postraumático a menudo referirá una reexperiencia persistente del acontecimiento traumático y evitará cualquier estímulo relacionado con el trauma. La persona revelará un entumecimiento de la capacidad de respuesta general, aunque también mostrará síntomas persistentes de aumento de la vigilia.

El acontecimiento traumático puede volverse a experimentar de diversas formas. Normalmente, la persona tiene recuerdos frecuentes del suceso o sueños conflictivos recurrentes durante los cuales éste se repite. En casos excepcionales, la persona puede sufrir estados disociativos que duran de unos segundos a varias horas, incluso días. Durante este tiempo, los componentes del incidente se reviven y la persona puede comportarse como si lo experimentase en ese momento. Un ejemplo bien conocido es el veterano de guerra que responde exageradamente a un ruido fuerte; otro ejemplo sería la mujer que ha sido asaltada previamente y que revive el mismo miedo cuando se acerca a su coche en un estacionamiento oscuro.

Debemos recordar siempre que el acontecimiento no tiene que parecer significativamente traumático para el profesional, si así lo considera el paciente debe aceptarse como tal; el profesional no debe aplicar sus propios valores al paciente, criterio importante que conviene recordar al realizar la historia clínica al paciente.

En los trastornos de estrés postraumático, los acontecimientos están marcados tan traumáticamente en la mente de la persona que el sistema nervioso autónomo sigue

sobrerregulado, como si fuese necesario responder a un reto continuo. Este estado de hipervigilancia puede verse como irritabilidad, dificultad para dormirse o para permanecer dormido, dificultad para concentrarse, u ocasionar una respuesta de alarma exagerada. Frecuentemente, esta sobrerregulación autónoma o hipervigilancia puede dar lugar a cambios sutiles en las funciones periféricas. Para algunos pacientes, estos cambios persistentes pueden presentarse como dolor en estructuras que carecen de forma obvia de patología. El abuso físico o sexual, especialmente el que afecta a la cara, puede ser una fuente de dolor orofacial crónico inexplicado. Los pacientes con antecedentes de agresiones físicas o sexuales sufren a menudo trastornos de estrés postraumático relacionados con estos hechos traumáticos previos.

2.3 Trastornos de ansiedad debidos a una alteración médica. Cualquier persona con una alteración médica significativa sufrirá cierto grado de aprensión y ansiedad. Ciertamente este es un hallazgo normal. No obstante, algunos pacientes pueden manifestar que la ansiedad producida por la presencia de la alteración física es mucho mayor de la normal y de hecho puede deteriorar áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. Cuando se produce esto, representa un trastorno de ansiedad debido a una alteración médica general.

El trastorno de ansiedad no debe explicarse mejor con otro trastorno mental sino que de hecho debe estar relacionado con la alteración física. La relación entre alteración física y el trastorno de ansiedad puede estar sustentada por una asociación temporal.

En otras palabras, debe existir una asociación entre el inicio, la exacerbación y la remisión de la alteración médica general y los síntomas de ansiedad.

3. Los trastornos dolorosos somatomorfos son aquellos cuyo rasgo esencial es el dolor. Así, este trastorno es una alteración importante en el paciente con dolor orofacial. En un trastorno doloroso somatomorfo, el dolor es el foco predominante de la presentación clínica y tiene la severidad suficiente para justificar la atención clínica. El dolor tiene una o varias localizaciones anatómicas y provoca a la persona un conflicto o un deterioro importante en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. No existe una patología obvia que explique el dolor; sin embargo, el paciente no produce intencionadamente el

dolor (como en un trastorno ficticio o fingimiento). Se considera que los factores psicológicos tienen un papel importante en el inicio, la severidad, la exacerbación o el mantenimiento del dolor. Los trastornos somatomorfos dolorosos se sospechan cuando el dolor no está asociado con ningún cambio tisular somático local, aunque este parámetro resulta el mismo en el diagnóstico de otros tipos de dolor.

Otro trastorno somatomorfo es la hipocondriasis, en el la persona se preocupa por el temor de tener o la idea de que tiene una enfermedad severa, basándose en una interpretación incorrecta de uno o varios signos o síntomas corporales. Una evaluación médica en profundidad no identifica ninguna alteración médica general que explique completamente las preocupaciones del paciente acerca de la enfermedad. El temor o la idea de tener una enfermedad persiste a pesar de que el profesional le asegure que no tiene nada. La preocupación en la hipocondriasis puede afectar algunas funciones corporales, anomalías físicas menores o vagas. Un individuo con hipocondriasis puede alarmarse al leer o al oír algo sobre una enfermedad; al conocer alguien que está enfermo; o a partir de observaciones, sensaciones o incidentes a su propio cuerpo.

La preocupación acerca de la enfermedad temida a menudo resulta un rasgo central de la autoimagen del individuo y un tema de conversación social.

4. Otros trastornos que pueden ser un foco de atención clínica son: el fingimiento, los rasgos de la personalidad y el estilo de afrontamiento, una conducta de salud no adaptativa, la respuesta fisiológica relacionada con el estrés, y otros más.

El fingimiento es un trastorno mental que se caracteriza por la producción intencionada del individuo de síntomas físicos o psicológicos, motivados por incentivos externos como evadir la escuela, el trabajo, o encuentros sociales. El paciente que finge puede utilizar los síntomas para obtener fármacos o una compensación económica, como en los conflictos medicolegales.

Debemos sospechar fingimiento cuando existe una discrepancia marcada entre el estrés o la incapacidad pretendida por el paciente y los hallazgos clínicos objetivos, o si la persona no coopera durante la evaluación diagnóstica. También se sospecha en las personas que no cumplen con los tratamientos sugeridos, especialmente si no dan una explicación lógica.⁹

MODELO SOCIAL

La diversidad de la experiencia del dolor explica porque ha sido imposible acordar una definición que sea satisfactoria para todos. La anatomía y la fisiología no bastan para explicar estas variaciones sociales, culturales, personales e incluso contextuales. La relación íntima con el dolor depende del significado que éste revista en el momento en que afecta al individuo. La manera en que el hombre se apropia de la cultura, de unos valores que son los suyos, de su relación con el mundo, suponen un entramado decisivo para su aprehensión. Porque el dolor es, en primer lugar un hecho situacional. A todo dolor le compete un padecimiento moral, un cuestionamiento de las relaciones entre el hombre y el mundo. Es vector de la educación del niño que sanciona enseguida toda acción inapropiada por su parte, enseña la prudencia necesaria que compensa la fragilidad original de la condición humana.⁷

Igual que el hambre, el dolor tiene un arraigo biológico, pero de la misma manera que los hombres no sienten hambre en el mismo momento, ni perciben los mismos sabores, ni comen alimentos idénticos, tampoco sufren de la misma manera ni de acuerdo con una misma intensidad de agresión; atribuyen a su dolor un sentido y un valor diferente según las orientaciones colectivas propias del medio en que viven.

El dolor en los primeros años de vida

La manera en que un individuo reacciona frente al dolor se arraiga en buena parte en los primeros años de vida y el tipo de atención de los padres a las heridas o enfermedades de la infancia. La familia es un lugar de intensa socialización donde se forman las modalidades corporales y la relación del niño con el mundo. Las interacciones familiares determinan el campo de las percepciones y emociones, educan y ritualizan la expresión para sí y para los demás, sean educativas o no las intenciones de los otros. El rostro de la madre sobre todo, su tono de voz, la calidad de su presencia combinan sus influjos y conducen al niño a modelar poco a poco su experiencia en un lenguaje. La madre nombra el dolor y contribuye a inscribirlo en las redes de una trama simbólica. Su actitud anima o disuade, calma o alimenta el dolor.

A los seis meses el niño reacciona ante un pinchazo con lágrimas. Al crecer multiplica las experiencias dolorosas y desarrolla su conciencia de estas: primera dentición, caídas, enfermedades, heridas..., aprende a coordinar sus movimientos, a prevenir los riesgos de hacerse daño, a tratar sus dolores dirigiéndose a alguien, sobre todo a la madre. El acceso al lenguaje autoriza al niño a afinar su experiencia subjetiva, a organizar el conocimiento para comunicarla a los demás. Los vocablos de dolor están, por otra parte, entre los primeros que entran en su vocabulario. Al ser el objeto de atención en el medio familiar cuando sufre, o el testigo del dolor de los otros, su relación con el dolor, con el transcurso del tiempo, adquiere una forma relativamente previsible en relación con los modelos culturales. Las interacciones con otros miembros de la comunidad refuerzan estos tipos de comportamiento.

Un exhaustivo estudio de D. Mechanic sobre una población de trescientos cincuenta niños y sus madres en la ciudad de Madison, en Wisconsin, estudia la incidencia de las actitudes maternas en las de sus niños.⁷ Un mínimo porcentaje de niños verifica la primera hipótesis, la de una estrecha correlación entre los comportamientos maternos y los del niño.

La influencia de la madre no es un juego de transparencias que proyecta las actitudes a manera de calcomanía; a medida que el niño crece, lo hacen más las interacciones con los demás, las exteriores al círculo familiar. Las autoridades educativas se diversifican. Si las actitudes de la madre tienen un papel preponderante, las del padre, de los abuelos, tíos etcétera, también interaccionan con aquéllas, y modifican las intenciones maternas más arraigadas. El niño no es una página en blanco donde los otros escriben lo que él debe ser, el niño dispone de una creatividad propia que lo sitúa en una posición de actor ante las normas familiares.⁸

No obstante, ciertos tipos de vínculos instalados en la crónica familiar tienen a veces una influencia más decisiva que las mismas relaciones de los padres con su propio sufrimiento. Padres desapegados suelen movilizarse súbitamente, con fervor, al más ínfimo dolor del niño, y asocian en éste dolor y amor, para alimentar así una búsqueda repetitiva de sufrimientos que traduce una demanda de afecto mal satisfecha. Otras situaciones inducen síntomas del mismo orden. Un niño castigado por su padre que enseguida experimenta remordimientos y desborda

ternura queda inscrito, para su defensa, en una secuencia de dolor-gratificación que a veces perdura mucho más allá de la infancia.

La asociación del dolor con el amor es una cadena temible y frecuente en los “pacientes propensos al dolor”, que parecen vinculados con la existencia sólo por el sufrimiento. Por el contrario, el niño abandonado, o que no consigue respuestas suficientes cuando se hiere o está enfermo, se insensibiliza, no inviste su cuerpo como sufrimiento susceptible de ser dicho o compartido, lo guarda para sí como demostrando su autocontrol. Y lo mismo ocurre con el niño maltratado.⁴

Los caminos de aprendizaje dan cuenta de la alquimia de las relaciones sociales y afectivas tejidas alrededor del niño, y de los valores que se imponen a éste. Ninguna sociedad da lecciones a sus miembros para identificar el umbral al dolor legítimo y la actitud correcta que hay que adoptar. Y, sin embargo, descifrar una situación penosa como un signo de dolor es un dato aprendido, que exige la adquisición de categorías implícitas, sugeridas, que orientan la percepción y combinan una manera común de sentirlo y manifestarlo.

Diferencias culturales ante el dolor

Ante el dolor, las diferencias encontradas en el seno de la misma cultura (umbral del dolor y actitud adoptada) a veces son más acentuadas que las que distinguen a las culturas entre sí en relación con este punto. Sin negar que existen tendencias culturales, así lo muestran investigaciones como la de Zola en 1966 “Culture and Symptoms: An analysis of patients presenting complaints”.⁷ En su estudio muestra como los enfermos italianos manifiestan una tendencia cultural a la dramatización de su estado. Mencionan un número superior de síntomas para las mismas patologías que los norteamericanos. Por el contrario, la actitud convencional de los irlandeses consiste en encajar la situación en congruencia con el sentimiento de lo difícil que es la vida y que es necesario hacerle frente. En 1952, Mark Zborowski publicó un artículo pionero sobre la influencia de la cultura en la percepción y la manifestación del dolor. Posteriormente, en 1969, expuso en detalle los datos puestos al día por su investigación en una obra que se convirtió en un clásico de la sociología del dolor. En su estudio incluye a los judíos

de Europa del Este y muestra como esta cultura manifiesta sin inhibiciones su dolor, además de que no soporta el aislamiento o las relaciones impersonales, exige la presencia de otros, incluso en lo peor de su enfermedad.⁷

Diferencia entre género y edad.

Existe un interés especial en determinar si la edad y el sexo de la persona tiene una repercusión importante en la experiencia de dolor, hay reportes que indican una diferencia importante en la prevalencia de dolor entre los sexos.^{5,7} Algunas de estas diferencias se atribuyen a la percepción distinta del dolor que tienen las mujeres y los hombres, a estereotipos culturales etc. También va creciendo la literatura que afirma que esa diferencia puede estar asociada a factores hormonales y neuroendócrinos específicos de cada sexo, pero no existe aún la evidencia suficiente.⁴

Influencia de la clase social en la experiencia de dolor.

Los estilos de educación, como se ha visto, dan a la experiencia personal del dolor un significado, y sobre todo valores distintos de una sociedad a otra, y conforman a los individuos para que respondan de una manera semejante a como lo hacen ante la adversidad, según su condición social y cultural.

Es importante tomar en cuenta que la clase social tiene una influencia determinada. En los medios rurales la dureza ante la enfermedad es más pronunciada, se apoya en imperativos económicos y sobre todo en una organización que exige trabajo diario. Earl Koos hizo esta comprobación en su estudio sobre el medio rural norteamericano. Observó en las capas sociales más desfavorecidas la tendencia a minimizar los malestares y a considerar que rara vez merecen visita al médico.⁷ También se sabe que en los niños de más bajos recursos económicos es en quienes se concentra una mayor prevalencia de dolor dental tanto crónico como agudo, y se presentan ante un médico u odontólogo después de un largo período de padecer enfermedad bucodental.⁴⁰

En las capas sociales medias, y sobre todo en las privilegiadas, la relación del dolor con el cuerpo se compone de un acentuado interés que induce la actitud publicitaria de la medicina;

todo dolor es tratado tan pronto como se manifiesta. El criterio de apreciación del dolor está en relación con el uso acostumbrado del cuerpo; sólo secundariamente aparece la relación con la vida profesional, que por el contrario, en los medios populares es central.

Matices que dan forma a la experiencia de dolor.

Según las condiciones de vida y la concepción del mundo que tengan, los seres humanos se manejan con su dolor o con su pena. Un artículo de Marcel Proust recuerda la evidencia cotidiana de la desigualdad de los seres humanos ante el dolor, incluso entre los de idéntica condición social y cultural. Un mismo individuo no tiene una relación constante con su dolor, las circunstancias le hacen variar: se distrae enfrascándose en una actividad absorbente, o lo olvida al ser súbitamente reclamado por una tarea imprevista o por preocupaciones que reclaman toda su atención. El dolor se acentúa si no se piensa más que en él, si el individuo se deja disolver en su tormento. El significado que se otorga al hecho doloroso, el estado de ánimo que predomina en tal o cual momento son los matices que dan forma a la experiencia de dolor. El dolor crónico es una enfermedad eminentemente social, afecta a los padres o el cónyuge, los hijos, los amigos, y hasta al vecindario, alcanza de rebote al círculo profesional y fuerza por último a un recorrido familiar muy profundo (exámenes médicos, etc.). Entonces implica a los médicos solicitados, enfermeros, farmacéuticos, curanderos eventuales, toda una servidumbre social cuyos miembros no necesariamente se comunican entre sí, pero que movilizados por el dolor del enfermo se unen sin habérselo propuesto: una ocupación exclusiva que no deja mucho tiempo para las distracciones.

Por otra parte, el individuo está expuesto a la incredulidad o a la sospecha de exagerar su estado para obtener provecho o una consideración indebida. Está amenazado por el descrédito, pueden acusarle de exagerar, y hasta de simulación.

En la mayoría de los casos el dolor crónico perjudica la integración social del individuo, su vida familiar y relaciones de amistad, pero ocurre, por el contrario, que le confiere de pronto una eminencia que modifica las relaciones con los demás.

El dolor no es un estímulo sobre un receptor biológico, sino lo que siente un ser humano con toda la masa de sus sentimientos, su psicología personal, valores y experiencia. Esta es la concepción antropológica de la experiencia de dolor.⁸

La medicina ante el dolor

La replica de la cultura, es decir, de un significado y una actitud compartidos por muchos, es una instancia antropológica que hace posible la preservación del sentimiento de identidad y el control de la situación. Cuando este último se resiste, el ser humano queda desnudo ante su pena. El dolor ya no se tolera como inherente a la propia condición. La medicina induce en tal sentido un cambio de actitud que desde hace varias décadas tiende a difundirse en buena parte de las sociedades occidentales. Las grandes declaraciones de los médicos afirmando la inutilidad del dolor y su carácter absurdo se sitúan por encima de las culturas y de los significados personales que los seres humanos atribuyen a sus dolores. La cultura médica ha dejado de creer en las virtudes del dolor, ya no le adjudica valor moral alguno, y el conjunto de la sociedad está conminado a pensar del mismo modo, y a adoptar las actitudes requeridas.

La cultura médica sugiere que el dolor solo es cruel, el equivalente moral de una tortura que sería culpable no afrontar con medios científicos. Esta idea acrecienta la demanda médica, pero también aumenta la ansiedad del paciente desprovisto de medios para apropiarse de su enfermedad. El sentimiento generalizado de que en la actualidad todo dolor puede tener alivio, como parecen darlo a entender los médicos que hablan de los abundantes progresos en este dominio, engendra en numerosos enfermos, testigos de los escollos prácticos de tal paradigma, una frustración, y hasta un sentimiento de abandono.

Los doctores han asegurado tal grado extraordinario de control sobre la conducta de su trabajo que parece que pronto serán socialmente autónomos.¹ Esta autonomía ha cedido a la profesión el incuestionable derecho de definir que es enfermedad y que es salud, nada menos que una participación directa en la construcción social de un conocimiento cultural. El progreso de los analgésicos ha transformado la experiencia humana del dolor. Desde el momento en que éste

pudo ser suprimido gracias a tratamientos de fácil acceso, las antiguas defensas culturales se volvieron anticuadas, y fueron sustituidas por los procedimientos técnicos. En consecuencia, el umbral de tolerancia ha disminuido.¹¹

Eliminación del dolor: sueño de omnipotencia

No obstante, aunque parezca al hombre el acontecimiento más extraño, el más opuesto a su conciencia, aquel que junto a la muerte le parece el más indeseable, es sin embargo el signo de su humanidad. Abolir la facultad de sufrir sería abolir su condición humana. La fantasía de una supresión radical del dolor gracias a los progresos de la medicina es una imaginación de muerte, un sueño de omnipotencia que desemboca en la indiferencia a la vida.

Si el dolor es una crueldad que el hombre tiene todo derecho de combatir, el sueño de su eliminación de la condición humana es un cebo que encuentra en la palabra que lo enuncia su único principio. El dolor no deja otra opción que reconciliarse con él. "Juzgándolo inevitable, y sabiendo practicar los medios de evitarlo, pero también aceptando eventualmente los límites de su eficacia--escribió Jeanne Russier--, no poseeríamos el arte de vivir sin dolor, sino el de sufrir menos, sufriendo mejor".⁷

El dolor impone a la medicina un nuevo paradigma: el tránsito de una medicina del cuerpo a una medicina centrada en toda la masa identificatoria del ser humano. El vínculo social es un elemento determinante en la sensación de dolor, no se puede apartar del tratamiento sin privarse de un vector simbólico de gran importancia.

Puede predecirse, sin peligro, que la panacea contra el dolor nunca será descubierta. En vez de ello, el futuro del tratamiento del dolor parece estar en la utilización racional de múltiples tratamientos conjuntos.

DOLOR OROFACIAL

Problema de salud pública

Davis en 1976, argumentó que el impacto de las condiciones bucales en la vida diaria es mínimo. Debido a que estas condiciones están esparcidas entre la población, son raramente una amenaza de vida, y frecuentemente asintomáticas. Este punto de vista es claramente inaceptable, particularmente con aquellas condiciones bucales cuyo resultado es dolor. El dolor es un síntoma común de los padecimientos bucales y tiene un impacto inmediato y profundo en la calidad de la vida cotidiana. Perturba el sueño, el trabajo, las actividades recreativas y de dispersión, y las relaciones con las demás personas. Estudios acerca del dolor crónico han demostrado que el dolor puede ser causa de incapacidad severa y puede tener influencia en las expectativas de vida de los individuos.²⁷

Estudios en diferentes partes del mundo documentan que un alto porcentaje de la población padece episodios de dolor orofacial frecuentes.^{3,25-30} El dolor orofacial es un padecimiento sistémico y su tratamiento constituye una necesidad médica. En Estados Unidos hoy en día, un niño que padece otitis media crónica es tratado inmediatamente en la sala de operaciones y sometido a anestesia general, teniendo conciencia de que posteriormente se vería afectado en su desarrollo y no podría escuchar. El mismo servicio es muchas veces negado o pospuesto a un niño que padece caries dental severa. Puede asegurarse que el dolor orofacial crónico constituye la misma necesidad médica, y tendrá un efecto muy similar en la salud del niño en su desarrollo y su habilidad de aprender.⁴²

Casamassimo PS, afirma en su reporte hecho en el año 2000: "Este año, experimentamos un caso en el hospital de intoxicación por acetaminofen resultado de un dolor dental, y este no es un problema único. No tenemos idea del efecto psicológico del dolor orofacial no tratado, en las familias, en la confianza y seguridad de las personas, en sus interrelaciones sociales. Diariamente tenemos evidencia de niños desbastados por las consecuencias del dolor orofacial. No tengo ninguna duda, en los próximos años se demostrará que el dolor dental en los niños tiene la misma

magnitud de impacto que nuestro país reconoció en la Segunda Guerra Mundial, siendo la caries dental un problema mayor de salud, de seguridad y bienestar de la nación”⁴²

La fundación de Mayday y Milbank han identificado este fenómeno como “la punta del iceberg”. El Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial de Estados Unidos ha empezado a fundar centros para cuantificar la incapacidad como resultado de las condiciones de salud bucal pediátrica.⁴² De veinte millones de niños para aquellos que sufren el 80% de enfermedad bucal la caries es, en el mejor de los casos, una distracción o un inconveniente; y en el peor, una incapacidad física real. Para un estimado de cuatro a cinco millones de niños, los padecimientos dentales crónicos son causa de problemas de comportamiento, falta de sueño, dolor agudo en caso de abscesos dentales, sonrisas desfiguradas, problemas de alimentación y de pronunciación. Salud bucal pobre y dolor orofacial crónico están asociados a malnutrición en niños y a disfunciones cardíacas y obstétricas en la edad adulta.⁴⁰ ¿Llegará el día en que el dolor dental no sea ignorado por la mayoría de la profesión odontológica, por los responsables de implementar políticas de salud, por la sociedad?

Factores psicosociales del dolor orofacial

Cuando pensamos o hablamos de Odontología, pensamos y hablamos de dolor, miedo y ansiedad. Cuando un niño visita al dentista ya hubo un proceso psicofisiológico y cada visita genera una perturbación emocional grave.¹ Es muy claro que el paciente, su enfermedad y su respuesta al tratamiento nunca podrá ser evaluada con inteligencia a menos de que se mire a la persona como un todo: sus antecedentes genéticos, familiares y ambientales. Entonces la inspección de su enfermedad no solo requiere de una valoración de sus síntomas físicos, sino también de las características subjetivas del paciente, de las cuales el paciente se queja, su patrón de comportamiento y emocional.

En 1955, Moulton escribió en el Journal de Psiquiatría que cada vez era más claro el hecho de que los factores emocionales y sociales juegan un rol muy importante en la precipitación o agravamiento de los síntomas dentales. Argumentaba que la boca es la fuente

más temprana de placer y satisfacción y así continúa su función durante toda la vida, por esto el dolor en esta área es especialmente resentido. ¹

No debe olvidarse nunca la importancia psicológica del dolor en esta parte del cuerpo. La cara y la boca son las estructuras fundamentales necesarias para la supervivencia. Sin ellas, el individuo no es capaz de ingerir comida. Estas estructuras son básicas para la vida misma. El daño o la pérdida significativa de la función son una amenaza importante para el individuo.

Las estructuras orofaciales son también básicas para la comunicación. En nuestro entorno social, en el que la comunicación es vital, la disfunción de estas estructuras tiene un sentido de amenaza para la existencia. Estas estructuras proporcionan los medios por los que comunicamos a los demás nuestros sentimientos, objetivos, opiniones y aspiraciones. Son una fuente de gratificación y satisfacción físicas, emocionales, espirituales y sexuales en la edad adulta. Cuando estas estructuras están amenazadas por el dolor o la disfunción, la calidad de vida puede disminuir enormemente.

La boca y la cara no solo tienen una importancia emocional para el individuo, sino que también están relacionadas con conceptos de imagen del cuerpo en los que la persona interpreta una cara dañada como un ser dañado. La distorsión de la imagen del cuerpo provoca ansiedad, que frecuentemente se expresa como dolor. Probablemente esto tenga una conexión importante con la severidad y la duración de los síndromes de dolor postraumático de la región maxilofacial.

Este traumatismo puede ser no sólo el de la lesión tisular real de la cara, sino también el del trauma emocional, como el asociado con agresiones físicas o sexuales. Es trascendental estar siempre atento a la importancia emocional única de las estructuras orofaciales.

La relación del dentista con su paciente y el contexto social de éste, se han convertido actualmente en el reto contemporáneo de la disminución del dolor, es por esta razón que los odontólogos han acudido a los sociólogos y a la psicología. La salud de las comunidades ya no necesita medirse en un espacio biológico sino en un espacio social derivado de un estudio demográfico. ¹

No podemos tratar a los individuos como unidades aisladas, una persona que visita a su dentista trae consigo una serie de creencias, valores y símbolos aprendidos de su propio mundo social. Nuestra intención es demostrar el carácter social y cultural de los conocimientos médicos, pero al hacer esto no estamos negando la existencia de dolor y sufrimiento real. Existe por supuesto una realidad biológica, pero en el momento que se realiza un esfuerzo por explicar y manipular esa realidad, entonces tiene lugar un proceso de contextualización en el que la interrelación dinámica de la biología con valores culturales y de orden social debe ser considerada.

SALUD Y MEDICINA

Detengámonos en este punto para realizar una consideración a la influencia que la medicina ha tenido sobre la salud de la humanidad a lo largo de la historia. Para la mayoría de la gente salud es sinónimo de medicina. Sin embargo, resulta sorprendente encontrarnos con que no hay evidencia alguna que soporte el hecho de que la medicina ha sido y es responsable de mejorar la salud humana.² Los doctores han lidiado con las enfermedades sin duda, pero no con la promoción de la salud en un sentido positivo.

La Organización Mundial de la Salud, define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita bibliográfica correcta para la definición es: Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.^{2,53}

Para realizar estudios acerca de la distribución de la salud en la sociedad y hacer comparaciones entre las distintas sociedades, en ausencia de alguna medida universal válida, resulta paradójico que el método usado a lo largo del tiempo no es un indicador de salud sino de la ausencia de salud. Nos referimos a morbilidad y mortalidad. El primero es un indicador de

enfermedad, y es usualmente medido por medio de reportes de los mismos individuos y por medio de récords de consultas médicas y tratamientos.

Sin embargo, ninguna de estas formas de medición es enteramente satisfactoria. La primera depende del juicio del individuo y sus acciones, la segunda además de ser influenciada por ese proceso subjetivo, depende de las facilidades de acceso a consulta y tratamiento. Ningún tipo de medición puede asumirse que represente algún récord completo y estandarizado de la extensión de enfermedad en una población. Es posible que el fenómeno de morbilidad en sus diferentes formas, refleja más bien un rango de las circunstancias y experiencias sociales, en vez de verdaderos síntomas de desórdenes orgánicos tratados por los médicos.

Mortalidad es un indicador más objetivo, la medición de la salud ha estado construida en la historia básicamente por medio de estadísticas de mortalidad. Su grandiosa limitación radica en que solo representa las formas de enfermedad que son fatales y no todas las demás formas de dolor y sufrimiento que no terminan en la muerte. Sin embargo, proporciona datos importantes de expectativas de vida, la diferencia en la edad de muerte que captura una dimensión positiva de la salud en el siglo XIX y anteriores.

Así pues, tenemos evidencia de que en el siglo XIX había desaparecido prácticamente la amenaza de enfermedades y microorganismos infectivos a la salud humana. Enfermedades como la tuberculosis, bronquitis, neumonía que fueran causa de muerte en el siglo XVIII. La esperanza de vida incrementó de 40 años en la primera mitad del siglo XIX a 70 años en los mediados de 1970. Pero este cambio no fue a causa del mejoramiento de drogas ni en el campo médico, sino debido a otros eventos producidos en el siglo XIX y XX.²

Winter realizó un estudio cuyas conclusiones más interesantes fueron que los médicos no tuvieron ninguna contribución importante en la decesión en la mortalidad que se suscitó en su país, Gran Bretaña, entre 1900 y 1930 sino que fue resultado de otros factores, el más importante de ellos en la elevación en el estándar de vida de las poblaciones más pobres durante la guerra, fue logrado con la intervención del propio gobierno al racionar la comida, controlar su precio etc.² Otros factores se han estudiado, llegando a la conclusión de que se había desarrollado

alguna transformación natural de las enfermedades. La declinación de todas aquellas enfermedades infecciosas comenzó antes de la introducción de algún tratamiento efectivo, dejando tan solo un pequeño número de casos para cuando las vacunas y las drogas efectivas estaban disponibles.

Mckeown en su estudio concluyó que los hospitales que comenzaban en aquella época, lejos de tener alguna influencia positiva en la salud, contribuían a incrementar las enfermedades por medio de prácticas iatrogénicas primitivas, ausencia de métodos antisépticos y proliferación de infecciones producida por los propios doctores ignorantes del riesgo de manipular diferentes pacientes sin ninguna medida preventiva. Antes de la guerra, por ejemplo, era más alta la mortalidad de mujeres de clases sociales privilegiadas que tenían a sus hijos en los hospitales, que aquellas pobres que los tenían en sus casas. ² “El mejoramiento de la salud ha sido más el resultado de esfuerzos individuales y estilos de vida que de procedimientos médicos elaborados. ¹

La salud entonces, es principalmente el producto del desarrollo social y económico. Desde que se han logrado estándares de vida más altos en las sociedades capitalistas, la gente ha podido disfrutar de mejores niveles de salud.

Para la sociología, el estado de salud es el producto de las fuerzas sociales, ya sea en sus variables económicas o culturales. La salud es asumida como propiedad del medio ambiente social y la relación de éste con el individuo. Es definida en términos de relaciones, influenciada directamente por el tiempo, lugar, clase social, personalidad, actividades y eventos de la vida.

La enfermedad, por lo tanto, es concebida como un producto integral: persona-medio ambiente- interrelaciones sociales. ^{7,2}

El singular interés en curar en vez de prevenir ha sido una regresión en la medicina. La tendencia a ignorar el medio ambiente, el comportamiento, ignorar el dualismo mente-cuerpo; la obsesión de manipular los signos y síntomas orgánicos a través de medios químicos y mecánicos y el tratamiento de las enfermedades en hospitales y lugares aislados nos lleva a una misma conclusión: medicina no ha sido ni es sinónimo de salud; y salud preventiva no tiene mucho que ver con medicina ni con enfermedad, su mayor interés se encuentra en la sociedad moderna, la

dieta, el desempeño de las actividades cotidianas y el comportamiento de las personas, interviniendo en un sentido positivo en el mantenimiento de la salud.

SALUD Y ODONTOLOGÍA CONTEMPORANEA

Desde la década de 1890 se tiene la certeza de que existe una relación entre la cavidad bucal y el medio ambiente, a diferencia de la concepción que se tenía en el siglo XVII, época en la que autores como Allen argumentaban que las enfermedades dentales eran únicamente producto de funciones internas del cuerpo.¹

Desde finales del siglo XIX se mostró un principal interés en mostrar por medio de tabulaciones y estadísticas la prevalencia de las enfermedades dentales en los niños, con el objetivo de legitimar la necesidad de prevención.

Por medio de un proceso largo de entendimiento, la cavidad bucal fue situándose dentro de un espacio ambiental influenciado por factores externos, y estos factores externos fueron considerándose. Para principios del siglo XX la importancia de la cavidad bucal estaba ya relacionada con el mantenimiento de una buena salud general, recibiendo entonces consideraciones distintas.

En 1906, Hyatt hizo la siguiente observación: "No es exageración decir que dos tercios de las enfermedades padecidas por el hombre serían erradicadas tan pronto como la boca y los dientes recibieran la atención que requieren." Esta perspectiva fue ampliamente sustentada por otros autores como Wallis (1908) y Denison-Pedley (1910). Wallis subrayó: "Ha sido probado por la práctica actual que la salud de los niños ha sido marcadamente mejorada a través de la atención dental, es un arma importante en la prevención de enfermedades y en la guerra contra la tuberculosis".¹

"Lo que vemos es solo una pequeña muestra del verdadero estado de la enfermedad: la inflamación, el exudado purulento o cualquier otra evidencia objetiva de la enfermedad. Más allá está lo que no podemos evaluar con nuestros sentidos, las condiciones subjetivas de las cuales el

paciente se queja, porque el patrón emocional y de comportamiento del paciente influenciará en su padecimiento dental y en su reacción al tratamiento.”¹

Aunque desde aquel entonces, a mediados de siglo, se pensaba que el estado mental del paciente influenciaba en su interpretación del dolor, lo consideraban como un fenómeno intangible, algo que no podían ver ni medir. Sin embargo, esta era la preocupación de la nueva disciplina de la Odontología psicosomática, la cual envolvía el estudio de la relación entre el estado de salud bucal y el bienestar psicosocial.

Sirviéndose de la cavidad bucal como medio, la odontología se extiende y penetra en la vida cotidiana de la gente y sus actividades. La odontología contemporánea no restringe su campo a la boca y a los dientes, se ha metido en los hogares decidiendo lo que la gente, y en particular los niños, deben comer, influye en las relaciones familiares incluso en la concepción social de lo que es “una buena madre”. Hasta 1920 el dentista solo observa, cuenta y corrige los dientes en la boca, hoy en día anima al paciente a hablar, escucha y pregunta.¹

Actualmente, la odontología solo puede entender la cavidad bucal del paciente cuando agrega la apreciación de las circunstancias sociales del paciente. La boca se ha convertido en parte incidental de la enfermedad; las enfermedades dentales son una cualidad de la vida social, y no una mera degeneración patológica.

La cavidad bucal sirve como un espejo de las circunstancias sociales. El dolor no tiene necesariamente raíces en los cambios anatómicos, en cambio, el factor ideopático es ahora factor legítimo; y la necesidad de salud de las comunidades ya no necesita medirse en dimensiones biológicas, sino en un espacio social derivado de un estudio demográfico.

Los problemas históricos de salud bucal: dolor, miedo, educación para la salud y consumo de azúcar; tienen sus orígenes en las interrelaciones y el contexto social de las personas. Entonces perseguir la validez de una verdad, incluye la exploración de ese espacio social.¹

En la actualidad la odontología y la psicología han creado un paciente con emociones y sentimientos; la odontología y la sociología, un paciente como un ser socialmente activo.

ANTECEDENTES

Existen una gran cantidad de estudios en la actualidad que tienen el propósito de medir el dolor y otros más que estudian la psicología del mismo, los que consideraremos a continuación parte de un modelo médico. Sin embargo, son pocos los estudios epidemiológicos de dolor orofacial, sobre todo aquellos que involucren específicamente a los niños.³ Ciertos estudios han demostrado que la prevalencia del dolor orofacial es muy alta, y que tiene una influencia significativa en la calidad de vida del individuo. Pero los estudios que examinan el impacto psico-social del dolor son limitados. A estos últimos nos referiremos como antecedentes del modelo social.

1. Modelo médico

Para la cuantificación del dolor se han desarrollado diversos cuestionarios: el de escalas verbales y no verbales o numéricas de Mumford, 1973; el Mc Grill Pain Questionnaire MPQ, que se ha utilizado para aportar información tanto cualitativa como cuantitativa de la naturaleza subjetiva del dolor dental, observando la respuesta a determinados estímulos dolorosos.^{36,37}

También existen escalas análogas visuales: Visual Analogue Scale VAS; escalas numéricas: Numerical Rating Scale NRS que van del 1 al 10, y descriptores verbales de intensidad: Intensity Verbal Descriptor IVD, como los descritos por Duncan et al., en 1989 que cuantifican los aspectos afectivos y sensoriales del dolor, etc.

Descriptores de intensidad verbales: Intensity Verbal Descriptor IVD , según Duncan et al., 1989.³⁷

0 Sin sensación

1 Perceptible ligeramente

2 Muy tenue

3 Tenue

4 Moderada

5 Ligeramente fuerte

6 Fuerte

7 Intensa

8 Muy intensa

9 Extremadamente intensa

10 La sensación más intensa imaginable

Descriptores con palabras que expresan malestar: Unpleasantness Word Descriptors

UVD, según Duncan et al., 1989

0 Nada

1 No del todo mal

2 Molesto

3 No placentero

4 Desagradable

5 Ligeramente estresante

6 estresante

7 Intolerable

8 El máximo malestar imaginable.

Un estudio realizado en 1997, por ejemplo, tenía el objetivo de cuantificar el dolor dental en relación a la hipersensibilidad dentinaria. Fue realizado utilizando el cuestionario MPQ de McGill, y también los otros métodos del dolor antes mencionados, además de la estimulación con aire frío de la jeringa triple y estimulación táctil. Uno de los objetivos del estudio era la comparación de los diferentes métodos de medición del dolor. Se realizó durante ocho semanas en Londres, Inglaterra, con 25 pacientes adultos (42.6 años en promedio). Concluyeron que, en efecto, tanto las técnicas verbales como las no verbales cuantifican los aspectos sensoriales y afectivos del dolor. Sin embargo, la imprecisión en la naturaleza de las palabras utilizadas en el UVD aportaban información muy vaga que desorientaba al examinador (excepto en los niveles muy bajos de malestar). Por lo que las escalas no verbales no representan la experiencia de dolor con precisión suficiente.³⁷

Un estudio realizado en 1996, sugiere la combinación de los métodos cuantitativos y de los cualitativos para una mejor comprensión del dolor, dice que el dolor tiene elementos de repuesta fisiológica así como condicionantes psicológicos. Señala la importancia étnica y cultural y su gran influencia en la descripción del dolor. Entonces propone la realización de entrevistas contrastadas con los métodos cuantitativos.³⁶

Otros cuestionarios han sido diseñados para la medición del dolor y la ansiedad, como el cuestionario del miedo al dolor: Fear of Pain Questionnaire FPQ, el cual se encuentra en la mayoría de los casos como FPQ III. Consiste en subescalas de dolor severo, dolor menor y dolor médico.³⁵

Y con respecto a los cuestionarios infantiles con el objetivo de cuantificar el dolor, no existen muchos diseños, y se prefiere utilizar imágenes que representen las emociones, que el uso del lenguaje verbal, debido a la mayor dificultad que tienen los niños para expresar sus emociones con palabras.³¹ Como consecuencia se eligen reportes en los que se encuentran dibujos con expresiones faciales adecuadas a la intensidad del malestar y ellos mismos seleccionan cual corresponde a la sensación que están viviendo. Estas escalas faciales muestran una serie de caras sencillas dibujadas a mano, que van desde “ningún dolor” hasta “el peor dolor posible”.

Las escalas faciales son las preferidas por los niños, los padres, los médicos y las enfermeras cuando se le compara con otras herramientas, incluyendo la escala análoga visual VAS y los descriptores de palabras UVD.³⁴

Ha existido debate entre los investigadores y clínicos a cerca de cual de las escalas faciales aporta una medición más confiable de los reportes que hacen los niños de su propio dolor. Las numerosas escalas faciales utilizadas pueden resumirse en dos categorías: las que utilizan una cara neutral (e.g. Bieri et al.,1990) y las que utilizan una carita feliz (e.g. Wong and Baker,1988) como la opción de “ningún dolor”. El estudio realizado en 1998 por Christine T. Chambers en Vancouver, Canadá,⁴³ concluyó que las variaciones en los resultados obtenidos dependen del tipo de escala facial utilizada. Señala que las escalas faciales que incluyen una cara

feliz pueden confundir los estados afectivos con la graduación del dolor, es decir, el niño confunde el concepto de “estar feliz” con el de “estar libre de dolor” y hay un riesgo de falso positivo. Por lo tanto no se recomienda utilizar caras positivas en la misma escala que negativas pues son dos dimensiones dominantes que conducen a confusiones.⁴³

La escala facial del dolor de Briery, ha sido utilizada también para realizar estudios sobre la memoria que tienen los niños del dolor. Este estudio fue realizado en 1997 por Lyonne N.L. Zonneveld. Se realizó en 55 pacientes de 5 a 16 años por medio de una comparación del reporte de intensidad de dolor que hacían un día después de la intervención médica en el hospital, con el reporte de dolor que daban una semana después. Aplicaban la escala facial de dolor de Briery cuatro veces al día. Dentro de los resultados no encontramos ninguna diferencia significativa con respecto a la edad, el sexo, el número de hospitalizaciones anteriores, el estado civil de los padres, ni el grado de escolaridad de los padres o su ocupación. Sin embargo, se notó una mayor retención en la memoria de la intensidad del dolor en los niños mayores. Y tan solo mostró una ligera disminución a término de una semana.³³

La ansiedad y el dolor dental en los niños ha sido estudiada desde muchos puntos de vista. Un estudio clínico de la ansiedad dental infantil publicado en el año 2000, hace una evaluación de la etiología de la ansiedad y el miedo dental. Señala entre otras cosas que el miedo de los niños está más relacionado con una experiencia subjetiva del dolor que con una patología o trauma dental objetivo. Un comportamiento negativo por parte del dentista tiene una relación directa con el miedo que sienten los niños.³²

Otro estudio realizado por H.R. Chapman en 1999 acerca del miedo al dolor dental en niños, afirma que el miedo es un fenómeno normal cuando cualquiera de nosotros se encuentre expuesto a una amenaza, a una situación desconocida o a una experiencia que ha sido dolorosa anteriormente. Dice que el miedo provee al niño de medios de adaptación a la vida. Señala que la evitación es la primer respuesta que se presenta. En general el propósito de este estudio, como el de la mayoría de los estudios del dolor, el miedo y la ansiedad de los niños respecto a los padecimientos dentales, es describir o diseñar algún modelo de manejo para los pacientes

infantiles, y no algún análisis psico-social de la prevalencia en los niños de estas experiencias. Sin embargo, encontramos datos interesantes en este tipo de estudios, como la diferencia en sexo y edad. En el estudio mencionado reportan que si existe una diferencia importante, que las niñas reportan más miedo que los niños, el cual atribuye a la posible timidez de las niñas, al factor de que a los niños se les enseña a esconder sus emociones, o a que los niños tienen una voluntad mayor para enfrentar sus miedos. También se considera que existe un incremento de los miedos entre los 9 y los 11 años y que, en general, disminuyen conforme la adolescencia se acerca. Los miedos intensos son raros en la niñez y cuando estos persisten se transforman en fobias.³⁸

Otros estudios se enfocan en el análisis del dolor con el propósito de la incorporación de las drogas más adecuadas en cada caso. En el artículo de “El Dolor en Niños” de E Fournier realizado en el año 2001, afirma que el dolor infantil es muy pobremente comprendido en la actualidad, que se menosprecia y es víctima de iatrogenias. Los mecanismos neurofisiológicos de nocicepción existen desde antes del nacimiento y la experiencia de dolor se desarrolla durante la niñez. Dice que en la actualidad no es suficiente conocer la sintomatología del dolor en los niños, que ya ha sido ampliamente detallada en muchos estudios.³⁹

2. Modelo Social

2.1 Indicadores Sociales de Salud bucal

Desde principios de la década de los 70, se han organizado una serie de seminarios en distintas ciudades del mundo en donde se presentan diversos indicadores socio-médicos de salud. Desde 1977 se han incorporado los primeros indicadores dentales, por ejemplo: “Measurement of Oral Health Status” publicado en Health Goals and Health Indicators: Policy, Planning and Evaluation, 1970.⁴⁷ Ha ocurrido mucho al respecto desde aquellos años, profesionales de distintas áreas continúan la labor de desarrollar conciencia de la necesidad de mejores indicadores sociales de salud.

Los indicadores sociales de salud, en general, son instrumentos de investigación metodológicos cuyo objetivo es hacer un reporte, una medición y evaluación del impacto que

tienen los problemas de salud en la calidad de vida de las personas. Los indicadores socio-dentales centran su atención en el impacto de los padecimientos bucales, dentales y craneofaciales.⁴⁷ Han sido de gran utilidad en el desarrollo de una nueva perspectiva social de la salud en una forma positiva, en comparación con los medios utilizados comúnmente a lo largo de la historia: morbilidad y mortalidad, de los cuales mencionamos importantes desventajas en páginas anteriores.

2.2 Antecedentes: modelo social

A cerca de la prevalencia del dolor orofacial, estudios realizados en Gran Bretaña de dolor dental y salud, muestran que a mediados de 1970, había un total de 200 millones de días de dolor al año.³ Otro estudio de 1986 del impacto social de las enfermedades dentales realizado por Cushing A, también en Inglaterra, obtuvo un reporte de dolor bucal y malestar entre 414 empleados de ambos sexos entre 16 y 60 años; el 22% de las mujeres y el 28% de los hombres incluidos en este estudio reportaron dolor dental en los pasados 12 meses.³ En Inglaterra también, en un estudio realizado a 236 mujeres embarazadas y a sus esposos, resultó en un total de 7.5% que reportaron dolor dental en las 4 semanas previas, el equivalente a 3 días de dolor por persona.³

En Dinamarca, en 1985 se reportó un índice de condiciones de dolor dental en el país y el 2.1% de los pacientes había sufrido dolor dental.³

En Estados Unidos se han realizado estudios al respecto. En 1983, en una medición del estado de salud dental realizada por Spolsky, reportó índices altos de dolor orofacial: más del 29% de los individuos incluidos en el estudio estaban afectados.

Otro estudio norteamericano acerca del impacto de las condiciones dentales en la calidad de vida del paciente realizado por Reisine ST, afirma que las mediciones de la calidad de vida casi no han sido utilizados por la odontología para realizar una evaluación de la salud. La calidad de vida ha sido conceptualizada como un fenómeno multidimensional que incluye tres aspectos principalmente: Funcionamiento social, medido por el perfil de impacto de las enfermedades; el bienestar general, medido por la Escala de Gill del Bienestar; la ansiedad, considerada en la

Escala de Spielberg, y la Escala del Corah; y la sintomatología, medida por la Escala de Funcionamiento Oral de Kiyak, el Cuestionario de Mc Gill, y el Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven. Al igual que otros estudios estadounidenses, muestra un rango que va del 13 al 17% en la prevalencia de dolor dental. Además concluye que los indicadores de calidad de vida utilizados, si son sensibles al impacto de las condiciones dentales y que son de gran utilidad gracias a su independencia de las características sociodemográficas. Entre otros datos muy interesantes aporta evidencia de que el dolor dental es una queja común incluso en los pacientes en buen estado de salud bucal.³⁰

El estudio de prevalencia de dolor orofacial y malestar por Locker en Toronto, Ontario Canadá en 1987, fue realizado a través de cuestionarios que se enviaron por correo a 1014 personas. El 53% de los que respondieron habían experimentado algún dolor o malestar en las 4 semanas previas. Los tipos más comunes de dolor reportados eran: dolor en los dientes con bebidas frías o calientes (28.8%), encías sangrantes (26.3%) y dolor dental simplemente (14.1%). Dolor en maxilares, mucosa oral y cara fue reportado por menos del 10% de los sujetos. Aunque muchos de estos dolores reportados eran clasificados como tenues, la mitad (50.1%) dijo que era moderadamente severo a severo. Solo el 40% de los que reportaron dolor habían visto a un médico o dentista. Las diferencias entre sexo en el reporte de dolor fueron pequeñas y estadísticamente no significativas, pero las diferencias entre las edades fueron marcadas y significativas. Los grupos más jóvenes reportaban mayor dolor y malestar que los grupos de edad avanzada. Este estudio reveló una prevalencia sustancial y significativa de dolor orofacial en la comunidad, la mayoría del cual no es objeto de atención profesional.²⁵

Los mismos autores del artículo anterior publicaron un estudio del impacto del dolor orofacial en el mismo año en la *J Dental Research*.²⁷ Realizados por correo los cuestionarios, encontraron 39.7% de prevalencia de dolor orofacial en las 4 semanas previas. Un impacto psicológico, en forma de preocupación angustia, se reportó en el 70% de los que experimentaron dolor, mientras el 58% registró uno o más impactos en el comportamiento. El impacto en el comportamiento más común fue consultar al médico o al dentista, evitar determinados alimentos,

tomar medicamentos y una perturbación en el sueño. Impactos más severos en el comportamiento, tales como incapacidad para trabajar, necesidad de estar en cama, y la reducción del contacto social, fueron reportados por menos del 10% de los que experimentaron dolor. Los resultados evidencian que el dolor orofacial impone una influencia importante en la comunidad. Sugiere que se realicen más estudios al respecto utilizando mediciones más sensibles. Los resultados observados en este estudio concuerdan con los reportados por Reisine (1985) y Cushing et al.(1985).³ Reisine reportó que, durante un año de estudio, 25% de los empleados que participaron experimentaron pérdida de trabajo como resultado de visitas al dentista o de los síntomas que padecían, con una pérdida total de 1.26 horas por persona como un promedio total. Aunque la muestra de pérdida de trabajo es pequeña, su impacto económico en términos de productividad es de considerarse.

Cushing (1985), desarrolló una medición del impacto social basada en las restricciones alimenticias, de comunicación, dolor, malestar y inconformidad con el aspecto estético. Este fue usado en un reporte de adultos de los cuales 71% reportó uno o más impactos.

En otro estudio estadounidense realizado en 1993 por James A. Lipton, estimaron que 39 millones de adultos de la población civil de Estados Unidos experimenta o ha experimentado recientemente algún tipo de dolor orofacial. Encontraron una diferencia importante según el sexo. Las mujeres reportaron mayor incidencia de dolor en la articulación temporomandibular (ATM) que los hombres (6.9% vs 3.5% respectivamente) y en la cara o barbilla (1.9% vs 0.9%). Respecto a la raza y origen étnico, observaron que la raza blanca norteamericana reportaba mayor prevalencia de dolor en la cara y en la ATM, más de dos veces la reportada por los hispanos. Los afroamericanos y los hispanos reportaron la mayor prevalencia de dolor dental. Y estima que va disminuyendo el reporte de dolor dental y de ATM con la edad, mientras incrementa la prevalencia de encías sangrantes que se presentan en los grupos de mayor edad. El dolor facial permanece relativamente constante.²⁹

Estudios recientes, muestran que los signos y síntomas de los padecimientos de ATM están ampliamente distribuidos en la población, con 12 a 59% que reportan por lo menos un

síntoma; 3 a 18% experimentaron dolor. Otros estudios subsecuentes muestran que aproximadamente el 12% sufre de dolor facial asociado la ATM. Von Korff et al., encontró que, entre los individuos que se quejan de dolor facial, dos tercios experimentaron dos o más episodios en los 6 meses previos y otro 28% reportó dolor en más de la mitad de los días durante ese período. Salonen, encontró una prevalencia menor con 5% que tenían dolor al movimiento mandibular, y 7% que sentía dolor al masticar. Usando datos de 1989 (National Health Interview Survey), Lipton et al., reporta que el 5% de los adultos norteamericanos tuvieron dolor crónico en la ATM o frente a los oídos en los 6 meses previos.³

“Los rangos de prevalencia de dolor varían según la edad, tendiendo a ser mayores en los adultos jóvenes”, según Schiffman EL, 1990.

Los resultados más interesantes resultan en relación con los reportes del Sickness Impact Profile SIP . Todos los pacientes reportaron disfunción en por lo menos uno de las 7 subescalas del SIP usadas en el estudio; distribuida de la siguiente manera: 83%, con problemas en las interacciones sociales, 57% dificultades en el funcionamiento intelectual, y 37% conflictos con respecto al trabajo. Después de 6 meses, se notó un mejoramiento en cada subescala, aunque una mitad de los pacientes continuaba experimentando disfunciones en la interacción social. Una comparación de los datos obtenidos con los de un grupo de pacientes cardíacos, mostró que, antes del tratamiento, los pacientes afectados de la ATM estaban mayormente afectados que los pacientes cardíacos en las áreas de dormir, interacción social, funcionamiento intelectual y comunicación. Estos estudios documentan el impacto tan significativo en el funcionamiento intelectual, social y emocional de los pacientes que padecen de la ATM.³

En diversas publicaciones los autores expresan la necesidad de desarrollar otras mediciones del impacto en la calidad de vida que sean relevantes y específicas para los niños y sus familias, para la prevención de las enfermedades y programas para la promoción de la salud. Así lo señala Weintraub JA en su estudio en 1998.¹⁵ White BA. en el mismo año, señala también la necesidad de más trabajos que involucren a los pacientes, a los odontólogos y a los administradores de planes dentales en el desarrollo de las preguntas y cuestionarios. Dice que en

la actualidad las formas de medición del impacto de la salud dental en la calidad de vida tienen una aplicación limitada en el medio odontológico, y que de no desarrollarse nuevos trabajos, los métodos de medición ya existentes no podrán ser utilizados con eficacia en odontología. La incidencia de proyectos para el manejo dental de las mediciones al respecto se encuentran esparcidas, limitando el potencial de análisis posteriores.²²

En el resumen de una conferencia, publicado en 1998 en la revista *Community Dent Health*, en la que participó Reisine ST entre otros, evaluaron la existencia de formas de medición del impacto de la salud bucal en la calidad de vida y recomendaron que se enfoque hacia nuevas direcciones para su uso en la investigación de la salud bucal en la actualidad.

También señalan la inmediata necesidad de estudios posteriores que modifiquen y usen los instrumentos de medición ya existentes en la investigación de la salud bucal.¹⁷

En el año 2000, Tapsoba H; Deschamps JP y Leclercq MH, elaboraron el estudio de un método diseñado para la medición del impacto en la calidad de vida de la salud bucal, aplicándolos en niños y adultos en Nueva Zelanda, Alemania y Polonia. El Oral Health Related-Quality Of Life OHRQOL. El cuestionario aplicado en niños consiste en tres factores estructurales: el reporte personal de signos y síntomas padecidos, la percepción del bienestar bucal, y del funcionamiento social y físico. En adultos se identificaron 5 factores estructurales en vez de los tres hipotetizados en niños: dos dimensiones en los síntomas reportados, y dos dimensiones independientes en cuanto al funcionamiento físico y social. La similitud entre estos factores en los dos cuestionarios aplicados fue demostrada por su estudio en los tres países aplicados. Su estudio proporciona evidencia de la estabilidad entre diferentes culturas del OHRQOL, tanto en niños como en adultos.¹⁸

Podemos encontrar otros estudios que utilizan diferentes métodos de medición en la cuantificación del impacto de los padecimientos bucales en la vida diaria, en su gran mayoría, refiriéndose a personas de edad avanzada, o adultos. Se ha concluido que si afectan frecuentemente la calidad de vida de las personas mayores: ya sea en dificultad para hablar, para comer, para dormir, en su estabilidad emocional o en sus actividades sociales; así lo afirma

Sheiham A. en el año 2001. Un 73.6% de 501 adultos entre 35 y 44 años que participaron en un estudio realizado en una zona rural de Tailandia, resultaron afectados en los últimos 6 meses en por lo menos una actividad diaria: comer (49%), estabilidad emocional (46.5%) y al sonreír (26%) entre las más frecuentes. El dolor y el malestar fueron la causa principal referida del impacto en las actividades (40.1%), excepto sonreír. Estos adultos fueron también examinados clínicamente y mostraron una incidencia baja de caries. Concluyeron que las personas con éstas características presentan una prevalencia en el impacto social de las condiciones bucales tan alta como las poblaciones industrializadas y con mayor incidencia de enfermedades bucales.²⁰

El Dental Impact on Daily Living DIDL es otro de los métodos socio-dentales de medición, tiene tres dimensiones: apariencia, bienestar, dolor, comportamiento y restricción en alimentos. Difiere de otros indicadores socio-dentales en que reporta el impacto de los padecimientos bucales en la vida diaria, la importancia que le atribuyen a tal impacto los entrevistados, y su estado de salud dental. El DIDL es otra herramienta muy útil combinada con otras estadísticas clínicas.²¹

2.3 Impacto en el desarrollo y crecimiento infantil del dolor orofacial

Con respecto al impacto social del dolor bucal en los niños existen una cantidad más limitada de reportes. Uno de ellos fue publicado en la British Dental Journal en 1999, acerca de la prevalencia y el impacto del dolor dental en niños de edad escolar de 8 años en Harrow, Inglaterra. De los 589 niños entrevistados, la frecuencia de dolor dental previo fue 47%, y el dolor dental provocó que lloraran en 17.7% de los niños. 7.6% de los niños tuvo dolor dental en las 4 semanas previas (45 niños). Entre estos 45 niños, el dolor reciente resultó en una visita al dentista en 41.9% (19 niños, 32% de todos los niños), en no poder jugar 26.7% (12 niños, 2.0% de todos los niños), dejar de comer en 73.3% (33 niños, 5.6% de todos los niños), dejar de dormir en 31.1% (14 niños, 2.4% de todos los niños) y dejar de ir a la escuela en 11.1% (5 niños, 0.8% de todos los niños). En las conclusiones afirman que el dolor dental en los niños es un problema evaluable, y tiene repercusiones substanciales en los niños y sus tutores. La medición

en este sentido del malestar y el dolor es un indicador evidente de salud bucal, y puede ser una meta de los sistemas dentales. Señala que hay necesidad de realizar estudios posteriores para evidenciar si la efectividad y eficiencia de los servicios dentales está respondiendo a la gente que padece de dolor orofacial.¹³

En la Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud Oral, PSA Goes presentó un estudio de la prevalencia y las características del dolor dental en niños en edad escolar relacionado con variables sociodemográficas, en Recife, Brasil. De 1052 adolescentes de 15 años, reportó que la prevalencia de dolor dental en los 6 meses previos fue de un 33% en los niños de condición socioeconómica baja, 1.6 veces mayor que aquellos de clase privilegiada. La prevalencia de dolor dental en niños de clase social baja en los últimos seis meses que asistían regularmente al dentista fue de 37%. Los resultados indican que los servicios dentales convencionales no atienden las necesidades de los problemas dentales. Concluye que el alto porcentaje de dolor dental en niños que acuden regularmente al dentista, es un fuerte indicador de la necesidad de promoción bucal de salud.¹⁴

En la misma conferencia antes mencionada, M.I.S. Cortes y W.Maceres presentaron su reporte, un estudio control para evaluar el impacto en la vida diaria de 68 niños (entre 12 y 14 años) brasileños con fracturas dentales no tratadas que involucraban dentina. El grupo control fueron 136 niños con ninguna lesión traumática. Sus resultados mostraron que los niños con fracturas dentales no tratadas estaban 10 veces más afectados en su vida diaria que el grupo control. Principalmente en sonreír, en comer, en disfrutar el contacto con otras personas.⁵²

En otro estudio realizado en Estados Unidos en el 2000 acerca del dolor dental en niños y sus consecuencias, señalan: "Fracaso en documentar de un problema de salud, deriva generalmente en un problema de atención al mismo." Mientras "The National Health Interview Survey" reporta que uno de cada siete adultos en E.U. ha experimentado dolor dental en seis meses, no existe ningún reporte federal publicado del dolor dental infantil. Un análisis especial de "The National Health Interview Survey" reveló que 11.2% de los niños estadounidenses entre dos y diecisiete años visitaron al odontólogo en el año anterior porque padecían dolor o algún

malestar. También reportó que uno de cada cinco niños de su país tienen necesidad de atención odontológica, cantidad tres veces mayor que la de necesidad de atención médica. En cuanto a reportes estatales, en California, 47% de los niños en edad preescolar de la asociación “Head Start” presentaban enfermedad bucal suficientemente significativa como para afirmar que experimentaban dolor. En Oregon, 4% de los niños de “Head Start”, y en Washington 7% de los niños relacionados a “Medicaid” otra asociación norteamericana de niños de bajos recursos, necesitaron atención urgente por causa de dolor en el día de la revisión.⁴⁰

La “American Dental Association” reporta que los odontopediatras comprenden tan solo el 2 o 3% de los odontólogos en los Estados Unidos; prestan servicios de urgencia a más de cinco mil niños cada día de trabajo. Entre los especialistas, solo los endodoncistas y los cirujanos que manejan el dolor en pacientes de todas las edades, tienen un mayor número de casos de pacientes de emergencia.⁴⁰

El mismo estudio reporta que en el Hospital Infantil de Pittsburgh, la mitad de los niños que se presentaron a la sala de emergencias en un período de diez años, padecían nada más que las consecuencias de la caries. En la Universidad de Medicina de Nevada, las emergencias dentales constituían el 6% de las emergencias de los niños menores a seis años. Entre los niños que se presentaban al Hospital Infantil Columbus, Ohio, por dolor dental, un tercio presentaba abscesos dentales. Más de una de cada cuatro emergencias en el Hospital de Infantil de Seattle se trataba de su primer visita al dentista. Como un todo, los datos presentados en este estudio sugieren que el dolor agudo no de origen traumático, es más común entre los niños de clases sociales bajas. Los niños de “Medicaid” buscan servicio de emergencia dental una mitad de veces más frecuentemente que los niños de mayores recursos económicos.⁴⁰

De 74 niños que se presentaron en emergencias durante unas cuantas semanas en el Hospital Infantil Columbus en 1998, 52% habían sufrido dolor durante una semana o más antes de presentarse al hospital, según sus padres. La razón más común de buscar tratamiento era el dolor y la incapacidad de comer. Solo el 18% de los padres asistió a consulta tan pronto como el niño presentaba síntomas. Más de la mitad de los padres esperaba la extracción inmediata como

tratamiento. El dolor dental, los padecimientos bucales tratados y especialmente los no tratados, están desproporcionalmente localizados entre los niños pobres, y la prevalencia no va disminuyendo.⁴⁰

Hay un gran número de datos relativos a que la calidad de vida mejora significativamente después de la atención de los padecimientos bucales más severos como el síndrome de biberón. Los padres reportan que por primera vez los niños son capaces de jugar en silencio, dormir toda la noche, completar la comida y ya no se muestran irritables y distraídos.

También refieren que su propia calidad de vida ha mejorado, a causa de que el niño se encuentra en mejor disposición emocional.⁴⁰

El impacto socio-económico de los días perdidos de trabajo y de escuela son significativos, con un estimado de 41 millones de días de actividad restringidos a causa de problemas dentales según The National Health Interview Survey de Estados Unidos.⁴⁰

En un estudio relativo al dolor dental y el bienestar general de los niños, describe el patrón común de los niños que padecen dolor orofacial crónico e infección prolongada: malnutrición y bajo peso; no pueden llevar una dieta balanceada, consumen abundantes líquidos azucarados; si aparece normal en peso, presenta una nutrición inadecuada para un óptimo crecimiento y desarrollo, afectados en forma secundaria por el dolor crónico y sus efectos en las catecolaminas y la regulación hormonal del crecimiento. Dice que el dolor dental resulta en pérdida de días de escuela, y que tiene un profundo y probablemente irreversible impacto en el desarrollo infantil, también señala que su mayor prevalencia se concentra en los más pobres según el U.S. Department of Health and Human Services, año 2000.⁴²

Con más de la mitad de los niños de la escuela primaria de Ohio padeciendo caries, no es extraño esperar que a la mayoría de estos niños se encuentren incapacitados para aprender adecuadamente, según afirma el Ohio Department of Health en 1995. Elabora la siguiente hipótesis al respecto de ese mecanismo:

1)El dolor dental conduce a ingerir alimentos ricos en carbohidratos en vez de proteínas y limita el crecimiento neural que tendría lugar en los años preescolares en ausencia de enfermedad.

2)El dolor dental provoca una incapacidad de concentración en casa debida al dolor, noches con insomnio derivan en días con sueño y en incapacidad de concentrarse en la escuela.

3)El dolor crónico eleva las catecolaminas hasta el punto en el que el crecimiento y desarrollo se ven afectados por medio de mecanismos de retroalimentación endócrina.⁴²

El estudio invita a investigaciones futuras que confirmen esta hipótesis. Haciendo otra consideración en la espiral larga de afecciones del dolor orofacial, plantea otro cuestionamiento: ¿Los niños que sufren dolor dental en los primeros años de vida son los mismos que desarrollan fobia al dentista en el futuro?, ¿El dolor dental temprano predice un comportamiento negativo en futuros tratamientos?. Al continuar bajando esta espiral consideran los efectos potenciales que puede tener el dolor orofacial y la caries no tratada en la salud física, la dieta, la función inmunológica, la fijación de proteínas. Miles de niños viven con dolor dental crónico y su efecto colectivo en la salud es aun desconocido.⁴²

Al Kattie reporta una evidencia de como el dolor orofacial que padecen los niños influye en los roles bio-psico-sociales que desempeñan, y por lo tanto en su crecimiento y desarrollo. Realizó un estudio sobre las ausencias escolares relacionadas con las enfermedades dentales, artículo publicado en el año 2001.⁴¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor orofacial como problema de salud pública en México se hace evidente al conocer que es el síntoma más común de las enfermedades bucales, y que un alto porcentaje de la población infantil padece episodios de enfermedad bucal. Este estudio pretende evaluar el impacto que tiene en las actividades cotidianas de los niños este fenómeno, y qué aspectos de su desarrollo y crecimiento se están viendo afectados.

El Distrito Federal tiene una población total de 8,605,239 habitantes, de los cuales 1,352,670 son niños de 6 a 14 años. De este total, 90,646 niños no saben leer ni escribir, esto es el 3.6%; 1,352,670 si saben leer y escribir. La población analfabeta de 6 a 14 años de edad constituye el 2.9%. El porcentaje de niños sin instrucción es el 12.1% y el 71.7% tiene estudios de postprimaria.⁵⁰

Existen 3,462 escuelas en la Ciudad de México. El 95.7% de los alumnos de 6 a 14 años si asiste a la escuela y el 4.3% no asiste. El Distrito Federal es tan solo el 0.1% de la superficie total del país y el salario mínimo de las personas son \$40.35 diarios. Como podemos observar la mayoría de los niños en esta ciudad tienen acceso a la escuela pero un porcentaje importante, el 12.1% han abandonado por algún motivo la primaria.⁵⁰

En el Distrito Federal la principal causa de mortalidad en los niños de edad escolar son los accidentes, que fueron causa de 97 de las 376 defunciones en 1999. El segundo lugar lo ocupan los tumores malignos que cuyas defunciones atribuidas en el mismo año fueron 76.⁴⁸

La esperanza de vida en esta ciudad es de 74.80 años promedio hombres y 79.14 mujeres. La tasa de mortalidad general es 5.32 (tasa por 1000 habitantes) y la de los niños en edad escolar es 2.33 (tasa por 10,000 habitantes de 5 a 14 años).⁴⁸

El total de la población derechohabiente usuaria (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN, SM, Estatal) en el D.F. son 5,703,286. En las instituciones públicas del sistema nacional de salud de la Ciudad de México cuentan con 5,068 médicos generales, 1,474 pediatras y 1,746 odontólogos. A nivel nacional 35,782 médicos generales, 6,305 pediatras y 8,764 odontólogos. Como podemos observar una gran mayoría de los cirujanos dentistas que ejercen en el sector público del país están en el Distrito Federal. Estimamos entonces un aproximado de 3,266 pacientes por odontólogo en las instituciones públicas del D.F., si es que todos asistieran a consulta. Mientras son 1,125 pacientes por médico general. Sin embargo, de un total de 31,247,396 consultas realizadas en 1999 en el D.F., solamente 2,146,618 fueron odontológicas; el 6.8%.⁴⁸

En las unidades médicas privadas con servicio de hospitalización según el tipo de establecimiento, cuentan con 10,195 médicos generales en el D.F., 706 pediatras, y 260

odontólogos concentrados en el D.F. de los 1344 que son a nivel nacional.^{48,50} En un país en el que el salario mínimo asciende a 40.35 pesos diarios no puede afirmarse que la mayor parte de la población tiene acceso a los servicios odontológicos privados, a pesar de la gran cantidad de odontólogos disponibles en este sector. Nos preguntamos entonces, ¿Qué calidad de vida tienen ese gran número de habitantes que no asiste a consulta médica y padece de enfermedades bucales?.

En cuanto a las características sociodemográficas de la Ciudad de México, se conoce que el promedio de ocupantes por vivienda es 4.2, que el 98% de las viviendas cuentan con agua entubada y drenaje y que el 96.6% del D.F. es considerada zona urbana.⁴⁹

En esta ciudad, el año pasado se destinaron tan solo \$70,392.6 del presupuesto para la salud en campañas de prevención y control en general; mientras \$25,784,276.0 se utilizaron en atención médica.⁴⁸

JUSTIFICACION

Medir el estado de salud bucal de la población y evaluar si los servicios que se prestan están en relación con la demanda generada por medio de indicadores sociales del impacto que tienen las enfermedades dentales en la calidad de vida de los pacientes, constituye una opción de estudio viable y que, aplicada en diferentes sectores de la población de la ciudad, puede aportar una crónica multidimensional que enriquecerá los numerosos indicadores clínicos de la prevalencia de las enfermedades dentales, además de que aportará evidencia de la creciente demanda de prevención de la salud implícita.

El cambio de idea que tiene lugar en la actualidad que consiste en tratar de encontrar las causas de las enfermedades en las organizaciones sociales ha generado un creciente interés de la sociedad moderna en la Salud Preventiva en las últimas décadas. Este hecho entre otros, ha producido diversos cuestionamientos entre los investigadores, padres de familia, clínicos de la salud y, en general, de la sociedad acerca de la relación que existe entre la salud dental y el desarrollo bio-psico-social infantil, así como el efecto de este complejo en el infante. Así pues, se

ha considerado trascendente estudiar dicha relación, con el propósito de analizar el papel que desempeña en la vida del niño en la ciudad de México un problema de salud tan importante como el dolor orofacial.

El estudio planteado ayudará, entre otros aspectos, a conocer la relación salud dental-desarrollo biopsicosocial infantil, y proporcionará información que será útil para clínicos, padres e investigadores sobre una forma específica de evaluación de las consecuencias sociales y de desarrollo infantil asociadas al dolor dental que padecen los niños, evaluación basada en indicadores sociales.

Por otra parte, la investigación contribuirá a contrastar los datos sobre el dolor dental y su impacto social recopilados en otras comunidades y países, con los resultados obtenidos en la comunidad seleccionada de la Ciudad de México. Se trata de una investigación que nace de la continua necesidad de medir el estado de salud real de la población, y de una comprensión de la existencia innegable del carácter cultural y social del conocimiento médico.

HIPÓTESIS

El dolor orofacial tiene un impacto inmediato y profundo en la calidad de vida y en las actividades psico-sociales de los niños. La prevalencia del dolor orofacial es alta.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto social del dolor asociado a las enfermedades dentales en niños en edad escolar de 7 a 12 años que asisten a la clínica de Odontopediatría de la Unidad de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, que se localiza en la zona sur de la Ciudad de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar si el dolor asociado a las enfermedades dentales tiene una influencia significativa en el desarrollo social infantil.

2. Evaluar cuales son los roles sociales más afectados por el dolor orofacial que padecen los niños.

3. Determinar si variables como sexo tienen influencia con respecto a las repercusiones sociales del dolor orofacial.

4. Analizar si existen o no diferencias según las distintas edades de los niños en relación a la importancia atribuida al dolor orofacial y su impacto social.

5. Determinar si es mayor el impacto social en niños que pertenecen a familias de menor ingreso.

6. Determinar si la prevalencia de dolor orofacial está principalmente concentrada en niños de familias de menor ingreso.

7. Determinar si los niños cuyos padres tienen un menor nivel educativo se encuentran más afectados por el dolor orofacial, que los niños cuyos padres tienen mayor grado de escolaridad.

METODOLOGÍA

a. Selección de los sujetos de estudio

Criterios de inclusión: Niños entre 7 y 12 años de edad que acudan a la clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, que accedan voluntariamente a participar en la entrevista y que hablen español.

Criterios de exclusión: Niños menores de 7 años y mayores de 12; niños que padezcan algún padecimiento que les impida el razonamiento de las preguntas, por ejemplo, retraso mental.

b. Tipo y tamaño de la muestra

400 niños serán utilizados en el estudio.

c. Selección de las variables

Variables independientes: El propósito de utilizar las siguientes variables es determinar si estas tienen relación con el impacto social del dolor bucal referido.

1) **Edad:** Para cada niño la edad que se registra es en años únicamente, según su último cumpleaños.

2) **Ingreso familiar:** El ingreso registrado es el total de todo el ingreso percibido en salarios mínimos oficiales por los miembros de la familia en el período de 12 meses que precede a la entrevista. Se incluye el ingreso de todas las fuentes, por ejemplo, sueldo, honorarios, pensiones, ayuda de parientes etc.

3) **Educación:** Esta categoría muestra los años de escuela terminados en el caso de los padres y en el caso de los niños el año en el que se encuentra inscrito. Solo se incluyen los años o grados cursados en escuelas regulares donde se les da una educación formal. La escuela regular es aquella que lleva a la persona a obtener un grado de primaria, secundaria, preparatoria, universidad o grado de escuela profesional. La educación comercial, o de escuelas de negocios no se considera para determinar un nivel más alto de escolaridad.

4) **Sexo:** Masculino o Femenino

Variables dependientes: La prevalencia de dolor orofacial, si tuvieron o no un episodio de dolor bucal, si les impidió o no realizar sus actividades cotidianas, en relación a lo siguiente:

1) **Impacto en la alimentación:** si es que no comió lo que habitualmente come debido al dolor o malestar bucal.

2) **Impacto en la comunicación:** si se vio afectado al hablar o en su pronunciación a causa del dolor.

3) **Impacto en el descanso:** si el dolor le impidió al niño dormir correctamente.

4) **Impacto en el aprendizaje:** si tuvo repercusiones el dolor en las calificaciones del niño o en su concentración en actividades escolares.

5) **Impacto en actividades de esparcimiento:** siendo también parte importante en el desarrollo del niño, evaluar si se vieron afectadas debido dolor que padeció.

6) Impacto Psicológico: si el dolor orofacial constituyó una preocupación en el niño.

7) Impacto en actividades diarias: a) Tiempo perdido de escuela: días de escuela perdidos en los pasados 12 meses debido a problemas de dolor bucal y visitas al odontólogo.

b) Restricción de la actividad normal: número de días en los pasados 12 meses en que actividades cotidianas del niño fueron reducidas o totalmente restringidas.

d. Método de recolección de datos

Se realizará un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo que permita la medición del impacto social en base a las actividades diarias modificadas en los últimos doce meses relacionados a la prevalencia de dolor orofacial.

e. Materiales y equipo a emplear

Se aplicará un cuestionario (anexo 1), fue diseñado para recabar información de la experiencia de dolor orofacial, su severidad, frecuencia e impacto. Sin embargo, aunque no fue planeado con la intención de ser un instrumento de diagnóstico, las preguntas involucran el dolor que es característico de los padecimientos dentales, de los maxilares, de la mucosa oral, de la articulación temporomandibular y del nervio trigeminal.

f. Métodos de registro y procesamiento

Vamos a agrupar los datos para hacer más fácil su análisis de la siguiente forma:

La edad se dividirá en 3 grupos: entre 7 y 8 años, entre 9 y 10 años y entre 11 y 12 años cumplidos. El nivel de ingresos se dividirá en 5 grupos según el número de salarios mínimos percibidos durante los pasados 12 meses.

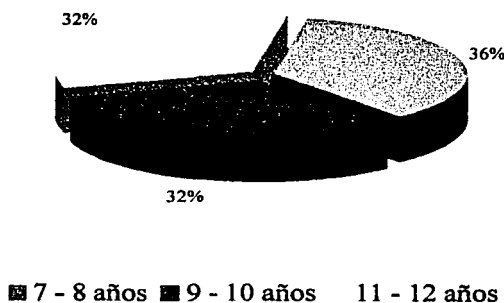
El cuestionario estará dividido en 5 áreas: 1. Datos familiares, 2. Datos personales, 3. Prevalencia, 4. Intensidad, y 5. Impacto social. El impacto social se clasificará según las facetas afectadas en la vida del niño por el dolor orofacial en siete grupos: alimentación, comunicación, descanso, aprendizaje, esparcimiento, psicología, actividades diarias.

Se utilizarán hojas de lectura óptica y el programa de estadísticas SPPSS 10 para Windows en el procesamiento de los datos.

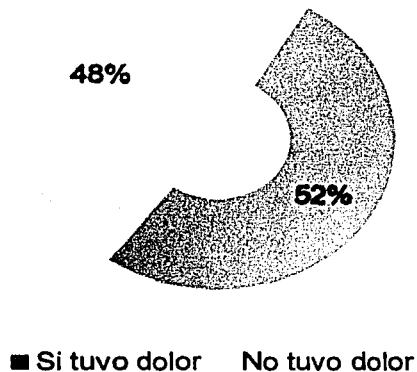
RESULTADOS

El total de la muestra fue de 400 niños que asistían a la escuela, poco más de la mitad fueron del sexo femenino (50.5%), la mayoría fueron pacientes entre siete y ocho años (35.8% n=143), que cursaba el primero y segundo año de primaria (33.2% n=133), con un ingreso familiar mensual entre dos y cuatro salarios mínimos (35.8% n=143) durante los doce meses anteriores a la encuesta, cuyos padres tenían un nivel educativo de secundaria (padres 29.8% n=119, madres 39% n=156).

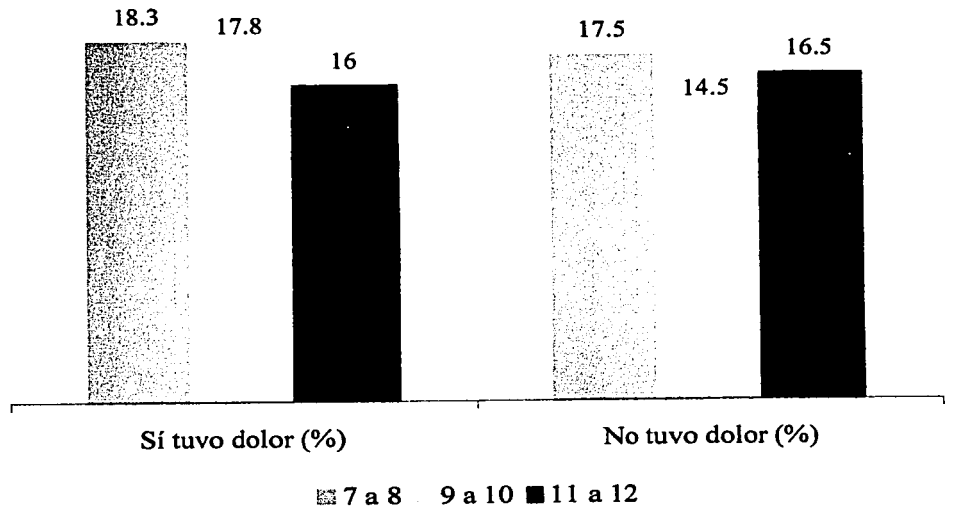
Grupos de edad

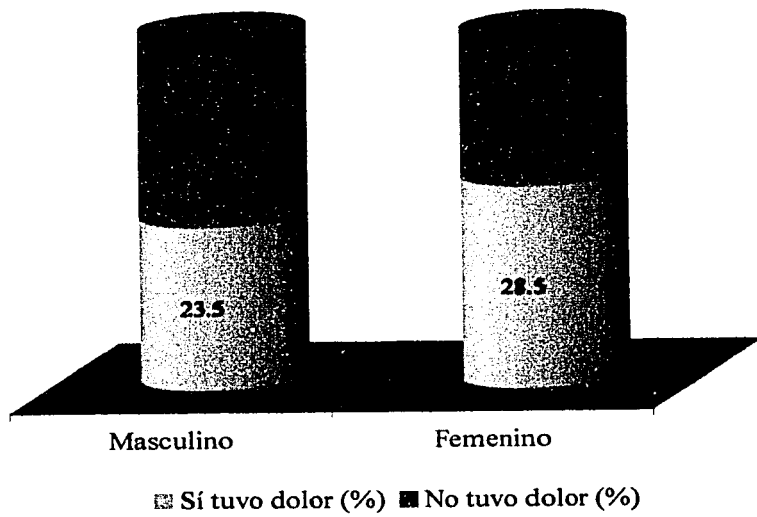


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Prevalencia de dolor orofacial**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

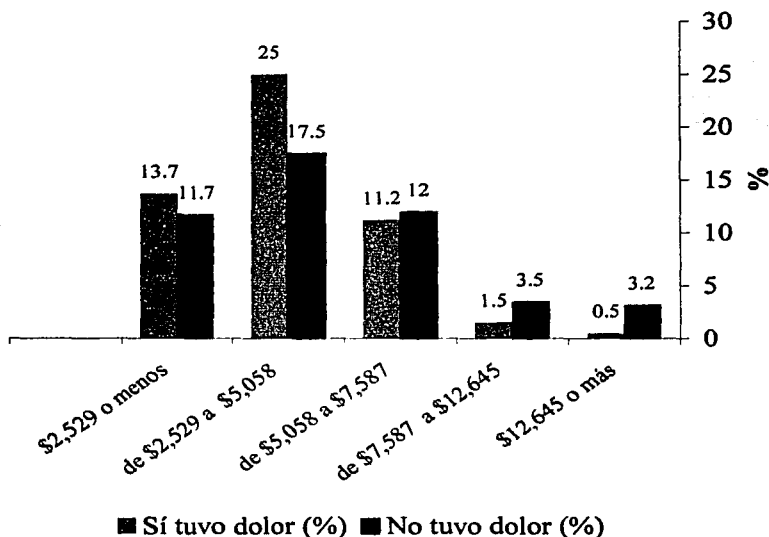
Se encontró una mayor prevalencia de dolor orofacial en los niños que tenían siete u ocho años (18.3% n=73), y menor en aquellos que tenían 11 o 12 (16% n=64). La mayoría de los pacientes que reportaron haber padecido dolor en los últimos doce meses fueron del sexo femenino (28.5% n=114), y pertenecían a familias cuyo ingreso mensual iba de 2 a 4 salarios mínimos, es decir, de \$2,529 a \$5,059 (25% n=100).

Relación de edad con prevalencia de dolor orofacial**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Relación del género con la prevalencia de dolor orofacial

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

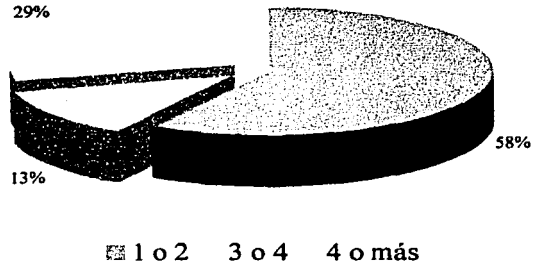
Relación del ingreso familiar mensual con la prevalencia de dolor orofacial



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

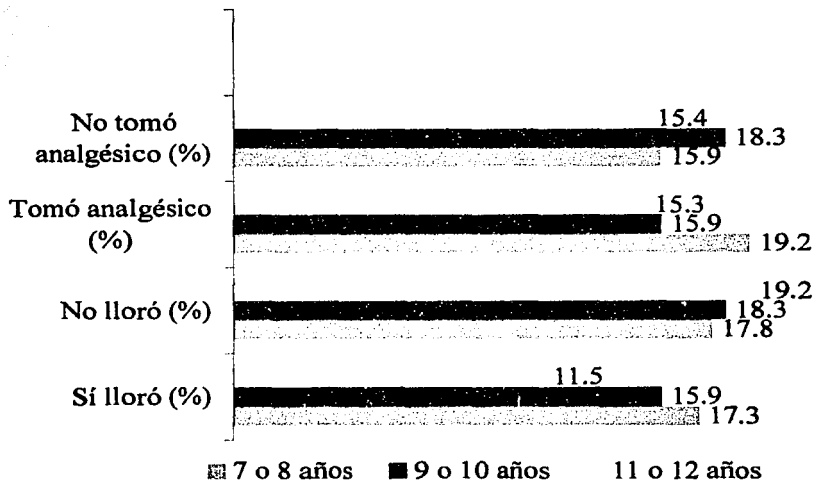
La mayoría de aquellos que padecieron dolor orofacial tuvieron uno o dos períodos en el año (58.7% n=122), a poco más de la mitad no los hizo llorar el dolor (55.3% n=115), y sí necesitaron de algún analgésico (50.5% n=105). La mayoría no tuvo que permanecer en cama debido al malestar (88% n=183), ni dejó de asistir a la escuela por lo mismo (76% n=159).

Períodos de dolor al año



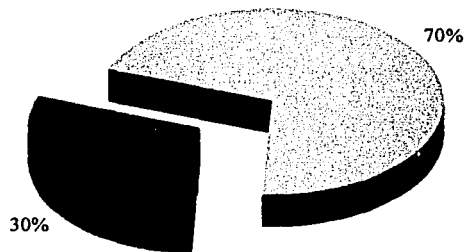
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Intensidad del dolor



Del total de pacientes que tuvo dolor (n=208), la gran mayoría sí fueron al dentista a causa de éste (70% n=146), y también asistieron a consulta casi todos los niños que habían llorado debido a la intensidad de su molestia (89% n=83). La minoría que no fue al odontólogo a pesar de que el dolor les había causado llanto (10.8% n=10), pertenecía a familias cuyo ingreso es menor a seis salarios mínimos mensuales.

Relación de la prevalencia de dolor con las visitas al odontólogo



■ Asistió (%) ■ No asistió (%)

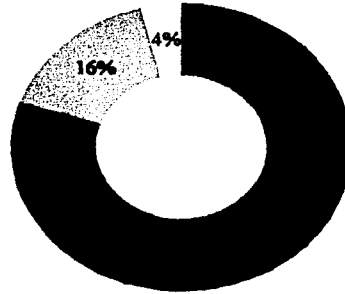
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Relación entre la asistencia al odontólogo a causa del dolor orofacial, el nivel de ingreso familiar mensual y la intensidad.

			Floro por el dolor	Porcentaje de la submuestra	No floro por el dolor	Porcentaje de la submuestra	Total
Si fue al dentista	Ingreso familiar (\$)	Menos de 2,529	29	34.9	11	17.4	40
		De 2,529 a 5,058	38	45.8	35	55.5	73
		De 5,058 a 7,587	15	18	11	17.5	26
		De 7,587 a 12,645	1	1.2	4	6.3	5
		Más de 12,645	0	0	2	3.2	2
	Total		83	100	63	100	146
No fue al dentista	Ingreso familiar (\$)	Menos de 2,529	2	20	13	25	15
		De 2,529 a 5,058	4	40	23	44.2	27
		De 5,058 a 7,587	4	40	15	28.8	19
		De 7,587 a 12,645	0	0	1	1.9	1
		Más de 12,645	0	0	0	0	0
	Total		10	100	52	100	62

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Días que permaneció en cama



■ 1 a 2 ■ 3 a 7 ■ Más de 7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los pacientes que sí permanecieron en cama debido a la intensidad del dolor orofacial (12% n=25), todos ellos pertenecientes a familias cuyo ingreso mensual es menor a 6 salarios mínimos, estuvieron en ese estado uno o dos días en la mayoría de los casos (80% n=20). Casi la mitad de ellos (40% n=8) pertenecieron al grupo de menos de dos salarios mínimos como ingreso mensual familiar.

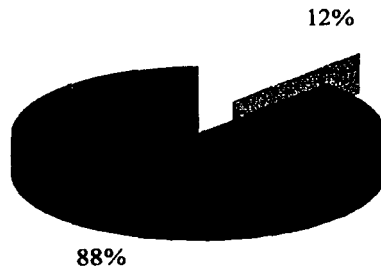
Pacientes que permanecieron en cama o no asistieron a la escuela debido al dolor orofacial

Nivel de ingreso familiar mensual (\$)	Estuvo en cama	Porcentaje de la submuestra	No asistió a la escuela	Porcentaje de la submuestra
Menos de 2,529	10	40	21	42.8
Entre 2,529 y 5,058	7	28	17	34.7
Entre 5,058 y 7,587	8	32	11	22.5
Entre 7,587 y 12,645	0	0	0	0
Más de 12,645	0	0	0	0
Total	25	100	49	100

Los pacientes que tuvieron inasistencias escolares a causa del dolor orofacial (23.6% n=43), en su mayoría tenían siete u ocho años (36.7% n=18), y faltaron uno o dos días (65.3% n=32). Las visitas al dentista fueron motivo de más de una semana de ausencias escolares durante los pasados doce meses en casi la mitad de los niños que presentaron dolor orofacial (47% n=99) de los cuales la mayoría tenía siete u ocho años (35% n=73), y no les afectó en sus calificaciones (88% n=183), ni se sintieron distraídos en clase o dejaron de realizar actividades escolares (81% n=18.3).

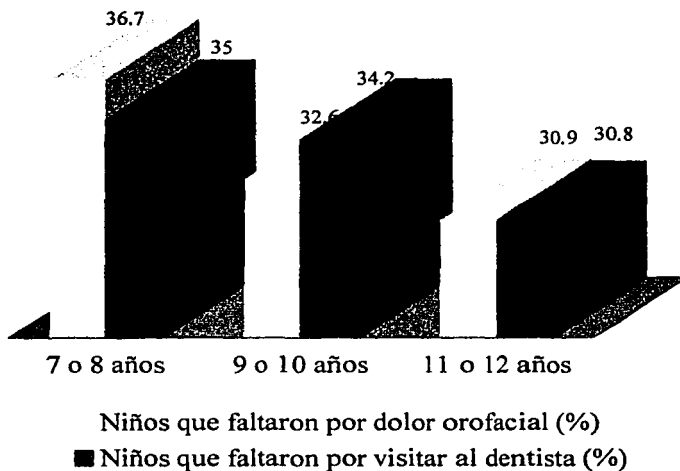
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Impacto del dolor orofacial en las actividades escolares



Si le afectó ■ No le afectó

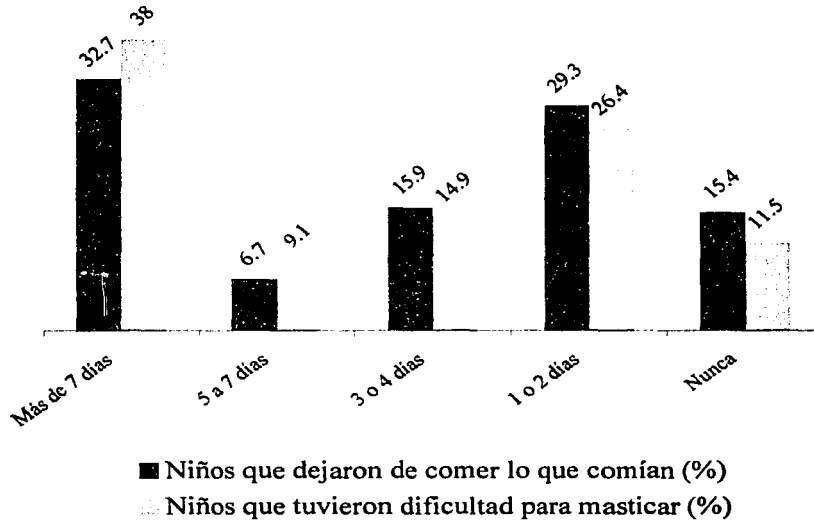
Inasistencias Escolares



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La gran mayoría de los niños que tuvieron dolor orofacial dejaron de comer lo que normalmente comían (84% n=176); la media fue 1.932, y la desviación estándar 1.51. Tuvieron dificultad para masticar (88.5% n=184); la media fue 1.77, y la desviación estándar 1.49. De éstos la mayor parte no comieron como lo hacen habitualmente (38.6% n=68) ni masticaron cómodamente (42.9% n=79) durante más de una semana.

Impacto del dolor orofacial en la alimentación



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

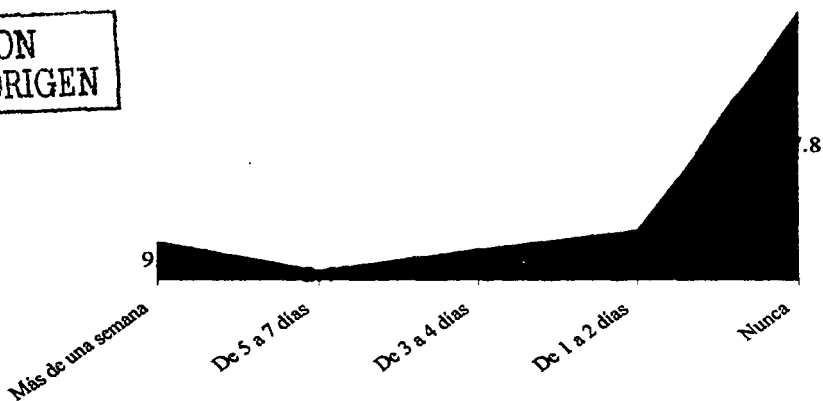
La mayor parte de los pacientes que presentaron dolor no tuvieron problemas de comunicación, es decir, no reportaron dificultad para pronunciar ciertas palabras o para hablar claramente (67.8% n=141); la media fue 3.917, y la desviación estándar 1.28. Tampoco se vieron afectados al descansar por la noche, es decir, reportaron que dormían normalmente y no se despertaban por el dolor (70.2% n=146); la media fue 4.420, y la desviación estándar 0.84.

Más de la mitad siguieron realizando las actividades de esparcimiento acostumbradas tales como jugar con otros o asistir a actividades extraescolares (63.5% n=132); la media fue 4.090, y la desviación estándar 1.10.

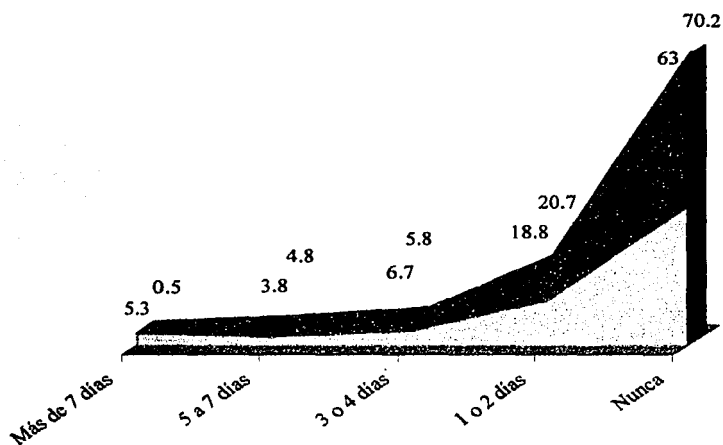
Aquellos niños que sí tuvieron dificultad para dormir correctamente (29.8% n=62), en su mayoría se vieron afectados durante una o dos noches (62.9% n=39).

Impacto del dolor orofacial en la comunicación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Impacto del dolor orofacial en las actividades de descanso y esparcimiento



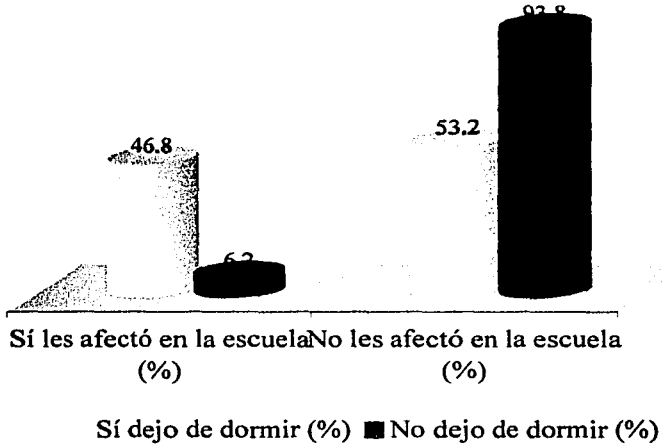
■ Dejaron de dormir normalmente (%)

▨ Dejaron de jugar o salir (%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

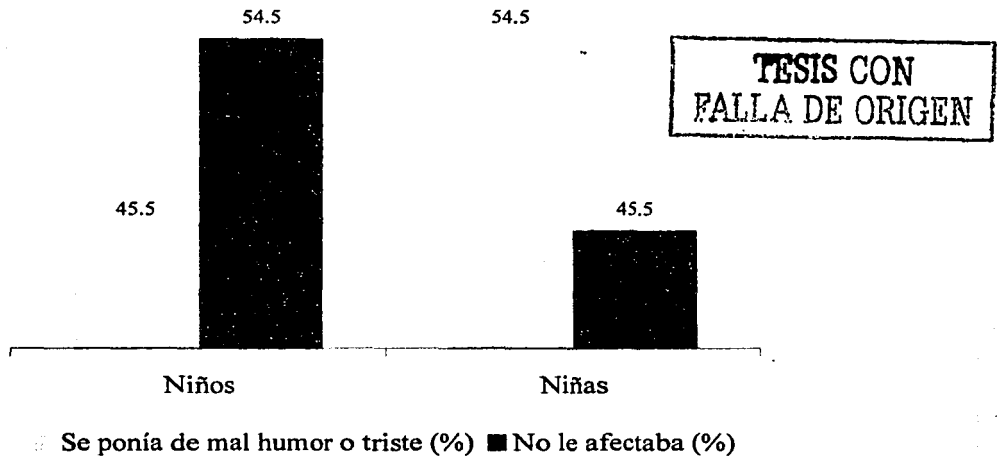
A la mayoría el dolor no les provocó estar distraídos en clase o dejar de realizar sus tareas escolares (81.7% n=18.3); la media fue 4.562, y 0.80 la desviación estándar. De todos aquellos niños que no pudieron dormir correctamente a causa del dolor orofacial (29.8% n=62), casi la mitad tuvo también dificultad para concentrarse en la escuela o realizar sus tareas (46.8% n=29).

Relación entre el impacto en el descanso y el impacto en el aprendizaje



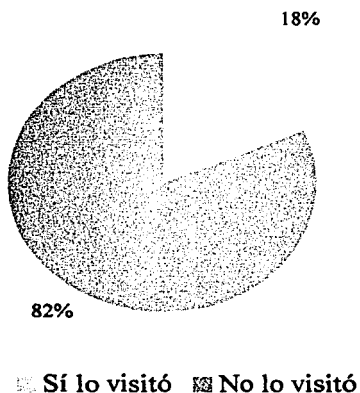
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Más de la mitad de los pacientes que tuvieron dolor orofacial se preocuparon, les provocó un estado de ánimo decaído o triste (63.5% n=132), o se pusieron de mal humor (54.3% n=113), la mayoría del sexo femenino (54.5% n=72, 52% n=59).

Impacto psicológico del dolor orofacial

Del total de la muestra ($n=400$), la mayoría de los pacientes que no reportaron dolor orofacial alguno asistieron al dentista al menos una vez durante los últimos doce meses (81.8% $n=157$), y el motivo principal de su consulta fue malposición dentaria o caries asintomática (79% $n=124$).

Visitas al odontólogo en ausencia de dolor



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DISCUSIÓN

Tomando en cuenta que una comunidad de adultos puede comportarse muy distinto a una población infantil ante la experiencia de dolor orofacial, resulta interesante realizar ciertas comparaciones entre ellas pues nos permite divisar otra perspectiva del impacto social de las enfermedades bucales en la población, por lo que realizaremos a continuación un análisis minucioso de nuestros resultados, señalando los hallazgos obtenidos en otras partes del mundo en niños y adultos.

Observamos que un alto porcentaje de la muestra padeció episodios de dolor orofacial en los pasados doce meses, así como lo documentan otros estudios realizados en adultos en diferentes partes del mundo,^{3,20,25-30} en este caso se trató del 52%, mucho mayor que el 17.7% obtenido en niños de 8 años en Inglaterra en 1999,¹³ y que el 33% obtenido en Brasil;¹⁴ y similar

al 47% que reportó dolor en un estudio de niños en edad preescolar realizado en California, Estados Unidos.⁴⁰

El problema más severo lo observamos en la alimentación, casi la mitad de los afectados por el dolor no pudo comer ni masticar correctamente durante más de una semana, lo cual resulta particularmente grave al considerar que la infancia es una etapa de crecimiento potencial en la que la alimentación juega un papel importantísimo. Coincidimos con las afirmaciones hechas recientemente en Estados Unidos: “salud bucal pobre y dolor orofacial crónico está asociado a malnutrición”, la incapacidad de comer y el dolor fueron la razón más común para buscar tratamiento en un hospital norteamericano en 1998.⁴⁰ En nuestra investigación, 84.6% dejó de comer lo que comía normalmente por lo menos uno o dos días, porcentaje similar al 73.3% obtenido en el estudio inglés antes mencionado.¹³

Al revisar los resultados nos encontramos también ante un problema de comportamiento muy evidente, más de la mitad de los pacientes que tuvieron dolor se mostró irritable, angustiado o triste a causa de su dolor, comparable con el 58% que reportó impacto en el comportamiento en otro estudio realizado en Canadá en adultos.²⁷

Fue 29.8 el porcentaje de niños para los cuales el dolor constituyó un problema de falta de sueño, muy similar al 31.1% obtenido en el estudio infantil de Sheiham en Inglaterra,¹³ también resultó consistente el 36.5% de nuestra muestra que no pudo jugar con el 26.7% obtenido en el estudio británico ya mencionado. El 32.2% de nuestros pacientes tuvieron problemas de comunicación al no poder pronunciar adecuadamente. Resulta interesante observar que el impacto del dolor orofacial en ciertas actividades infantiles puede alcanzar proporciones similares a pesar de las diferencias que puedan existir entre una muestra de niños de un poblado inglés y la muestra que nos ocupa.

No deja de llamar la atención que, a pesar de que el total estuvo constituido por pacientes que tienen acceso a los servicios de salud bucal, existió un determinado porcentaje que se encontró incapacitado totalmente y que no debe ignorarse. Impactos más severos tales como necesidad de estar en cama, la reducción del contacto social fueron reportados por el 10% , y la incapacidad para ir a la escuela por un 23.6% de los que experimentaron dolor, coincidiendo con el 10% que estuvieron en cama reportados por Locker en Toronto en un estudio realizado entre adultos,²⁷ y mayor que el 11.1% de niños que no fueron a la escuela por el dolor en el estudio realizado por Sheiham.¹³

Comprobamos que el dolor orofacial provoca una incapacidad de concentración, y no es extraño que los niños se encuentren incapacitados para aprender adecuadamente: noches de desvelo, derivan en días con sueño y en incapacidad de concentrarse en la escuela;⁴² tal como lo muestra el 46.8% del total de niños que no pudieron dormir normalmente y que tuvieron problemas de concentración y aprendizaje.

Los niños que dejaron de asistir a la escuela por causa del dolor orofacial comprenden un porcentaje importante de 23.6%, mayor al 11.1% reportado en el estudio realizado entre niños de 8 años en Inglaterra,¹³ y también llama la atención que casi la mitad de todos aquellos que tuvieron dolor, han faltado a la escuela más de una semana en el año, aunque la muestra es pequeña, su impacto social en términos de aprendizaje es de considerarse, y puede significar una suma alarmante a nivel nacional.

Al considerar la medición del impacto social, resulta relevante que el 100% de los niños que padecieron dolor orofacial reportó uno o más impactos, ya sea de restricción alimenticia, de comunicación, de aprendizaje, en actividades de esparcimiento, en su descanso o en su comportamiento; porcentaje todavía más significativo que el 71% reportado por Cushing en

1985³ o el 73% reportado por Sheiham en el año 2001 ambos en adultos, e igual al 100% que se obtuvo en otro estudio en el que utilizaron el Sickness Impact Profile SIP, también en adultos.³

Podemos observar que el dolor provocó que llorara el 44.7% de los niños, mucho mayor porcentaje que el 17.7% reportado en Inglaterra;¹³ y a diferencia de ese estudio en el que solo el 41.9% de los niños con dolor asistió al dentista, de nuestra muestra el 70.2% asistió a consulta a causa de la molestia, mientras que fue el 40% en un estudio en adultos en Canadá.²⁵ Llama la atención la diferencia y podría atribuirse a diferencias culturales, o a las características particulares los encuestados en este estudio.

El 41% experimentó dos o más episodios de dolor en los últimos doce meses, comparado con un 75% que reportó los mismos episodios en estudios en adultos de otros países,³ no hay punto de comparación con algún otro estudio infantil.

También resulta relevante observar que entre los encuestados si fue significativa la diferencia entre los niveles sociales en relación a la prevalencia de dolor. Encontramos que los niños que pertenecen a las familias cuyo ingreso familiar mensual asciende a más de seis salarios mínimos presentan una prevalencia mínima de dolor; además de que los casos más severos de dolor se agrupan en los pacientes de familias que tienen el ingreso más bajo, tal como sucede en estudios realizados en niños de otras partes del mundo^{42,40,14} Así pues, la diferencia que notamos respecto al nivel educativo de los padres es que la mayoría de los niños cuyo padre tenía estudios de licenciatura o mayor no presentaron ningún episodio de dolor orofacial en el año, lo que nos permite afirmar que el nivel de estudios de los padres puede ser directamente proporcional a la conciencia de salud con respecto a sus hijos; aunque también nos atrevemos a concluir que el acceso a los servicios de salud bucal depende más de las prioridades y posibilidades económicas de cada familia; ya que las desigualdades en cuanto al nivel socioeconómico en los resultados de

nuestro estudio, son más evidentes que las desproporciones con respecto al nivel educativo de los padres.

También podemos observar que de la minoría de pacientes que no asistieron a consulta a pesar de que el dolor les provocó llanto, todos pertenecían a familias cuyo ingreso mensual era menor a 6 salarios mínimos, por lo que coincidimos con el concepto de dolor que afirma que la clase social tiene determinada influencia en la manera en que responden los individuos ante las adversidades, y que en los niños de más bajos recursos económicos es en quienes se concentra una mayor prevalencia de dolor orofacial, además de que son los que se presentan ante un médico u odontólogo después de un largo período de padecer enfermedad bucal.

Las diferencias entre géneros en el reporte de dolor fue significativa, encontramos mayor prevalencia en el sexo femenino, por lo que podemos coincidir en atribuir esa diferencia a estereotipos culturales, como lo afirman en otras investigaciones que también han encontrado mayor incidencia entre el género femenino.^{5,7,29,38} Y con respecto a las edades, podemos ver que en la última etapa de la niñez, entre los once y doce años, la prevalencia y la severidad del dolor fue menor que en los pacientes que tenían siete u ocho años, lo cual no nos extraña debido a que a los once o doce años los niños cuentan con una dentición nueva que sería extraño que causara problemas severos de dolor tan pronto.

Con respecto a aquellos pacientes que no presentaron dolor orofacial alguno en los pasados doce meses, resulta interesante observar que en su gran mayoría sí asistió a consulta con el odontólogo y lo hizo por problemas bucales cuyo síntoma no fue dolor, lo cual no implica que el impacto en la calidad de vida de tales padecimientos sea nulo en esos niños. En otros estudios similares sería interesante estudiar esto.

CONCLUSIÓN

Después de observar el comportamiento de nuestra muestra podemos concluir lo siguiente:

La investigación se realizó entre niños que acuden regularmente a consulta, y a pesar de ello nos encontramos ante un alto porcentaje de dolor orofacial, lo cual es un fuerte indicador de la necesidad de promoción de la salud bucal.

El impacto del dolor orofacial en la alimentación de los niños fue grave; nos muestra que existe una relación muy estrecha entre salud bucal y desarrollo infantil, el dolor dental lleva a una dieta rica en carbohidratos en vez de proteínas, y es capaz de incapacitar al niño de alimentarse adecuadamente durante períodos prolongados.

Los niños que no duermen bien a causa del dolor orofacial, tampoco desempeñan sus actividades escolares correctamente, tienen problemas de concentración y aprendizaje. Pacientes con este problema representaron un porcentaje importante de nuestra muestra que a nivel nacional resultaría alarmante.

En los niños que pertenecen a las familias de más bajos recursos económicos es en quienes se concentra una mayor prevalencia y severidad de dolor orofacial. Se presentan ante un médico u odontólogo hasta que el dolor limita alguna de sus actividades, lo cual nos indica que no existe un enfoque preventivo de las enfermedades bucales por parte de sus padres.

El nivel de estudios de los padres es directamente proporcional a la conciencia de salud con respecto a sus hijos; la mayoría de los niños cuyos padres tenían estudios de licenciatura o mayor no presentaron ningún episodio de dolor orofacial en el año.

El sexo femenino presenta mayor prevalencia de dolor orofacial que el sexo masculino, en analogía con que los niños más pequeños son los más afectados.

Concluimos que el estado de salud es el producto de las fuerzas sociales, ya sea en sus variables económicas o culturales.

A pesar de que ciertamente el tipo de muestra no es representativo de 1,352,670 niños que viven en el Distrito Federal, los resultados de la investigación nos muestran que el dolor orofacial sí impacta de manera importante la calidad de vida de los niños, y que se trata de un problema que debe evaluarse en la población, es necesario cuantificar la incapacidad como resultado de las condiciones de salud bucal pediátrica. Una muestra más significativa evidenciaría entre otras cosas, si la efectividad y eficiencia de los servicios dentales está respondiendo a las necesidades de la población.

Sería sumamente interesante observar como se comportaría esta investigación en una población abierta en la Ciudad de México y a nivel nacional, ya que de comportarse en la misma forma alcanzaría proporciones graves, que alarmarían a la sociedad y a los responsables de implementar políticas de salud y quizá entonces la realización de campañas de prevención para la salud sería una prioridad y se destinaría mayor presupuesto para esta causa: equitativo al enorme presupuesto que ocupan en atención médica para enfermedades, que en muchos casos, son el producto de la insuficiencia de salud preventiva.

Miles de niños en nuestra ciudad viven con dolor orofacial crónico o agudo y su efecto colectivo en la salud es aún desconocido.

REFERENCIAS

1. Nettleton, Sarah. *"Power, Pain and Dentistry"*. London, England, 1960.
2. Hart, Nicky. *"The Sociology of Health and Medicine"*. England: Causeway Books, 1988.
3. Cohen Lois K., Gift Helen C. *"Socio-dental sciences in action"*. In:Locker D.; Reisine S. Disease Prevention and Oral Health Promotion. Munksgaard, 1995:32-71.
4. C. Turk, Dennis. *"Psychosocial Factors in Pain, Critical Perspectives"*. In: Dennis C. Turk; Robert J. Gatchel, Psychosocial Factors and Pain: Revolution and Evolution. London, England: The Guil Ford Press, 1999:481-487.
5. Gray Hard Castle, Valerie. *"The Myth of Pain"*. In: Chapter 2 Pathological Pains.Massachusetts Institute of Technology, 1999:14-23.
6. B. Morris, David. *"La Cultura del Dolor"*. México: Edit. Andrés Bello,1996:14-17
7. Le Breton, David: *"Antropología Del Dolor"*. Barcelona, España: Editorial Seix Barral, S.A., 1999.
8. Villar I. Planas de Farnes, Johannes: *"Antropología Del Dolor, Sombras que son luz"*. Pamplona, España: Elinsa, 1998.
9. Jeffrey P. Okeson, DMD. *"El Dolor Orofacial según Bell"* 5a edición. Edit. Quintessence, S.L., Barcelona,1999.
10. Welden E. Bell. *"Orofacial Pains: Clasification, diagnosis, management"*. 4th edition, Year Book Medical Publishers, INC. Chicago, 1989.
11. Cousins, Norman. *"Anatomy of an Illness"*.In: Pain is not the Ultimate Enemy.New York:Bantam Books, 1981:89-107.
12. Gary D. Slade and A. Jonh Spencer. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile.*Community Dental Health* 1994;11: 3-11.
13. M. Shepherd, P. Nadanovsky, and A. Sheiham. The prevalence and impact of dental pain in 8-year-old children in Harrow, England. *British Dental Journal* 1999,187: 1.
14. PSA. Goes, A. Sheiham, R. Watt : Dental Pain: a neglected epidemic. *I International Conference on Oral Health Promotion*, 22.
15. Weintraub JA. Uses of oral health related quality of life measures in Public Health. *Community Dental Health* 1998 Mar;15 (1):8-12.
16. Gift HC; Atchison KA. Oral Health, health, and health related quality of life. *Med Care* 1995 Nov;33(11):57-77.

17. Slade GD; Strauss RP; Atchison KA; Kressin NR; Locker D; Reisine ST. Conference summary: assessing oral health outcomes--measuring health status and quality of life. *Community Dent Health* 1988 Mar;15(1):3-7.
18. Tapsoba H; Deschamps JP; Leclercq MH. Factor analytic of two questionnaires measuring oral health-related quality of life among children and adults in New Zealand, Germany and Poland. *Qual Life Res* 2000;9(5):559-69
19. Cohen MS; Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med* 1996 Oct;43(8):1213-22.
20. Adulyanon S; Vourapukjaru J; Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996 Dec;24(6):385-9.
21. Leao A; Sheiham A. The development of a socio-dental impacts on daily living. *Community Dent Health* 1996 Mar;13(1):22-6.
22. White BA. Use of oral health related quality of life measures in managed dental care organisations. *Community Dental Health* 1998 Mar;15(1):27-31.
23. O'Brien K; Kay L; Fox D; Mandall N. Assessing oral Health outcomes for orthodontics--measuring health status and quality of life. *Community Dental Health* 1998 Mar;15(1):22-6.
24. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiology* 1998 Feb;26(1):52-61
25. Locker D, Grushka M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of mail survey. *Community Dental Oral Epidemiology* 1987;15:169-72.
26. Heyink JW, Schaub RMH. Denture problems and the quality of life in a Dutch elderly population. *Community Dental Oral Epidemiology* 1986;14:193-4.
27. D. Locker and M. Gurshka. The impact of Dental and Facial Pain. *Journal Dental Research* 1987;66(9):1414-17.
28. W.C. Shaw, G. Rees, M. Dawe, and C.R. Charles. The influence of dentofacial appearance on the social attractiveness of young adults. *American Journal Orthodontics* 1985;87:21-6.
29. Lipton JA, Ship JA and Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *Journal American Dental Association* 1993;124:115-21.
30. Reisine S, Fertig J, Weber J and Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dental Oral Epidemiology* 1989;17:7-10.
31. Robert E. Primosch, Donna L. Nichols, and Frank j. Courts. Risk factors associated with acute dental pain in children. *Journal of Dentistry for Children* 1996;63(4): 257-60.
32. Ellen Townend, Gisela Dimigen, and Diane Fung. A clinical study of chid dental anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 2000;38:31-46.

33. Lyonne N.L. Zonneveld, Patrick J. McGrath, Graham J. Reid, and Marjolijn J. Sorbi. Accuracy of children's pain memories. *Pain* 1997;71:297-302.
34. Christine T., Chambers, and Kenneth D. Craig. An intrusive impact of anchors in children's faces pain scales. *Pain* 1998;78:27-37.
35. McNeil, Daniel W., Rainwater, Avie J. Development of the Fear of Pain Questionnaire-III. *Journal of Behavioral Medicine* 1998;21(4):389-410.
36. Rod Moore D.D.S., Ph.D. Combining Qualitative and Quantitative Research Approaches in Understanding Pain. *Journal of Dental Education* 1996;60(8):709-715.
37. D.G. Gillam, J.S. Bulman and H.N. Newman. A pilot assessment of alternative methods of quantifying dental pain with particular reference to dentine hypersensitivity. *Community Dental Health* 1997;14:92-96.
38. H.R. Chapman and N.C. Kirby- Turner. Dental Fear in Children a proposed model. *British Dental Journal* 1999;187(8): 408-412.
39. E. Fournier- Charri re, JP Dommergues. Pain in children: specific aspects. *Rerve Du Practicien Medecine Generale* 2000;44(14):1925-1931.
40. Edelstein Burton L. Dental Pain in Children: It's existence and consequences. *Journal of the American College of Dentists* 2000;67(3):4-5.
41. Al Kattie. Orodonal diseases and school absences. Evaluation of a school population. *Odontomatologie-tropical Dental Journal* 2001;21 (82):24-27.
42. Casamassimo S. Paul. Dental Pain and Systemic Health and wellbeing of children. *Journal of the American College of Dentists* 2000;67(3): 29-32.
43. Gilbert, Cheryl A. M.A.; Lilley, Christine M. M.A.; Craig, Kenneth D. Ph. D. et al. Postoperative Pain Expression in Preschool Children: Validation of the Child Facial Coding System. *Clinical Journal of Pain* 1999;15(3):192-200.
44. Chambers, Christine T. B.Sc., Reid, Graham J. Ph. D., Craig, Kenneth D. Ph.D. et al. Agreement Between Child and Parent Reports of Pain. *Clinical Journal of Pain* 1998;14(4):336-342.
45. Lavigne, Gilles J. DMD, Goulet et al. Sleep disorders and the dental patient: An overview. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, & Endodontics* 1999;88(3):257-272.
46. Carson P, Freeman R. Dental Caries, age and anxiety: factors influencing sedation choice for children attending for emergency dental care. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2001;229:30-6.
47. Gary D. Slade. *Measuring Oral Health and Quality of life*. University of North Carolina. September, 1997.
48. Secretaría de Salud. DGEI, Boletín de Información Estadística número 19 volumen 1, 1999.
49. Secretaría de Salud. Quinto informe de Gobierno. Anexo estadístico, 2000.

50. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INEGI.
51. *Diccionario Médico de bolsillo Dorland*. 24a edición. Edit. Interamericana Mc Graw Hill, Madrid, España, 1993:233.
52. M.I.S. Cortes, W. Marcenes. Impact of dental injuries on daily lives of schoolchildren. *I Internacional Conference on Oral Health Promotion*. Abstract n° 14, Department of Epidemiology and Public Health-UCL; Department of Restorative Dentistry-FO-UFMG.
53. http://www.who.int/m/topicgroups/who_organization/es/index.html "*World Health Organization*".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1**Cuestionario**

*Las primeras tres preguntas deben ser contestadas por el tutor o acompañante del niño, las subsecuentes las contestará el niño por él mismo a menos que requiera ayuda de su acompañante en alguna. No hay respuestas correctas o incorrectas, ten confianza en preguntar lo que no entiendas.

Datos familiares**1. Nivel educativo del papá**

- a) Ninguno
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Bachillerato
- e) Licenciatura o mayor

2. Nivel educativo de la mamá

- a) Ninguno
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Bachillerato
- e) Licenciatura o mayor

3. Nivel de ingreso familiar

- a) Menos de 2 (menos de \$2,529)
- b) De 2 a menos de 4 (de \$2,529 a menos de \$5,058)
- c) De 4 a menos de 6 (de \$5,058 a menos de \$7,587)
- d) De 6 a menos de 10 (de \$7,587 a menos de \$12,645)
- e) 10 o más (\$12,645 o más)

Datos personales**4. Edad**

- a) 7 o 8 años
- b) 9 o 10 años
- c) 11 o 12 años

5. Sexo

- a) Masculino
- b) Femenino

6. Grado de Escolaridad

- a) 1ro o 2do de primaria
- b) 3ro o 4to
- c) 5to o 6to
- d) Ninguno
- e) 1o de secundaria

Prevalencia

7. ¿En los últimos doce meses has sentido dolor en alguna parte de la boca o de la cara? (dolor en los dientes con lo frío o lo caliente, con lo dulce, dolor en la cara enfrente de tus oídos al abrir la boca, sensación de quemazón en la lengua o alguna otra parte de la boca, malestar espontáneo en alguna parte de la cara, etc.)

a) Sí (ir a la siguiente)

b) No (contesta únicamente las dos preguntas 7Bis que se encuentran al final del cuestionario)

8. ¿Cuántas veces en los 12 meses que ya pasaron?

a) 1 o 2

b) 3 o 4

c) 4 o más

Intensidad

9. ¿Te hizo llorar el dolor?

a) Sí

b) No

10. ¿Tuviste que tomar algún medicamento por el dolor?

a) Sí

b) No

11. ¿Tuviste que permanecer en cama sin hacer nada cuando sentías ese dolor?

a) Sí (ir a la siguiente pregunta)

b) No (ir a la 13)

12. ¿Cuántos días?

a) De 1 a 2

b) De 3 a 7

c) Más de una semana

Impacto: Actividades diarias

13. ¿Dejaste de ir a la escuela por que te dolía?

a) Sí (ir a la siguiente)

b) No (pasar a la 15)

14. ¿Cuántos días de escuela perdiste porque te dolía?

a) De 1 a 2

b) De 3 a 7

c) Más de una semana

15. ¿Tuviste que ir al dentista por el dolor?

a) Sí

b) No

16. ¿Cuántos días has faltado a la escuela por visitar al dentista en los pasados 12 meses?

a) De 1 a 2

b) De 3 a 7

c) Más de una semana

d) Ninguno

Impacto: Alimentación

17. ¿Dejaste de comer lo que comías normalmente mientras te dolía?

- a) Siempre (más de una semana) (1)
- b) Frecuentemente (de 5 a 7 días) (2)
- c) Algunas Veces (3 ó 4 días) (3)
- d) Rara vez (1 ó 2 días) (4)
- e) Nunca (5)

18. ¿Te costó trabajo masticar algunos alimentos porque te dolía?

- a) Siempre (más de una semana) (1)
- b) Frecuentemente (de 5 a 7 días) (2)
- c) Algunas Veces (3 ó 4 días) (3)
- d) Rara vez (1 ó 2 días) (4)
- e) Nunca (5)

Impacto: Comunicación

19. ¿Te costaba trabajo pronunciar algunas palabras o hablar claramente porque te dolía?

- a) Siempre (más de una semana) (1)
- b) Frecuentemente (de 5 a 7 días) (2)
- c) Algunas Veces (3 ó 4 días) (3)
- d) Rara vez (1 ó 2 días) (4)
- e) Nunca (5)

Impacto: Descanso

20. ¿ Dejaste de dormir como dormías normalmente o te despertaste en la noche porque te dolía?

- a) Siempre (más de una semana) (1)
- b) Frecuentemente (de 5 a 7 días) (2)
- c) Algunas Veces (3 ó 4 días) (3)
- d) Rara vez (1 ó 2 días) (4)
- e) Nunca (5)

Impacto: Aprendizaje

21. ¿ Te sentías distraído en clases o no hacías la tarea cuando te dolía?

- a) Siempre (más de una semana) (1)
- b) Frecuentemente (de 5 a 7 días) (2)
- c) Algunas Veces (3 ó 4 días) (3)
- d) Rara vez (1 ó 2 días) (4)
- e) Nunca (5)

22. ¿Bajaron tus calificaciones o te llamaron la atención en la escuela?

- a) Si
- b) No

Impacto: Actividades de esparcimiento

23. ¿Dejaste de jugar en tu casa, o de salir a jugar con tus amigos cuando te dolía?

- a) Siempre (más de una semana) (1)
- b) Frecuentemente (de 5 a 7 días) (2)
- c) Algunas Veces (3 ó 4 días) (3)
- d) Rara vez (1 ó 2 días) (4)
- e) Nunca (5)

Impacto: Psicológico

24. ¿Te preocupaba que te doliera o estuviste triste porque te dolía?

- a) Si
- b) No

25. ¿ Te ponías de mal humor con la gente cuando te dolía?

- a) Si
- b) No

Sondeo

7Bis. A pesar de que nada te dolió ¿Visitaste al dentista en los últimos doce meses?

- a) Si
- b) No

7Bis. ¿Porqué?

- a) Porque algo te dolía
- b) Para un chequeo (caries sin dolor o dientes chuecos)
- c) Por prevención
- d) Porque te ocurrió algún accidente

Slade G.D. Oral Health Impact Profile questionnaire

Locker D. Subjective Oral Health Status Indicators Questionnaire

Sheiham A. Dental Impact on Daily Living questionnaire

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN