



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPACTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES TRATADOS
CON PRÓTESIS PARCIAL FIJA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MIROSLAVA RUIZ ESCOBEDO

TUTORA: Esp. EDUARDO GONZALO ANDREU ALMANZA



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida.

En memoria de mi madre por ser mi ejemplo de vida y enseñarme que la vida es una lucha constante.

A mi padre por su apoyo incondicional, comprensión y ser un pilar en mi vida.

A Charly por su confianza, sus valiosos consejos y por darme la oportunidad de lograr esta meta.

A mi pequeño Andrecito por existir y ser mi motor de vida, también por dejarme ocupar su tiempo.

A mis tías y tíos por apoyarme en este proyecto y compartirme sus enseñanzas de vida.

A mis primos por sus muestras de cariño y motivación.

A mi Universidad por darme las bases y conocimientos para mi vida profesional.

A mi tutor Eduardo Andreu por su tiempo y ayuda tan acertada.

A mis amigos por formar parte de mi vida y regalarme su amistad.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
CAPÍTULO I.....	7
ASPECTOS PSICOSOCIALES A TRAVÉS DE LA HISTORIA	7
CAPÍTULO II.....	12
INFLUENCIA PSICOSOCIAL EN LA ODONTOLOGÍA	12
2.1 <i>El yo</i>	13
2.1.1 Autoidentidad.....	14
2.1.2 Autoimagen	14
2.1.3 Autorrealización	15
2.1.4 Autoestima.....	15
2.2.1 Estereotipo	17
2.2.2 Prejuicio.....	18
2.3 Percepción social.....	18
2.4 Componentes de la formación de impresiones	18
2.5 Efectos de la comunicación de masas	20
CAPÍTULO III.....	22
RELACIÓN ODONTÓLOGO PACIENTE	22
3.1 Aspectos psicológicos en la comunicación odontólogo paciente.....	24
CAPÍTULO IV	31
NORMAS BÁSICAS DE LA ESTÉTICA DENTAL	31
4.1 Salud Bucodental.....	31
4.1.1 Fase higiénica.....	31
4.1.2 Fase correctora.....	32
4.2 Factores relacionados al diente a tratar	32
4.2.1 Morfología dental	33
4.2.2 Proporción	35



4.2.3 Color	37
4.2.4 Posición y alineamiento	38
4.2.5 Textura superficial.....	39
4.2.6 Troneras gingivales.....	39
4.3 Factores relacionados a dientes vecinos	40
4.3.1 Puntos de contacto	40
4.3.2. Contorno y morfología gingival.....	40
4.4 Factores Genéricos.....	41
4.4.1 Línea del labio	41
4.4.2 Línea de la sonrisa.....	42
CAPÍTULO V	44
IMPACTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE PRÓTESIS PARCIAL FIJA.....	44
4.1 Aspectos psicológicos del paciente durante el tratamiento dental.....	46
4.2 Satisfacción del paciente hacia el tratamiento protésico	51
CONCLUSIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54



INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad hasta nuestros tiempos la prótesis dental ha ocupado una parte importante dentro de la historia de la odontología, ya que esta, independientemente que devuelve la función masticatoria, está altamente involucrada a la estética. La estética dental a su vez influye en la personalidad del paciente teniendo como resultado un impacto psicológico que presenta cada individuo tratado protésicamente.

Es de gran importancia que el odontólogo comprenda los aspectos psicológicos que presenta cada persona, también conocer puntos básicos como el conocimiento de la teoría del yo, los prejuicios, la discriminación, aspectos psicosociales generales así como la influencia que tienen los medios de comunicación, ya que estos, pueden proporcionar una información tanto negativa como positiva.

También se describirá las normas básicas de la prótesis fija, ya que estas sirven como parámetro para el prótesisista dental, las cuales ayudaran para proporcionarle al paciente un adecuado tratamiento y que este tratamiento pueda superar las expectativas del paciente.

El presente trabajo tiene como propósito abordar aspectos psicológicos que se presentan en el tratamiento dental.



OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el impacto psicológico en pacientes tratados protésicamente.

Objetivos específicos

Establecer los aspectos psicológicos durante el tratamiento de prótesis parcial fija.

Determinar las normas básicas de la estética dental que influyen en el aspecto psicosocial.



CAPÍTULO I

ASPECTOS PSICOSOCIALES A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Como en la medicina, la odontología remonta sus orígenes a la práctica por sacerdotes. La higiene bucal ha sido preocupación de todas las civilizaciones y la literatura nos muestra que la confección y fabricación de prótesis dentales es una tarea importante desde la antigüedad¹, las personas se han preocupado por la limpieza y el cuidado de sus dientes y desde que el hombre empezara a diseñar y construir herramientas, se han realizado diversas acciones, tanto para disminuir o eliminar los daños de la enfermedad dental, como para modificar la estructura dentaria principalmente por motivos estéticos y mágico-religiosos,² es de especial interés mencionar a varias culturas a través de la historia de la odontología como ejemplos de la búsqueda de la estética dental con fines ya mencionados.

En 700 a. C., los etruscos y los fenicios utilizaban bandas y alambres de oro para la construcción de prótesis dentales; en las bandas se colocaban dientes extraídos en el lugar en que no había dientes y con alambres, éstos eran retenidos en la boca. Además, fueron los primeros en utilizar material para implantes, tales como el marfil y las conchas de mar.³

Los mayas poseían un saber matemático bien desarrollado, además de su pericia en arquitectura, tenían un conocimiento excelente del tiempo; sin embargo, a pesar de destacar en los trabajos de piedra y metal, no llegaron a practicar verdaderamente una odontología correctora o restauradora para el mantenimiento o mejora de la salud bucal. Sus habilidosos trabajos con los dientes tenían propósitos estrictamente rituales o religiosos. Algunos investigadores suponen que su principal incentivo era el adorno personal.⁴En

Monte Albán se han localizado en el cartucho de una urna, incrustaciones en los cuatro incisivos de jade o Turquesa (figuras 1 y 2).⁵



Figura 1 Urna de barro de la tumba 32 de Monte Albán, Oaxaca.



Figura 2 Urna de cerámica procedente de Monte Albán, Oaxaca. Representa a la Diosa de la tierra con limados incisivos superiores.

Cabe mencionar la investigación de las referencias documentales en México sobre el embellecimiento dentario en los restos humanos prehispánicos que hizo posible indagar sobre las ilustraciones gráficas de piezas de cerámica y figurillas de barro, en los que es posible observar la reproducción de diversas formas dentales deseadas, el limado y la perforación parcial e incrustación de materiales (fig. 3).⁵

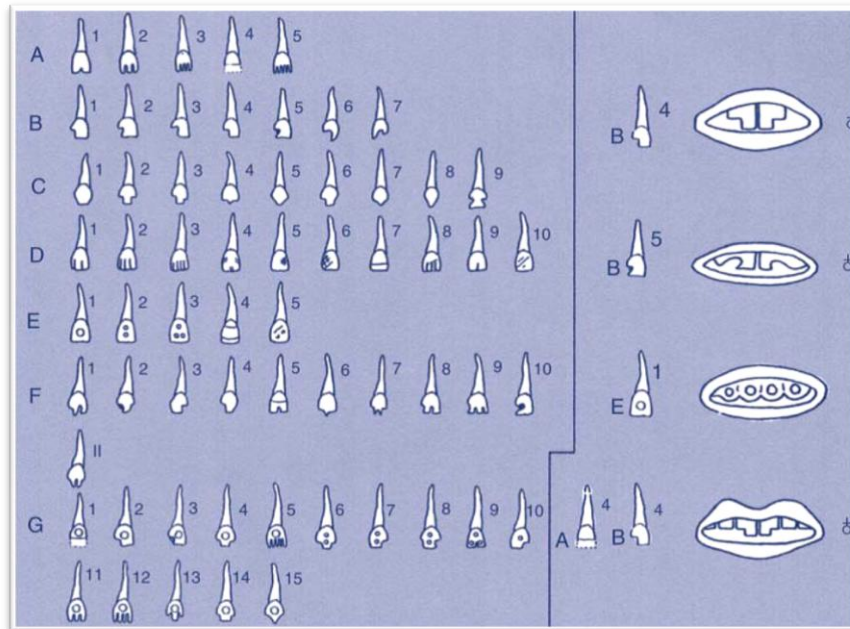


Figura 3 Tabla de clasificación de los tipos de formas de mutilación dentaria prehispánica conocidos en la cerámica arqueológica.

La belleza ha sido considerada como “lo que se acercaba a la Divinidad”. Durante años el hombre ha buscado la belleza perfecta, la proporción ideal.⁸

Más recientemente, en el inicio de un nuevo siglo, observamos que los parámetros de la belleza continúan transformándose. La más importante realización en el área de la estética medica y odontológica, es la comprensión de la complejidad de los factores que la componen y la necesidad del abordaje de los casos en forma individual.⁹

Una boca bien cuidada, en donde los dientes contribuyen a la apariencia general con armonía, contribuye significativamente a los sentimientos de autoestima del ser humano. Una boca descuidada, con encías inflamadas, dientes con cambios de color, fracturados, caries, o aún dientes ausentes en el sector anterior dañan esta autoestima y alteran las relaciones personales.



La prótesis dental, en su intención de corregir una función deficiente y una apariencia alterada ha sido inseparable de la estética.¹⁰

Los tres objetivos principales de una prótesis dental, de acuerdo con Wild son: la restauración de la masticación, devolver la fonética y restablecer la parte estética perdida. Aunque los dos primeros objetivos son considerados extensamente sobre la fundamentación de criterios básicos, la evaluación estética de una restauración dental depende de la sensibilidad individual del observador.

La dificultad de dar una opinión sobre lo estético estriba en que no siempre el criterio sobre la objetividad es decisivo. Depende mucho del sentimiento del sujeto y de la interpretación del observador, así como también se añaden los factores culturales, los cuales juegan un papel muy importante. Por esta razón, existen grandes diferencias entre diferentes observadores en cuanto a lo que es o no estético.⁸

Podemos observar un aumento en la demanda por el área estética en varios segmentos de la clase odontológica.

Parece simple llegar a conocer el origen del aumento de la demanda: son tres los factores principales:

- a. La globalización de los patrones de belleza.
- b. La evolución de los materiales y técnicas.
- c. La velocidad de la divulgación y difusión del conocimiento científico.

El principal medio de comunicación de masas, la televisión, es básicamente visual. La televisión es la responsable de las modas y los patrones de belleza actuales. A través de ella es posible que personas, de culturas diferentes,



sean influenciadas por patrones estéticos muy distintos de aquellos que las formaran.

No hay duda que vivimos en una sociedad visual, donde la porción del cuerpo humano más expuesta y vulnerable a la observación es la cara. La expresión facial constituye el elemento más importante en el proceso de la comunicación no verbal.

La estima tiene importancia crucial en los procesos de relaciones interpersonales.⁷

La reconstrucción funcional y estética, particularmente en los dientes anteriores es un reto fascinante para el odontólogo y el técnico dental. El paciente se le puede influenciar fuertemente en su juicio personal para observar la anatomía perfecta, función y color, pero el paciente es el que tiene que aprobar el resultado.⁸



CAPÍTULO II

INFLUENCIA PSICOSOCIAL EN LA ODONTOLOGÍA

Los recientes avances en el campo de los materiales y procedimientos dentales han incrementado considerablemente las posibilidades del tratamiento estético. El dentista debería conocer algunas generalidades referentes al significado psicológico del paciente y estar familiarizado con algunos conceptos,¹¹ es todavía más necesario comprender al paciente como individuo y conseguir una comunicación efectiva. La personalidad, las motivaciones los deseos, las expectativas, la autoestima, la capacidad para aceptar los cambios y la predisposición a cooperar son factores importantes para conseguir el éxito del tratamiento. Cualquier dentista que trabaje con modificaciones del aspecto facial debe tener en cuenta las implicaciones tanto psicológicas como físicas del tratamiento; esto incluye no solo los resultados y las actitudes posteriores al tratamiento, sino también las causas y las motivaciones y los deseos que llevan al paciente a buscar un tratamiento dental protésico.¹² Burns considera que dentro de los aspectos psicológicos del tratamiento dental la boca es el punto focal de muchos conflictos de emocionales: es la primera fuente de contacto humano, un medio de aliviar o expresar incomodidad, o de expresar placer o desagrado¹¹; del mismo modo que la cara desempeña un papel principal en la apariencia global del individuo, dentro de ésta, la boca y los ojos son los protagonistas, son elementos dinámicos, cuyo movimiento está controlado por numerosos músculos que determinan la expresión de la cara. Por ello encierran el mayor protagonismo y atractivo de la apariencia facial. Numerosos estudios han de mostrado que la preferencia por rasgos faciales simétricos y dentales surgen en la primera infancia.¹³ A la edad de 8, los niños parecen utilizar los mismos criterios para juzgar como adultos el

atractivo facial, ¹⁴ es decir, la conciencia de belleza empieza a formarse tempranamente, momento en el que se inculca al niño la asociación de los conceptos bonito-bueno. Todo lo bonito se relaciona con aspectos positivos y buenos, mientras que lo deforme se asocia a rasgos negativos. Los héroes y las princesas de los cuentos infantiles son guapos frente a los villanos y brujas que se representan con alguna deformidad física asociada a una personalidad patológica (fig. 4 y 5). Es el estereotipo del atractivo físico, concepto profundamente arraigado en la sociedad: lo que es hermoso implica bondad, salud y perfección. ¹³



Figura 4 Conciencia de belleza a temprana edad.



Figura 5 Estereotipo de belleza.

Un conocimiento adecuado de la teoría del yo y una aplicación generosa de los principios psicológicos y sociológicos pueden mejorar considerablemente la práctica dental. ¹²

2.1 El yo

El yo es un conjunto de características o cualidades fundamentales de nuestras ideas y sentimientos acerca de las cualidades. El yo consta de una parte evolutiva o reflexiva que juzga y evalúa como somos y una parte activa que muestra un estilo particular de reaccionar frente a los estímulos ambientales. El concepto del yo significa que hay cohesión y continuidad en la forma de comportarnos ante el ambiente y de valor a nuestra propia persona. ¹⁴ Este concepto no describe tanto la experiencia y la acción, sino



que es preescriptivo. El yo implica que el individuo es alguien en particular y que puede experimentar su ser con diversas perspectivas o modalidades, como la percepción, la conceptualización y la imaginación.

Con el yo se designan una serie de características y con las palabras anteceditas del prefijo auto nos referiremos a las evaluaciones reflexiones, pensamientos y sentimientos relativos a las cualidades; la mayoría de ellas indica algún juicio o idea.

2.1.1 Autoidentidad

Es la descripción de las características que son importantes para el individuo. Es el término que más se aproxima a una descripción de las cualidades de nuestras cualidades básicas.

La autoidentidad suele evaluarse con la pregunta ¿Quién soy yo? Las frases descriptivas que normalmente se utilizan son de carácter físico de rasgos o estilos personales y rasgos o intereses personales. Así pues, los roles, el desempeño o las experiencias relevantes desde el punto de vista social son estructuras importantes y distintivas de la autoidentidad.

2.1.2 Autoimagen

La autoimagen es el yo que uno piensa que es. No es un objeto observado directamente, sino más bien un concepto complejo de la personalidad, el carácter, el estado del cuerpo y el aspecto corporal, es un concepto estrechamente relacionado con la autoimagen (fig. 6).¹⁵



Figura 6 Autoimagen.

2.1.3 Autorrealización

Maslow sugirió que la autorrealización genera un impulso para intentar desarrollar las posibilidades personales, es comprenderse a sí mismo y aceptar el yo de acuerdo a la naturaleza interna de cada individuo.¹²

2.1.4 Autoestima

La autoestima es el concepto que tenemos de nosotros, la forma en que nos evaluamos. Hay varios factores que influyen en la adquisición de la autoestima: las diferencias atribuibles a nuestro aspecto, el lugar donde crecimos, constelación familiar, cultura y al sexo. Williams James menciona que la autoestima depende de los éxitos obtenidos en relación con nuestras pretensiones. También podemos mencionar que la autoestima de una persona se ve directamente afectada por la cantidad y cualidades aprobación recibida de sus progenitores y de otras personas, por lo tanto la autoestima influye en la conducta social (fig. 7).¹⁵ Varios estudios han demostrado que la autoestima está muy correlacionada con una actitud positiva hacia el cuerpo. En otras palabras, las personas que aceptan sus cuerpos son más propensas a manifestar una autoestima elevada que las que tienen aversión a estos.



Figura 7 Autoestima.

Una razón de esta correlación reside en que el ideal de si mismo incluye un conjunto de propósitos relativos a la apariencia del cuerpo, el llamado ideal corporal. Todas las personas tienen un concepto más o menos claro de la apariencia que quieren tener. ¹⁶ Una alteración dentofacial, no supone en el mayor porcentaje de casos ninguna limitación física, sin embargo, influye negativamente sobre la percepción facial, lo que a su vez repercute en el marco psicosocial de la persona. La mayoría de los individuos que pierden sus dientes sufren algún grado de shock psicológico, depresión y pérdida de autoestima. ¹³

Schendorff menciona: "Se ha constatado que muchos pacientes que acuden a la consulta con serios complejos y problemas de autoestima derivados de la apariencia de su boca y terminan el tratamiento con una mejora ostensible tanto en sus relaciones personales como en su seguridad personal". ¹⁷

En condiciones óptimas, un individuo basará su autoestima en varios aspectos, así la apariencia es sólo una de las numerosas determinantes de la autoestima.



La sensación que tienen las personas de su identidad ejerce una influencia decisiva en que acciones puede realizar con libertad y cuáles le parecen un tabú. las personas pueden definirse a sí mismas, de tal modo que las mismas acciones esenciales para su bienestar y desarrollo no sean compatibles con el concepto que tengan de sí mismas, su yo ideal o su yo público.

2.2 Los estereotipos, el prejuicio y la discriminación

Al describir nuestra conducta, algunas veces se deberá a características individuales y hábitos personales. Otras veces, sin embargo, se deberá a la pertenencia a un grupo o a la percepción de que está influye a nuestra percepción de los demás.¹⁵ La apariencia facial por tanto es un factor determinante en las relaciones interpersonales. La reacción de nuestro interlocutor, en mayor medida en los primeros contactos, está condicionada por nuestro lenguaje verbal, movimiento corporal y en gran medida por la apariencia general y facial en particular. La respuesta será positiva o negativa dependiendo de la imagen mental que el individuo se haga de nosotros.¹³

2.2.1 Estereotipo

Los estereotipos son definidos como la generación de expectativas o suposiciones sobre un individuo basados en su pertenencia a un grupo o categoría, influye en nuestra vida aun antes de nacer.¹⁵

Muchas personas son influenciadas por los estándares estéticos determinados por la sociedad y quieren modificar sus aspectos por imitar a sus líderes. Las actitudes sociales generales influyen profundamente en la idea que un individuo tiene de lo que significa ser atractivo; “natural”, “bonito” y “guapo”.¹



2.2.2 Prejuicio

El prejuicio, o sea el afecto negativo que se asocia a los individuos y se basa en su pertenencia a un grupo o categoría, está tan generalizado como los estereotipos ¹⁵.

Vivimos en una sociedad en que cultivar la apariencia genera uno de los prejuicios más penetrantes, aunque es negado. A las personas les gusta pensar que la apariencia no tiene importancia. Un profundo deseo y respeto por lo bello siempre predominaron en la cultura y en los sentimientos humanos, sea por el hecho de ser agradable a los sentidos, o por el status conferido. ¹⁸

2.3 Percepción social

Las impresiones que produce un individuo en la mente de la gente no están sino en parte bajo su control. La persona a quien se pretende impresionar aporta a la interacción su experiencia con otros: un sistema entero de actitudes, creencias, cogniciones y perspectivas obtenidas a través de los años. ¹⁵

La imagen que tenemos del cuerpo es resultado de la vida social. Nuestra autoimagen, la imagen que tenemos de otros, su belleza o fealdad, constituyen la base para nuestras actividades sociales y sexuales. ⁹

2.4 Componentes de la formación de impresiones

El receptor trae a la interacción algunas ideas preconcebidas: esquemas, teorías implícitas de la personalidad y estereotipos. Los tres conceptos están unidos entre sí. Y en forma tan estrecha que el estereotipo del atractivo físico, suposición que las personas guapas poseen características positivas, podría considerarse un ejemplo de las tres (fig. 8). ¹⁵ En un estudio con

individuos que presentaban diversas alteraciones en el área incisiva, los sujetos con labio leporino fueron los peor valorados en cuanto a atractivo social (divertido, amigo deseado, extrovertido) por sus compañeros; en cambio, los individuos atractivos facial y corporalmente son mejor valorados por la sociedad a todos los niveles: educativo, laboral, familiar y afectivo.; presentan mayor autoestima y confianza en sí mismos y menos trastornos psicológicos.



Figura 8 Estereotipo de belleza.

Las teorías implícitas de la personalidad se refieren a las ideas de que los rasgos de la personalidad “coexisten” o tienden a aparecer en el mismo individuo.

Las principales características que influyen en la impresión que causa el receptor son cinco:

- a. El aspecto físico.
- b. El estilo de expresión oral.
- c. El contenido de su expresión oral.
- d. Características no verbales.
- e. La información que sobre él se obtienen de otras fuentes. ¹³



2.5 Efectos de la comunicación de masas

La comunicación de masas pertenece a nuestro entorno cotidiano y, lo que es más, contribuye a definir la modernidad.¹⁹ Es lógico que el alto nivel de concordancia en el juzgamiento de lo bello en una misma cultura puede ser simplemente reflejo de los medios, hoy altamente competitiva y dictaminadora de patrones.¹⁷ Las sociedades modernas experimentan una saturación comunicacional. Los individuos están bombardeados constantemente con información proveniente de distintos frentes: internet, televisión, radio, periódicos, revistas, libros, cine, publicidad. Las calles están llenas de avisos, carteles, afiches, pancartas, dibujos, que promocionan, entre otros, unos dientes blancos y perfectos; “conseguir una sonrisa bonita y sana” es parte fundamental del atractivo y el éxito personal y hasta profesional. Los medios de comunicación masiva, mediante una efectiva penetración en poblaciones de diverso status socio-económico y por fácil acceso en colectivos de diversas culturas, contribuyen a promover pautas y estereotipos físicos, profesionales o raciales ideales, que en la mayoría de los casos no se corresponden con los rasgos de determinantes etnias.²⁰ Los artículos y la publicidad de televisión, la radio y las revistas nos bombardean a diarios con noticias sobre los últimos avances de blanqueamiento dental, la adhesión, coronas, implantes, etcétera.¹² Cabe mencionar que gracias a la velocidad en la divulgación y difusión de los avance odontológicos, que fueron llamadas elitistas hoy forman parte de la rutina de la atención odontológica en todas partes del mundo.⁹

La información visual asocia las imágenes de belleza y éxito. Belleza representada por rostros y cuerpos bonitos, bien delineados, en perfecta armonía, donde destacan las bocas, labios, sonrisas, amplios dientes claros y alineados (figura 9 y 10).¹⁹ Este tipo de referencias culturales transmitidos por los medios de comunicación masivas, puede representar un impacto dramático sobre la percepción del cuerpo y la identidad personal, podemos

tomar como ejemplo la pérdida dental, que en nuestra sociedad se produce cada vez a más a menudo, esta ausencia no sólo hace más difícil el acto de masticar, sino que tiene como efecto dificultades psicológicas y logros de objetivos personales y sociales²⁰.



Figura 9 Imagen de belleza.



Figura 10 Información visual.







CAPÍTULO III

RELACIÓN ODONTÓLOGO PACIENTE

La mayor parte de los odontólogos que se ocupa de la rehabilitación prótesis debería dedicar parte de su propia actividad profesional a la comunicación, hablando escuchando y respondiendo a las preguntas de los pacientes²¹. En alguna medida, se produce un nexo psicológico entre el paciente y su odontólogo.¹²

Los distintos idiomas de la comunicación, verbales y no verbales, representan modalidades importantes para establecer una relación interprofesional adecuada. Algunas modalidades de relación interpersonal parecen tener ventajas como:

-  El primer encuentro con el especialista se realice en un ambiente confortable y en capacidad de garantizar la privacidad del paciente.
-  Suministrar explicaciones estimulantes sobre metodologías, la eficacia de los resultados, haciendo igualmente del conocimiento de las técnicas útiles para prevenir el dolor.
-  Adoptar una conducta calmada y empática.
-  Entender los sentimientos del paciente, sus fuentes de miedo y sus preocupaciones.

Una entrevista guiada articulada a lo largo de todo el recorrido diagnóstico-terapéutico debe ser enfocada en algunas áreas importantes de la historia del paciente (tabla 1).²¹

Tabla 1 Entrevista guiada

- Reconstruir etapas, los momentos críticos salientes de la vida del individuo, incluyendo los problemas odontoestomatológicos.
- Comprender los significados específicos y profundos de la sintomatología.
- Explorar las motivaciones que llevarán al paciente a buscar una intervención protésica en ese momento de su existencia.
- Evaluar las expectativas en cuanto al resultado.

El odontólogo debe aprender a reconocer los tipos de personalidad, durante la fase de recopilación de datos. En algunos casos, los pacientes manifiestan unas expectativas inalcanzables. Los pacientes pueden tener problemas de personalidad o problemas interpersonales que ellos creen que se corregirán o mejorarán con el tratamiento dental buscado. El odontólogo debe estar atento a las señales que le puedan enviar los pacientes o sus acompañantes y la exploración inicial.¹²

Es importante que el paciente, además de haber comprendido las indicaciones del odontólogo, nutra su propia confianza. Todo esto resulta útil para el éxito de la intervención terapéutica. En efecto, cada vez más paciente desean estar más involucrados en las decisiones que respectan a su persona (en el caso específico del rostro, los dientes y la cavidad oral) y



desean estar informados para poder concordar, en los tratamientos y métodos propuestos²¹.

Tras la fase diagnóstica, hay que integrar la información clínica con la información psicológica y sociológica relevante. Seguidamente, se formula por escrito un plan de tratamiento detallado ¹².

De todo lo expuesto se deduce cuán tan importante es conocer al paciente a través de una evaluación diagnóstica total. El conjunto de estos procedimientos constituye las bases de investigaciones sobre el análisis de las expectativas del paciente y resultado del tratamiento²¹.

3.1 Aspectos psicológicos en la comunicación odontólogo paciente

Cuando se habla del “papel del paciente” como individuo humano que necesita de ayuda, debe tomarse en cuenta de que cada paciente reacciona de forma distinta, cada vez que advierte o cree que presenta problemas estomatológicos. De acuerdo con el caso, se dirige al especialista para recibir tratamiento.

Una estrategia para planificar la rehabilitación de un paciente deberá considerar los factores médicos, dentales, psicológicos y económicos, así como las necesidades subjetivas estéticas y funcionales del paciente.²³

El odontólogo puede estar frente a distintos tipos de pacientes. Szasz y Hollender propusieron tres modelos básicos en la relación paciente-dentista:

- a) Actividad pasividad.
- b) Guía-cooperación.
- c) Participación mutua.



En la primera el dentista le hace algo al paciente, el que a su vez sólo cumple con el rol de recibir el tratamiento, en este modelo se reconstituye la dinámica padre-hijo. En el segundo el dentista le dice al paciente lo que le va a hacer, señalando éste su acuerdo, nuevamente se establece una relación padre-hijo. En la tercera el dentista le sugiere y negocia con el paciente el tratamiento a realizar, en una clara relación entre adultos de igual condición. En esta última modalidad el dentista reconoce el potencial del paciente y comprende que éste no es un ignorante respecto a lo que se le debe hacer como tratamiento, sino que siempre sabe algo.³⁰ El odontólogo en cualquier situación, debe de tratar de establecer de ayuda con el paciente, interactuando positivamente incluso en el ámbito psicológico. ²¹En esta interacción la alianza de tratamiento se fortalece, favoreciendo en definitiva una mayor responsabilidad del paciente sobre su propia salud oral.³⁰

Para lograr todo esto, es importante que el odontólogo comprenda cuál debe ser el significado del equilibrio entre interés y distancia, logrando así asumir una “contra-actitud” apropiada tanto en base a la tipología psicológica del paciente como las características clínicas a ser tratadas protésicamente (tabla 2).²¹



Tabla 2. Contra- actitudes de los odontólogos que se puede relacionar con las características de la personalidad de los pacientes.

Característica de la personalidad	Actitud frente a los problemas del edentulismo-prótesis	Modalidad y tipología en relación psicológica como ayuda en la intervención
Dependencia regresiva	Peticiones urgentes	Mantenimiento del compromiso
Control	Autodisciplina	Abordaje “científico” e informaciones compartidas
Dramatización	Inconstancia irritabilidad, agresividad	Abordaje “profesional” tranquilizante y emociones contenidas
Temor al sufrimiento	Tendencia a rechazar ayuda	Reconocimiento del sufrimiento y de la depresión sin consolaciones inútiles
Sospecha	Desconfianza	Acoger la sospecha sin discutir o negar informaciones. Autoprotección preventiva hacia procedimientos médico-legales y de seguridad
Hiperexigencia	Pseudoseguridad en sí mismo	Actitud de “experto” por parte del médico
Distancia rígido	Búsqueda de aislamiento	Modulación de la distancia, evitando el total retiro y buscando canales de comunicación no ansiógenos

No siempre resulta fácil cuando se inicia un tratamiento de prótesis fija para establecer cuáles son los signos que indican a un equipo de trabajo y al paciente los posibles riesgos y los beneficios que se pudieran presentar. En las tablas que se presentan a continuación se proponen algunos indicadores de previsión en cuanto a las incomodidades o inadaptaciones eventuales en relación con las futuras terapias prótesis (tablas 3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5).²¹

Tabla 3. Indicadores y áreas de participación comunicativa

Indicadores anticipadores de riesgo	
Aspectos conductuales no explícitos	Rechazo de los tratamientos dentarios.
	Independencia personal total reducida (somática, motora, familiar económica y social)
	Compromiso de algunas actitudes conductuales; cognitivas, emotivas e interpersonales.
	Peticiones extravagantes o excesivamente excéntricas (sobre las propuestas del odontólogo)

Tabla 3.1

Indicadores anticipadores de riesgo	
Aspectos psicológicos disfrazados	Preocupación / pesimismo
	Miedo al dolor/ conducta de negación
	Temor de que el tratamiento sea demasiado costoso
	Perfeccionismo con respecto a los posibles resultados
	Meticulosidad excesiva hasta en las peticiones del especialista
	Denuncia genérica de notable fatiga frente a situaciones de estrés

Tabla 3.2

Indicadores anticipadores de riesgo		
Aspectos problemáticos	Inseguridad hacia las relaciones interpersonales (tratamiento protésico fijo)	a. Relaciones de pareja en un enfoque psicosexual
		b. Relaciones laborales
		c. Interacción social

Tabla 3.3

Indicadores anticipadores positivos	
Aspectos conductuales explícitos	Búsqueda cooperativa y consabida de la propia ventaja terapéutica
	Determinación en las decisiones a ser tomadas aun con respecto a las variantes durante el tratamiento
	Dialogo abierto y dinámicamente activo en cuanto a los temas costo/beneficio, frecuencia de las sesiones, longitud del recorrido terapéutico

Tabla 3.4

Indicadores anticipadores positivos	
Aspectos psicológicos no evidentes	Reserva empática
	Realismo práctico hacia la deficiencia actual como la posibilidad de tratamientos eficaces
	Confianza en el especialista en cuanto las eventuales problemáticas emergentes



Tabla 3.5

Indicadores anticipadores positivos	
Áreas abiertas a un diálogo constructivo	Peticiones específicas al odontólogo respecto a las técnicas, recursos, tiempo y resultados
	Petición explícita por parte del odontólogo avisar al paciente para concordar soluciones

En casi todas las acciones odontológicas son necesarios conocimientos y destrezas del ámbito de la psicología, pues en definitiva el éxito del tratamiento en gran parte depende de la actitud, motivación, y conducta del paciente con relación al tratamiento. Además, no se debe olvidar las consecuencias que sobre el ánimo y conducta del profesional tienen las acciones desarrolladas por el mismo (ejemplo; cobro de honorarios), como también las desarrolladas por el paciente. En definitiva, un buen manejo psicológico del paciente se refleja tanto una mejor calidad y pronóstico del tratamiento.²⁹



CAPÍTULO IV

NORMAS BÁSICAS DE LA ESTÉTICA DENTAL

4.1 Salud Bucodental






La estética es hoy una referencia de salud que lleva a los individuos a cambios significativos de los hábitos de vida.

La propia historia se encarga de mostrar como la odontología se modifica a lo largo del tiempo. Aunque los conceptos y la práctica cambiaron, el objetivo siempre fue el mismo: restaurar y mantener una buena salud oral. ²²Dado que se conocen los factores etiológicos de la mayoría de las enfermedades orales el cirujano dentista se enfrenta al desafío de convertir la eliminación de estos factores en la primera prioridad del plan de tratamiento protésico. Es responsabilidad del protésista dental realizar los tratamientos sobre tejidos sanos; proporcionar asistencia protésica dental a un paciente que no presente una buena salud dental es una omisión grave y contraria a todo concepto biológico del tratamiento reconstructivo.

Para obtener un resultado terapéutico satisfactorio a largo plazo, el tratamiento protésico se deberán realizar las siguientes fases:

4.1.1 Fase higiénica





El objetivo de esta fase es establecer condiciones sanas y limpias en la cavidad oral, está constituida por los siguientes puntos:

-  Enseñanza de medidas de higiene oral adecuadas.
-  Extracción de depósitos duros y blandos de los dientes.
-  Eliminación de factores retenedores de placa, como cálculos, bordes sobresalientes de restauraciones.
-  Eliminación de lesiones cariosas.
-  Eliminación de dientes que no se van a conservar.



4.1.2 Fase correctora

En esta fase se tratan las secuelas de las enfermedades orales. Incluye las siguientes medidas, en caso de estar indicadas.

-  Cirugía periodontal.
-  Tratamiento endodóntico
-  Tratamiento ortodóntico ocasional.
-  Reconstrucción protésica.

Debe señalarse que las reconstrucciones protésicas están incorporadas como últimas medidas del tratamiento y que están precedidas por diversos pasos preparatorios.²³

4.2 Factores relacionados al diente a tratar

Uno de los grandes objetivos al restaurar los dientes es hacer que las restauraciones se confundan con la estructura dental y pasen desapercibidas por el paciente o con las personas con las cuales convive.²⁴

Buscar números, formas referencias y perspectivas que puedan ayudarnos de forma significativa en la composición de nuestros trabajos clínicos, en la devolución de denticiones no solo funcionales y biológicamente integrados, sino estéticamente satisfactoria y agradable.

La odontología estética se basa, como en otras áreas, se basa en leyes y técnicas, utilizando un enfoque intuitivo, dentro de una perspectiva organizada y sistemática.

4.2.1 Morfología dental

Uno de los primeros postulados sobre el tema fue propuesto por J.I Williams, determinado que la forma básica del diente sería similar a la forma de la cara, esa observación fue ampliamente aceptada en tiempos pasados y sigue con adeptos a su teoría. También bastante utilizada es la teoría que correlaciona la forma dental con el género. En esa correlación, mujeres tendrían típicamente dientes ovoides, mientras los hombres suelen tener más dientes cuadrados. Así, incontables formas pueden ser encontradas, siguiendo lógicamente, el principio fisiológico de forma/función.

Cuando analizamos sus contornos y ángulos externos, los dientes pueden ser clasificados en tres formas:

- a) Cuadrado: Presenta contorno incisal recto, con ancho mesiodistal proporcionalmente mayor cuando es comparados a las formas ovoide y triangular. Los ángulos mesial y distal en general son rectos o a lo mucho, levemente redondeados. En el contorno proximal las líneas mesial y distal están paralelas, con leve convexidad y la línea cervical en general es rasa.¹⁸ (Fig. 11).²⁵



Figura 11 Dientes de forma cuadrada.

- b) Diente ovoide: presenta contorno incisal redondeado. Con ancho mesiodistal proporcionalmente menor cuando es comparado a formas cuadradas y triangular. Los ángulos mesial y distal son arredondados y de transición suave en sus contornos.¹⁸ (Fig. 12).²⁵



Figura 12 Dientes de forma ovoide.

- c) Presenta contorno incisal recto, con ancho mesiodistal proporcionalmente mayor comparado a la forma ovoide y semejante a la cuadrada, los ángulos mesial y distal son los más agudos.¹⁸(Fig.13).²⁵



Figura 13 dientes de forma triangular.

Tomando en cuenta los tipos de morfología dental, estas no siempre concuerdan al género, esto se demuestra en un estudio de la Universidad de Granada en 100 estudiantes de Odontología en cuyos resultados se observó que los *hombres presentaron*: dientes ovales en un 35.4%, y triangulares 38.7% que cuadrados en 25.8%. Dentro del grupo femenino se observó que la forma que más predominaba, coincidieron con la forma típica de este género. Esto nos señala que no siempre podemos asociar la forma y el tamaño de los dientes como característico de un sexo u otro, sino que tenemos que buscar la armonía de los rasgos faciales y dentarios.²⁵

4.2.2 Proporción

Durante años el hombre buscó la belleza perfecta, la proporción ideal; Levin menciona que esta determinada proporción se viene utilizando desde la antigua Grecia, esta fue ampliamente empleada por la arquitectura de la época siendo uno de los ejemplos el Partenón en la Acrópolis de Atenas, además los egipcios hicieron lo mismo con las pirámides; sus piedras mantenían una proporción de 1.618 entre ellas (Figuras 14 y 15).⁹ Este modelo es la llamada “proporción divina,” proporción aurea” o “regla dorada”.



Figura 14 Acrópolis de Atenas.



Figura 15 Pirámides de Egipto.

La proporción aurea es una fórmula matemática que determina la armonía en las proporciones de cualquier figura. Cuando es aplicada a la sonrisa, en una visión frontal, la relación entre la anchura del incisivo lateral y la del incisivo central es de 1:1,618 y la proporción entre la anchura del incisivo lateral al canino es de 1:0,618. No obstante, varios estudios y observaciones clínicas concluyeron que esas proporciones no son frecuentemente encontradas. Prestón determino en 1993 que solo el 17% de las personas analizadas presentaban la proporción aurea entre la anchura del incisivo lateral y la del incisivo central y ningún individuo presento la proporción entre la anchura del incisivo lateral y canino (figuras 16 y 17).¹⁸

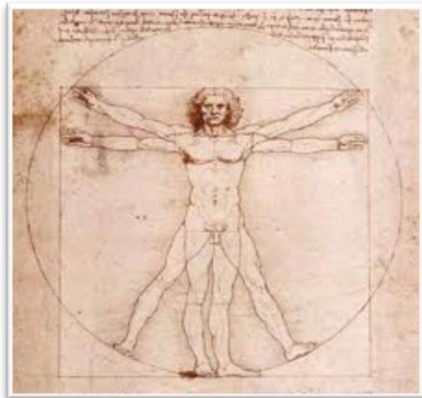


Figura 16 Proporción aurea. L. Da Vinci.

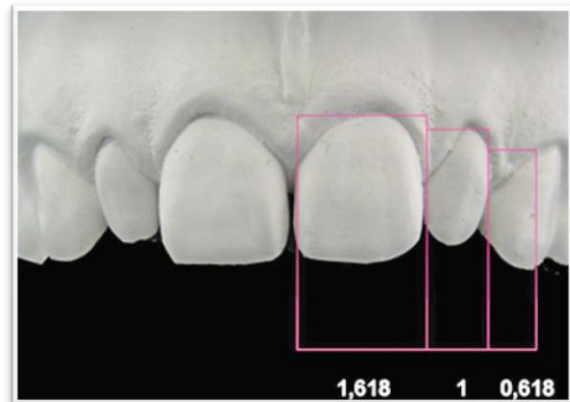


Figura. 17 Proporción aurea.

Cuando no se pueden establecer la proporción aurea, debe mantenerse en lo posible una relación constante.⁹

4.2.3 Color

La luz es quien tiene la capacidad de mostrarnos los pigmentos de los objetos que nos rodean por tanto podemos definir al color por matiz (o tonalidad), valor (o brillo, o luminosidad) y saturación,¹⁰ Munsell describió estas tres dimensiones de color los actuales sistemas de color utilizan el sistema tridimensional conocido como “Árbol de Munsell” para seleccionar colores (figura 18).²

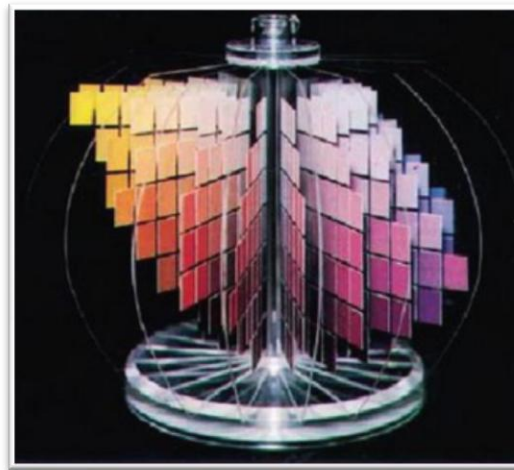


Figura.18 Árbol de Munsell.

a. Tono: es un acrónimo inglés que se utiliza para recordar los tonos del espectro. En la dentición permanente de las personas jóvenes, el tono suele ser muy parecido en toda la boca. Con el paso de los años, suelen producirse variaciones de tono debido a la pigmentación intrínseca y extrínseca producida por los materiales de restauración, los alimentos, las bebidas, el tabaco y otros factores.

b. Valor: representa la claridad u oscuridad relativa de un color, un diente claro tiene un valor elevado, un diente oscuro tiene un valor reducido. No es la cantidad del color, sino la calidad de luminosidad de una escala de grises, es decir el matiz de un color puede parecer claro y brillante u oscuro y apagado. Conviene considerar el valor de este modo, ya que el uso de valor

en odontología restauradora no significa añadir gris, sino manipular los colores para aumentar o reducir la cantidad de gris.

c. Saturación: este solo puede aparecer con el tono, la saturación es la cualidad del tono que mejor se puede reducir al blanqueo. En casi todos los tonos es posible reducir la saturación mediante el blanqueo vital y desvitalizado. En general, la saturación de los dientes aumenta con la edad.¹⁰

4 2.4 Posición y alineamiento

La armonía y el balance de una sonrisa dependen en mucho de lo bien y uniformemente posicionados que estén los dientes en el arco. Los dientes en mal posición, además de romper la forma normal de la arcada, pueden interferir en las proporciones relativas de los dientes. El correcto alineamiento de los dientes confiere a los labios el soporte adecuado y permite la reflexión de la luz de modo que sea posible la distribución natural de la luminosidad intrabucal (fig. 19).²



Figura 19 Posición y alineamiento dental.

4.2.5 Textura superficial

La superficie de los dientes en una persona joven, característicamente, muestran muchas irregularidades significativas, mientras que los dientes de personas mayores tienden a poseer una superficie más lisa debido al desgaste.

Las irregularidades, tales como las líneas de crecimiento, dan como resultado efectos ópticos resaltantes durante la reflexión de la luz. La superficie de un diente natural rompe la luz y la refleja en muchas direcciones. Por lo tanto se deben examinar y reproducir las depresiones, las prominencias, las facetas y los surcos.²

4.2.6 Troneras gingivales

Es el espacio que ocupa la papila gingival. Su presencia da sensación de salud y belleza a la sonrisa (fig. 20).²⁵



Figura 20 Troneras gingivales.



4.3 Factores relacionados a dientes vecinos

4.3.1 Puntos de contacto

En el segmento anterior, la posición de los puntos de contacto está directamente relacionada con su morfología e inclinación al eje dental. En general están localizados en una posición que va desde incisal a cervical, a partir de los incisivos centrales hacia los caninos. En una composición de estética máxima, la línea hipotética formada por los contactos y sigue paralela a las líneas horizontales de la cara.

4.3.2. Contorno y morfología gingival

Esos dos componentes enmarcan los dientes de la región cervical, su posición y apariencia determinan desde simetría y proporción dental a fuerzas cohesivas y estabilidad visual de la composición de la sonrisa. Los márgenes gingivales presentan dos contornos considerados agradables:

Patrón sinuoso: ocurre cuando el margen gingival del incisivo lateral esta debajo de la línea hipotética trazada tangente entre los márgenes gingivales del incisivo central y del canino.

Patrón recto: ocurre cuando los márgenes gingivales del incisivo central, incisivo lateral y canino están alineados a la misma tangente.

Estos patrones pueden ocurrir de forma simétrica, bilateral o combinada.

4.3.3 Equilibrio

El equilibrio en una sonrisa, es saber cuál es el límite máximo de asimetría aceptable, cual es la línea que separa lo armoniosos de lo no armonioso.

4.4 Factores Genéricos

4.4.1 Línea del labio

Durante el reposo o la sonrisa, las relaciones labiodentales son factores determinantes para la connotación favorable o negativa estéticamente, ya que su forma de relación influencia directamente la composición del trabajo protésico dental.

La cantidad de exposición dental, cuando son consideradas la altura del labio superior en relación con los incisivos centrales y tejidos gingivales durante la sonrisa, depende de una serie de factores y pueden clasificarse en tres tipos básicos:

Línea labial baja: durante la sonrisa, solo una parte limitada de las estructuras dentales queda a la vista (fig. 21).²⁵



Figura 21 Línea labial baja.

Línea labial mediana: durante la sonrisa, los dientes y las pailas interdentes quedan a la vista (figura 22).²⁵



Figura 22 Línea labial mediana.

Línea labial alta: durante la sonrisa, dientes y encías quedan a la vista (figura 23).¹²



Figura 23 Línea labial alta.

4.4.2 Línea de la sonrisa

Es una línea hipotética que une los bordes incisales de los dientes anterosuperiores y va paralela al borde superior del labio inferior.

La falta de armonía entre el arco o la línea descritos por los bordes incisales de los dientes anterosuperiores y el trazado por la curvatura superior del labio inferior suele ser muy visible e importantísima, no debe violarse o se trastornará el elemento estético de la sonrisa, determinante en la evaluación facial de una persona, la falta de armonía podría interpretarse como desagradable.

En general, la curvatura del labio inferior es más pronunciada en la sonrisa de una persona joven. Esta línea de la sonrisa o su curvatura declina conforme la persona madura.



En denticiones no restauradas, una línea de la sonrisa recta es el resultado del desgaste de los bordes incisales. Pero, generalmente, existe una correlación entre esto y la edad del paciente. Como odontólogos podemos incorporar restauraciones que expresen juventud a través de centrales prominentes y bien desarrollados y una línea de la sonrisa bien definida en una relación de paralelismo.⁷



CAPÍTULO V

IMPACTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE PRÓTESIS PARCIAL FIJA

En la actualidad, la odontología, en especial la prótesis dental fija, ha cambiado gradualmente desde los aspectos funcionales hacia un alto grado de estética dental,²⁷ es decir, el tratamiento protésico estético en la medicina social ha evolucionado, enfatizando factores sociales del proceso- salud enfermedad. Por ello la medicina social desplaza su interés a la promoción de la salud, entendida no como ausencia de la enfermedad, sino como estado del bienestar humano, donde se interrelacionan el buen estado físico y el psicológico.²¹

Rasgos misogénicos, pueden verse en una tendencia difundida en gran parte de la población como una necesidad, como lo es el querer tener unos dientes blancos y parejos, en muchos de los casos sin importar su función.

Igualmente ocurre cuando las personas asisten con la finalidad de cambiar el color de sus dientes, porque es la moda el tener unos dientes blancos, eso es lo que refleja la mayoría de la publicidad, en donde se presentan modelos con una dentadura aparentemente perfecta.²⁰

Es sabido que la mayoría de los pacientes que acuden al consultorio no solo van en busca de conseguir un buen funcionamiento de su boca, sino también con el propósito de obtener una estética adecuada.²⁸ En el periódico New York Times se publicó un artículo llamado “What’s New In Cosmetic



Dentistry” donde reportaban el rápido crecimiento en el área odontológica en los Estados Unidos donde mencionan datos muy interesantes:

- 130,000 Dentistas estadounidenses hacen trabajos cosméticos.
- 32 Billones de dólares en utilidades son generados por tratamientos cosméticos.
- Los dentistas hacen 3 veces más trabajos cosméticos que los que realizaban hace 5 años por la aparición de mejores materiales, así como de carillas de porcelana.
- El uso de carillas de porcelana genera una utilidad anual de 250,000 dólares a dentistas que realizan 10 tratamientos al mes
- Además se ha popularizado los tratamientos de blanqueamiento dental.²⁹

En nuestra sociedad preocupada por la belleza, una gran sonrisa puede tener un gran impacto psicológico. Cuando la sonrisa de un paciente es destruida por una enfermedad dental, el resultado frecuentemente es la pérdida de autoestima y el daño a su salud física y mental general.²⁷

Según una encuesta de la Academia Americana de Odontología Cosmética (AACD)

- Más del 92% de adultos norteamericanos está de acuerdo en que una sonrisa atractiva constituye un recurso social importante.
- Un 88% siempre recuerdan a alguien con una sonrisa especialmente atractiva.
- El 85% coinciden en que una sonrisa poco atractiva no atrae a las personas del sexo opuesto.
- Un 74% están de acuerdo en que una sonrisa poco atractiva puede disminuir las oportunidades de éxito profesional.
- Sólo el 50% de los norteamericanos están satisfechos con su sonrisa.



Además de la pérdida de los dientes también la prótesis, que por lo general conduce a una mejoría, puede en algunos casos representar un factor pre disponente, desencadenante de diversos problemas psicopatológicos.

También resulta evidente que los deseos del paciente respecto a su aspecto estético proporciona la mejor orientación para una elección de tratamiento informado.

4.1 Aspectos psicológicos del paciente durante el tratamiento dental

Actualmente el tratamiento dental, especialmente los tratamientos de prótesis fija se facilitan y a la vez requieren de mayor exigencia debido a la introducción de nuevos materiales y técnicas. La preocupación y responsabilidad del dentista moderno incluye los recursos para mejorar el aspecto dental del paciente, el cuál fomenta el bienestar emocional y social del individuo.

Aunque todos los pacientes desean una correcta restauración de su boca y una belleza impecable, está última no es igualen todas las mentes. Los valores estéticos para cada individuo cambian y son muy relativos, estos pueden variar en dependencia de factores como la edad, sexo, el nivel cultural o las condiciones socioeconómicas. Otero en su estudio demostraron que la región de la cara más observada por ambos sexos son los dientes, lo que puede explicarnos porque desde hace muchos años, al perderlos se han tratado de reponer con sentido estético. Dentro de este estudio también se reporto el comportamiento de orden de prioridad y preferencia con respecto a tratamientos y estética dental, encontraron que la mayor cantidad de personas prefieren atenderse el diente dañado antes que cualquier otra afección, así como también prefieren conservar sus dientes con un aspecto natural.²⁸

Al planificar el tratamiento, los dentistas deben tomar en cuenta los objetivos estéticos además de la función, estructura y biológica.²¹ Esto requiere que el

clínico confié en diversas disciplinas odontológicas para proporcionar el mejor nivel de atención dental, lo que conducirá a un nivel superior de satisfacción del paciente.²⁷

Es importante que el paciente sienta la prótesis como “suya” esto significa que el paciente debe gustarse a sí mismo (fig. 24); por tanto resulta útil pedirle algunas fotografías de cuando tenía sus dientes. Para que el odontólogo pueda prepara una prótesis lo más similar a la dentadura natural del paciente, imitando la forma, el color y el tipo de alineación. De esta forma, el individuo acepta con mayor facilidad el producto protésico, ya que reconoce, lo que pensaba haber perdido.²¹



Figura 24. Adaptación del paciente a la prótesis.

El Prótesisista dental a menudo se enfrenta a problemas difíciles de solucionar desde el punto de vista técnico, aunque los avances técnicos modernos han mejorado enormemente, sin embargo, una reconstrucción siempre será una prótesis que, a su vez, significa una sustitución del diente natural.

Collet aseguró que cada paciente tiene actitudes diferentes y deben ser consideradas por el odontólogo en el momento del tratamiento, y su reacción dependerá de la motivación, experiencias anteriores y de la información obtenida durante la anamnesis por el profesional. Clark y col. señalaron que



la valoración previa al tratamiento odontológico y protésico general es fundamental para el éxito.

Muchas veces las conductas indeseadas del paciente pueden atribuirse al ambiente que los rodea como por ejemplo: colores o ruidos inadecuados, personal auxiliar con poca empatía.³¹

Otros factores que se deben tomar en cuenta durante el tratamiento protésico es la ansiedad y los miedos dentales, desde la perspectiva conductual, se deben considerar como patrones multidimensionales y aprendidos de comportamiento que resultan desadaptativos en relación al tratamiento odontológico. En el desarrollo de estas actitudes intervienen múltiples causas y factores, por lo que el origen de la ansiedad y el miedo a la atención dental se postula como multifactorial por la mayoría de los autores.³²

El estrés psicológico implica siempre un problema de anticipación del futuro, la gente se estresa por lo que va a pasar, no tanto lo que esté pasando en el momento mismo.³⁰

Las personas con malos hábitos higiénicos suelen ser más ansiosas, al igual que aquellos que tienen un mal estado bucodental; las personas con discapacidad psíquica experimentan más los tratamientos odontológicos por su falta de comprensión; los pacientes que padecen enfermedades crónicas y graves suelen presentar menos ansiedad porque consideran un problema menor su estado; por último, un tiempo de espera prolongado antes de la atención, un número excesivo de pacientes en la sala de espera porque al individuo le parece que el tratamiento se realiza con prisas, y sesiones de tratamiento de larga duración parecen aumentar el nivel de ansiedad y estrés (fig. 25).³²

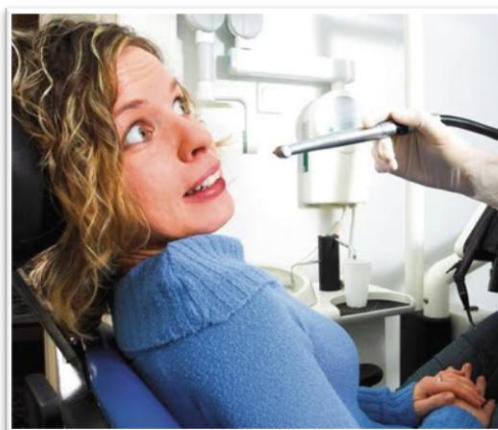


Figura 25 Estrés en la consulta dental.

La ansiedad dental ha sido clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones comúnmente temidas. Dada su alta prevalencia, es de esperarse que los pacientes con ansiedad dental eviten las visitas dentales. Sólo una minoría de los pacientes indica no tener ansiedad relacionada al ambiente dental. Un estudio llevado a cabo en Holanda reportó que sólo el 14% de la población holandesa no experimentó ansiedad al visitar al dentista, mientras que casi el 40% experimentó ansiedad 'por encima de lo normal' y el 22% mostraron estar "altamente ansiosos". Al respecto es conveniente recordar la distinción entre el estrés fisiológico y psicológico.³⁰

Varios estudios han demostrado que los procedimientos odontológicos protésicos ofrecen los factores provocantes de ansiedad dental más potentes, esto es, la vista, el sonido y la sensación vibratoria de las fresas dentales rotatorias, junto con la vista y sensación de la inyección de anestésico local dental. Es por esta razón que los pacientes ansiosos que deben pasar por procedimientos de prótesis parcial fija se manejan a menudo usando la regla de las "4 S", que apunta a reducir los provocantes de estrés:



- 📄 Sentido de la vista (ej.: agujas, fresas)
- 📄 Sentido del oído (o sonidos como excavación)
- 📄 Sensaciones (vibraciones de alta frecuencia – con un alto factor de molestia)
- 📄 Sentido del olfato (olores clínicos, como el eugenol y agentes adhesivos).³³

Luego de identificar a un paciente ansioso o temeroso, puede ponerse en funcionamiento una serie de medidas, por ejemplo:

- 📄 Dar suficiente tiempo para la cita dental
- 📄 Minimizar los factores provocadores, siguiendo el principio de las “4 S” descrito anteriormente, como cambiar la configuración del consultorio, el asistente dental puede colocar los instrumentos donde no se vean o puede cubrirlos, o podría rociar la sala de tratamiento con una fragancia para reducir el aroma clínico
- 📄 Introducir métodos de relajamiento
- 📄 Usar técnicas de distracción, como música con audífonos, anteojos de video, y anteojos de realidad virtual (especialmente para adultos)
- 📄 Dar anestesia más eficiente o usar métodos complementarios, como inyectores peristálticos, cremas tópicas, y estimulación nerviosa transcutánea
- 📄 Remitir a especialistas cognitivos o de comportamiento o psicólogos para el manejo de ansiedad y terapia de comportamiento
- 📄 Dar sedación consciente usando agentes farmacológicos.³³

En definitiva, un buen manejo psicológico del paciente se ve reflejada una mejor calidad y pronóstico del tratamiento.

4.2 Satisfacción del paciente hacia el tratamiento protésico

La satisfacción del paciente es de vital importancia ya que para el paciente tiene gran impacto psicológico tanto físico. Los pacientes que se encuentran en satisfacción con el servicio, tienden a cumplir indicaciones y recomendaciones del tratamiento y por tanto se tienen mejores resultados clínicos, es menos probable que este tipo de paciente abandone su tratamiento (fig. 26).³⁴

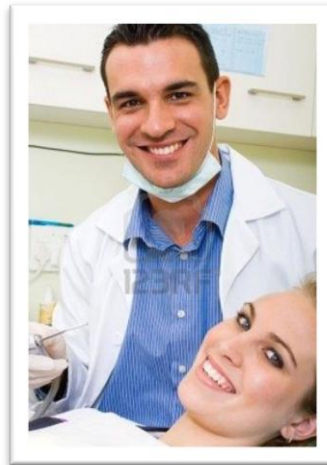


Figura 26 Satisfacción del paciente.

Gili en su estudio los factores que influyen en la satisfacción de los pacientes con estética dental y el impacto de los tratamientos dentales básico sobre la satisfacción con su aspectos dental, lo cual obtuvo que más del 60% de los sujetos se encontró satisfecho de forma general con su pacto dental, sin embargo sólo el 43% estaban satisfechos con su color dental, en otro apartado también evidencio que el 77% de los paciente estaban interesados en mejorar el aspecto de sus dientes. Podemos observar en este estudio los pacientes consideran como un factor fundamental en lo que respecta la estética dental, el color dental así como el mejoramiento del aspecto dental.²⁷



La Odontología, como especialidad de las Ciencias de la Salud, tiene una importante misión que cumplir en el proceso de desarrollo sanitario de la sociedad, fundamentalmente el de contribuir a preservar o garantizar la salud de las personas, y en consecuencia a mejorar su capacidad de producción, su finalidad consiste en garantizar la salud bucal de las colectividades a través de la atención a las necesidades individuales de cada uno de sus integrantes.

Hoy día, los requerimientos hacia la práctica odontológica, rebasan el propósito colectivo antes mencionado y se extiende a exigencias individuales orientadas más hacia lo estético que hacia lo funcional.²⁰

Cuando se planifica un tratamiento, los dentistas deben considerar, junto con el paciente, los objetivos estéticos unidos a la función, estructura y biología. Esto requiere que el protesista dental se base en varias disciplinas para suministrar el mayor nivel de atención dental, lo que puede conducir a un mayor nivel de satisfacción del paciente.



CONCLUSIONES

Es de gran importancia tener los conocimientos básicos en el área psicológica, ya que son una herramienta útil dentro de la práctica odontológica; estos aspectos psicológicos ayudaran a tener una correcta interacción dentista- paciente, la cual se verá fortalecida en medida que se considere al paciente como individuo que tiene deseos y expectativas respecto a su tratamiento dental y que también busca una satisfacción total.

También se considera que dentro del tratamiento protésico, la estética dental es en su mayoría la principal demanda de los pacientes. Cabe mencionar que esta demanda por parte del paciente, juega un papel muy importante, ya que es un factor detonante del impacto psicológico que pueda presentar cada paciente en sí mismo y de su entorno social.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Montes V. Diferentes temas sobre odontología y salud bucal. 2da ed. Colombia.1994. Pp. 69,70.
- ² Bottino M.A. Faria. R. Percepción, estética en prótesis libres de metal en dientes naturales e implantes.1ra ed. Brasil.2009. Ed. Artes Medicas.Pp.123-136.
- ³ www.wikipedia.com/wiki/historia_de_la_odontologia.
- ⁴ Ring M. Historia ilustrada de la Odontología. 1ra ed. Barcelona. 1989. Ed. Doyma. Pp. 15, 16, 27, 28
- ⁵ García R. A. Cerámica prehispánica y hallazgos arqueológicos: apreciación estética desde la perspectiva odontológica. Rev. ADM .2007. Vol.14 N. 6 221-225.
- ⁶ Reyes J. Historia de la odontología.
www.monografias/trabajos55/odontologiaconsulta.
- ⁷ Blanco O. Solórzano A. L. Aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal.Rev. Acta odontológica Venezolana.
http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/estetica_odontologia_aspectos_psicologicos.asp.
- ⁸ Salazar A. Odontología estética. El arte de la perfección. 1ra ed. Brasil. 2009. Ed. Artes Medicas. Pp.615-617.



- ⁹ Stefanello A. Odontología restauradora y estética. 1ra ed. Brasil. 2005 Ed. Amolca. Pp. 81, 82.
- ¹⁰ Fisher J. Estética y Prótesis dental. 1ra ed. Venezuela. 1999. Edit. AMOL. Pp. 9-11.
- ¹¹ Goldstein R. Odontología estética vol. I. 2da edición. España. 2002 Ed. Ars Médica. Pp. 8-9
- ¹² Dale A. odontología estética. Una aproximación clínica a las técnicas y los materiales. 2da ed. España. 2002. Ed. Mosby. Pp. 485, 487,488, 490, 491.
- ¹³ Fernández P. Smith E. Figueiras A. Suarez D. Motivación psicosocial del paciente ortodontico. Rev. Ortodoncia clinica. 2001. Vol.4. N.1. Pp. 34- 38
- ¹⁴ Cash T. Pruzinsnky T. Body image. A handbook of theory resech and clinical practice. 4ta ed. New York. 2002. Ed. The Guiford press. Pp. 345-348.
- ¹⁵ Kimble C. Hirt E. Díaz- Loving R. Psicología social de las Américas. 1ra ed. México. 2002. Ed. Pearson educación. Pp.48-49, 52-54, 412-413.
- ¹⁶ Jourard S. Healthy personality: an aproach from viewpoint of humanistic psychology. 10ma ed. USA.2005. Ed. Macmillan. Pp. 130, 151.
- ¹⁷ El uso de aparato dental mejora la autoestima en pacientes adultos acomplejados o depresivos. Europa- prees. www.coem.org.es/prensa/06-05-2010-0.
- ¹⁸ Sidney K. Bruguera A. Invisible. Restauraciones estéticas cerámicas.1ra ed. Brasil. Ed. Artes médicas. 2008. Pp. 25, 32,35, 39, 48- 50, 56,66.



- ¹⁹ Moscovici E. Psicología social II. España. Ed. Paidós. Pp. 627.
- ²⁰ Couto M. D. Esser J. Vásquez N. Odontología y misoginia. Estética *versus* funcionalidad. Rev. Investigación en salud. Venezuela. 2007. Vol. 9 N. 2. Pp.94-99
- ²¹ Preti Giulio. Rehabilitación protésica. Tomo I. 1ra ed. Colombia. 2007. Ed. Amolca. Pp.41-43,45-48.
- ²² Mezzomo E. Rehabilitación oral para el clínico. 1ra ed. Colombia. 2003 Ed. Amolca. Pp. 1,3
- ²³. Owall B. Kayser A. Carlsson E. Odontología protésica: principios y estrategias terapéuticas. 1997. Ed. Mosby. Pp. 136, 140.
- ²⁴ Estética: Restauraciones adhesivas en dientes anteriores fracturados. 1ra ed. Brasil. 2004. Ed. Santos. Pp. 36
- ²⁵ . Urréjola A. Marin C. Estudio de la sonrisa y de la forma de los dientes en cien alumnos de Odontología. Rev. Europea de Odontología. <http://www.redoe.com/ver.php?id=99>
- ²⁶ Molina L. Jane L. Estudio de la sonrisa: Una aproximación a la belleza de la sonrisa. Rev. de Operatoria Dental y Endodoncia. España. http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=79&Itemid=27.
- ²⁷ Gili R. Samorodnitzky-Naveh. Selly B. Geyger. Patients' satisfaction with dental esthetics. Journal ADA. 2007. Vol. 2 N 5. Pp.294- 297.



- ²⁸ Otero J. Segui A. las afecciones estéticas: un problema para prevenir. Rev. Cubana Estomatologica. Habana. 2001. Vol. 39 N 2. Pp. 83- 89.
- ²⁹ Berger W. What's new in cosmetic dentistry. NY Times. 2007.
- ³⁰ Rojas Alcayaga. Misrachi L. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Chile. Rev. *Avances en Odontoestomatología*. 2004. Vol. 20 N.5. Pp.239-245.
- ³¹ Arrighi p. Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la facultad de odontología de la universidad central de venezuela.1998. Rev. Acta odontologica venezolana. Vol. 36 N. 2. http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/actitud_paciente_tratamiento.asp.
- ³² Márquez J. A. Navarro M^a. Cruz D. Gil J. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. Rev. RCOE. 2004. España. Vol. 9 N.2. Pp. 165-174.
- ³³ Hmud R.Walsh LJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. Rev. Mínima Intervención En Odontología. 2009. Vol. 2 N.1.Pp 237-248.
- ³⁴ Elizondo J. Satisfacción del paciente en el servicio odontológico en la Fac. de Odontología de laU.A.N.L.2008. España. <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2076/1/17686982.pdf>
-