



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROPUESTA DE UN TALLER PARA  
DESARROLLAR HABILIDADES QUE MEJOREN  
EL TRATO DE LOS ODONTÓLOGOS QUE  
REALIZAN SU SERVICIO SOCIAL EN LA  
CLÍNICA DE DOLOR DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA DE LA UNAM**

**INFORME PROFESIONAL DE  
SERVICIO SOCIAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**DANIELA PATRICIA OLVERA CARREÑO**

**DIRECTOR DE IPSS**

**DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA**

**REVISORA DE IPSS**

**DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ**

**Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2020**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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**

Mi mayor agradecimiento a mi mamá **Patricia** por siempre estar a mi lado, por apoyarme y guiarme todos estos años para superarme y dar lo mejor de mí. Gracias por tu paciencia y por la fuerza que me has dado toda mi vida, esto siempre será por y para ti. Gracias por ser siempre la mejor compañera de vida, la mejor amiga, la mamá que siempre sigue mis locuras y procura hacerme feliz. Gracias por apoyar cada sueño, y, sobre todo gracias por ayudarme a cumplir cada uno de ellos. Solo puedo decir, gracias mamá, gracias por todo.

A mi papá **Alejandro**, gracias por siempre darme tu apoyo, por darme ánimos cuando estaba realmente cansada y nunca rendirte conmigo. Gracias por enseñarme que los cuentos tú los escribes y depende de ti si se hacen realidad o no. Gracias por siempre darme fuerza y ayudarme a seguir luchando por mis metas.

A mi hermano **Rodrigo**, gracias por ser el mejor modelo a seguir que pude haber pedido, por todas las palabras de apoyo a lo largo de toda mi formación, y por los consejos de vida. Eres el mejor hermano que alguien puede pedir, yo sé que por todos esos consejos hoy puedo escribir estas palabras. Gracias hermanito por siempre estar para mí sin importar qué.

Un agradecimiento muy especial al **Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa**, por brindarme su constante apoyo en la realización de mi Servicio Social y en el desarrollo de este proyecto, por brindarme su tiempo y dedicación para poder expresar mis ideas con claridad.

Gracias a la **Esp. Elvira del Rosario Guedea Fernández** por abrirme las puertas de la Clínica del Dolor y brindarme su constante apoyo y asesoría para que este proyecto pudiera desarrollarse. Gracias al equipo de odontólogos que atienden en la Clínica por hacerme sentir como en casa y como una compañera más de su equipo de trabajo.

A la **Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez** por su dedicación en sus clases y gracias por su apoyo en la revisión de este trabajo.

Un agradecimiento muy grande a la **Mtra. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez**, a la **Mtra. María Martina Jurado Baizabal** y a la **Mtra. Beatriz Alejandra Macouzet Menéndez** por su apoyo y comentarios en la revisión de mi Informe. Gracias por inspirarme en cada una de sus clases.

A mis abuelos, **Abi y Pa**, gracias por siempre inspirarme a superarme, a dar lo mejor de mi y nunca rendirme en los momentos difíciles. Estoy muy orgullosa y feliz de poder compartir con ustedes este momento, gracias por todas esas enseñanzas que han marcado mi vida. Gracias por cada recuerdo, les aseguro que siempre estarán en mi corazón.

**A mi familia**, gracias por ayudarme a perseguir mis sueños por más locos que sean, por estar siempre apoyándome sin importar la situación. Gracias por siempre estar unidos y atentos a mí.

**Agueda**, gracias por compartir toda la carrera conmigo, por tu paciencia y tu constante soporte a lo largo de todas las complicaciones ya sea en clase o en la vida. No pude pedir a una mejor compañera para cursar una de las mejores decisiones que he tomado. Gracias de corazón, amiga.

**Scar, Liz y Alonso**, ustedes siempre han estado conmigo, desde que la UNAM se convirtió en mi segunda casa ustedes se convirtieron en mi segunda familia. Siempre han estado ahí, ya sea en los logros o en las caídas, gracias por demostrarme que la verdadera amistad perdura sin importar la distancia o el tiempo. Gracias por ser esos hermanos que elegí.

Gracias **H**, por siempre inspirarme y por enseñarme a perseguir todos mis sueños. Gracias por ser un modelo a seguir día con día. Gracias por enseñarme a tratar a las personas con amabilidad y a elegir el amor, esto siempre te va a llevar a cumplir todo lo que te propongas. Gracias porque debido a esa inspiración elegí lo que realmente amo hacer.

Gracias a todos los profesores que han formado parte de mi vida académica, se que cada uno contribuyó a que escalón por escalón pudiera llegar a cumplir esta meta que tengo desde pequeña. Gracias de igual forma a mis compañeros, tengo claro que de cada uno aprendí algo y que marcó mi vida para siempre.

Gracias a la UNAM, mi segunda casa, es un verdadero honor pertenecer a esta máxima casa de estudios. Siempre te voy a llevar en el corazón a donde sea que vaya.

**“Be a lover. Choose love. Give love.**

**Love everyone, always.”**

**Harry Styles, 2017**

# Contenido

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
1. SERVICIO SOCIAL.....	3
1.1 CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL.....	3
1.2 DATOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	5
2 MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES (TTM) .....	6
2.2 DOLOR CRÓNICO.....	22
2.3 ANSIEDAD.....	32
2.4 DEPRESIÓN .....	41
2.5 FRUSTRACIÓN .....	47
2.6 SOMATIZACIÓN.....	53
2.7 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	60
3. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL .....	68
3.1 RESULTADOS OBTENIDOS.....	72
3.2 TRABAJO REALIZADO CON LOS ODONTÓLOGOS .....	77
3.3 COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS .....	77
3.4 OBJETIVO DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL.....	82
4. PROPUESTA DE TALLER .....	83
4.1 CARTAS DESCRIPTIVAS .....	90
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	112
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	115
REFERENCIAS.....	117
ANEXO 1.....	122

## **RESUMEN**

La frustración a la que se enfrenta el equipo médico es muy elevada debido al constante contacto con el proceso salud-enfermedad; esta se eleva aún más cuando la enfermedad que se trata implica un dolor crónico y un sufrimiento cada vez mayor por parte del paciente que se atiende. En el periodo en el que realicé mi servicio social en la Clínica del Dolor de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) pude detectar diez problemas principales a los que se enfrentan los odontólogos en el trato con sus pacientes. A lo largo de su formación se exige que los tratamientos brindados sean adecuados sin dar énfasis en el correcto trato al paciente; esto conlleva complicaciones al momento de enfrentarse a pacientes con alguna alteración emocional que repercuten directamente en la adherencia que tiene la persona a su tratamiento, ocasionando la alta deserción de los pacientes a los tratamientos odontológicos y dificultando la investigación de nuevas áreas de oportunidad como lo son los trastornos temporomandibulares.

Identificando la falta de estrategias y herramientas para facilitar la comunicación de los odontólogos con los pacientes se desarrolló una propuesta de taller de diez sesiones para apoyar y sensibilizar a los odontólogos que atienden en Clínica del Dolor y brindarles distintos medios que mejoren no solo su práctica profesional; sino también herramientas para afrontar situaciones que estén interfiriendo en su desempeño y que dificulten la comunicación con sus pacientes.

Palabras clave: Trastorno temporomandibular, dolor crónico, frustración, empatía, adherencia al tratamiento.

## **ABSTRACT**

The frustration experienced by the medical team is very high due to the constant contact with the health-disease process; this frustration is even higher when the disease involves a chronic pain and increasing suffering from the patient being treated. While I was doing my Social Service at the Pain Clinic in “Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)”, I was able to detect ten main problems that dentists face in dealing with patients. Throughout their training, the treatments provided are required to be adequate without emphasizing the correct treatment of the patient; this involves complications when dealing with patients with some emotional disturbance that directly impacts the patient’s adherence to their treatment causing a high desertion to dental treatments and hindering the investigation of new areas of opportunity such as temporomandibular disorders.

Identifying the lack of strategies and tools to facilitate dentists’ communication with patients, a proposal for a ten-session workshop was developed to support and sensitize dentists who care at the Pain Clinic and provide them with different means that improve not only their professional practice; but also tools to deal with situations that are interfering with their performance and that make it difficult to communicate with their patients.

Key words: Temporomandibular disorders, chronic pain, frustration, empathy, treatment compliance.

## **1. SERVICIO SOCIAL**

La Universidad Nacional Autónoma de México considera que el Servicio Social es una actividad esencial que consolida la formación profesional que fomenta en el estudiante una conciencia de solidaridad con la comunidad, la sociedad y el país.

El Servicio Social busca que los estudiantes pongan en práctica los conocimientos que han adquirido a lo largo de su formación profesional en problemas y necesidades que tiene el país; buscando que a través de esta práctica se fortalezcan valores como la ética y responsabilidad social, así como también facilitar el desarrollo de herramientas y estrategias que favorezcan el ingreso al mercado laboral.

La realización del servicio social no solo permite que el estudiante pueda poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de su formación, también le permite conocer las necesidades y problemas a los que se enfrenta la sociedad actual desde perspectivas distintas y de esta forma sea capaz de desarrollar estrategias y herramientas para poder enfrentarlos de forma óptima y facilite su ingreso a la vida laboral tras el término de sus estudios.

### **1.1 CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL**

El Servicio Social se realizó en la Clínica de Dolor Orofacial y Trastornos Temporomandibulares en la Facultad de Odontología de la UNAM.

En 1904 se estableció el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental (CNED) donde se otorgaba el título de Cirujano Dentista, siendo la primera institución que generó grandes avances en la odontología nacional; en sus primeros años de actividades el CNED formó parte de la Escuela Nacional de Medicina. Con el paso de los años el incremento de la matrícula ocasionó distintos cambios de sede. En 1913, la institución cambia de nombre a Escuela Odontológica Nacional, este mismo año obtuvo el reconocimiento oficial de la Universidad Nacional Autónoma de México (Hirose & Díaz, 2010).

Es hasta el año 1958 que la Escuela Nacional de Odontología (ENO) se muda a las actuales instalaciones en Ciudad Universitaria. Esto marcó un gran desarrollo y posicionamiento de esta Escuela, se creó el Departamento de Ciencias Básicas que inició los primeros protocolos de investigación. Posteriormente, en los años 60 se iniciaron estudios de posgrado con especialidades como Ortodoncia, Periodoncia, Prótesis Bucal y Odontopediatría. Con el

establecimiento de estos programas el Consejo Universitario otorgó la categoría de Facultad. Actualmente la Facultad está conformada por 3,375 estudiantes y 686 académicos (Odontología UNAM).

- **MISIÓN Y VISIÓN**

La carrera de Cirujano Dentista se imparte no sólo en la Facultad de Odontología, también se da en FES Iztacala y Zaragoza, a pesar de que cada una cuenta con su propia visión y misión, todas ellas están en función de desarrollar profesionales competentes con una formación ética, eficiente y actualizada con el fin de contribuir a la salud bucodental de la sociedad.

La Facultad de Odontología de la UNAM (CU) tiene la misión de formar profesionistas a nivel licenciatura, posgrado e investigadores capaces de enfrentar las dificultades del entorno nacional e internacional, para contribuir al desarrollo de la sociedad (UNAM, 2017).

Por otro lado, la visión de la Facultad es continuar siendo la mejor opción de odontólogos por la formación, investigación y contribución social, apoyando al desarrollo nacional e internacional para fortalecer el ejercicio de la profesión (UNAM, 2017).

Con el compromiso que tiene la Facultad con la atención clínica del cuidado bucodental en la sociedad, se cuentan con un total de 28 clínicas distribuidas en el edificio central y en el posgrado, además de nueve clínicas periféricas que brindan atención bucodental en diferentes zonas de la ciudad. Estas clínicas no solo tienen el fin de atender las necesidades de la sociedad, también son una oportunidad de aprendizaje de los estudiantes y de desarrollar habilidades y estrategias en su atención. En 2018, estas clínicas atendieron a un total de 32,753 pacientes con 211, 559 procedimientos realizados (Leyba, 2018).

Una de estas clínicas es la “Clínica de Dolor Orofacial y Trastornos Temporomandibulares”; esta clínica inició actividades en el 2005, en ella se atienden a pacientes que presentan alteraciones en las articulaciones y músculos de la masticación. El tratamiento que ofrece a las personas que acuden con dolor orofacial crónico, o con un trastorno temporomandibular se atienden desde un modelo de tratamiento que no solo se enfoca en lo biológico, también integra factores psicosociales para brindar un mejor tratamiento a los pacientes que acuden a ella.

En una entrevista realizada para un artículo de la UNAM, el doctor Manuel Saavedra García, director de la clínica, comentó que para 2013, tras ocho años de su apertura, la clínica había atendido aproximadamente a 3,650 pacientes; es decir, casi 400 pacientes al año. Esto es una gran demanda para una clínica que cuenta con un espacio reducido y con pocos lugares para realizar el servicio social (Universidad Nacional Autónoma de México, 2013).

Cuando los pacientes ingresan a clínica del dolor, se les hace un diagnóstico tomando dos ejes como base. A través de un examen físico y un cuestionario donde se evalúan factores como dolor discapacitante, depresión, somatización y ansiedad. Mientras que se brinda la atención odontológica necesaria, también se les da a los pacientes ejercicios de respiración y relajación, así como un entrenamiento autógeno.

En esta clínica, se han realizado diversas investigaciones para tesis de licenciatura y posgrado ya que es un lugar donde odontólogos pueden realizar su servicio social, de igual forma, es un área de oportunidad para los psicólogos que deseen realizar su servicio social ya que se enfrentan a una necesidad que va en aumento con población que sufre de dolor crónico, pues la demanda que tienen los pacientes de una atención odontológica es bastante amplia.

## **1.2 DATOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL**

**Nombre del Programa:** “Apoyo psicológico a pacientes que asisten a la Clínica de Investigación del Dolor Oro facial y Trastornos Temporomandibulares de la Facultad de Odontología UNAM”

**Institución:** Facultad de Psicología

El objetivo del programa es realizar diagnósticos psicológicos mediante la entrevista psicológica y la aplicación de la prueba MMPI-2, y brindar un apoyo psicológico a los pacientes con trastornos temporomandibulares.

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES (TTM)**

Para comprender la relevancia de los aspectos psicológicos en el dolor orofacial y en los TTM es importante entender lo que son este tipo de trastornos. Es por ello que este primer capítulo aborda la descripción de TTM y su tratamiento, así como también las características del dolor orofacial, su diagnóstico y los tratamientos que se han desarrollado junto con las dificultades que estos acarrearán.

Los trastornos temporomandibulares describen un conjunto de condiciones musculoesqueléticas que se caracterizan por la presencia de dolor en los músculos de la masticación, articulaciones temporomandibulares, o ambos; generando alteraciones y dificultades en el sistema masticatorio. (Green & Laskin, 2013). Se considera un aspecto patológico que se asocia con problemas en la articulación temporomandibular (ATM); esto está relacionado con las dificultades en la masticación, chasquidos, dolores o tensión de mandíbula (Machado & Fasanella, 2009).

Una de las características principales es presencia de dolor o de incomodidad, se presentan ruidos en las articulaciones, y puede existir una limitación de los movimientos mandibulares, así como desviación al abrir y cerrar la boca. Típicamente, estos síntomas se presentan en la mandíbula, la sien, los oídos y la cara. Se asocian con exigencias de la función masticatoria, es decir, abuso funcional y traumatismos que pueden ser acompañados de inflamación (Okeson, 2008).

Dependiendo de la intensidad de la sintomatología, pueden estar acompañados de un malestar emocional presentando distintos trastornos, ya sea ansiedad, depresión, somatización, entre otros. Esto quiere decir que los trastornos temporomandibulares pueden tener comorbilidad con distintas enfermedades, no solo de un ámbito psicológico, sino también físicas como la migraña, dolores de cabeza, fibromialgia, dolores de espalda y síndrome de intestino irritable (Burris, Evans & Carlson, 2010).

## **PREVALENCIA**

Los trastornos temporomandibulares (ATM) son una de las patologías bucales más frecuentes en la población, Quirós., Monje., y Vázquez (2006) señalan que al menos el 75% de la población mundial ha tenido algún signo de estos trastornos a lo largo de su vida.

Espinosa, Lara, Lara, Saavedra y Vargas (2009), indican que “la prevalencia de los TTM en la población mundial es del 1%-10% y en poblaciones mexicanas del 37%-46%”. Esto es un porcentaje alto por lo que es esencial contar con clínicas cada vez más especializadas para atender estas alteraciones, además de un equipo multidisciplinario para su atención. En Clínica del Dolor de la Facultad de Odontología UNAM, se cuenta con contactos con las diferentes especialidades odontológicas; sin embargo, el contacto con medicina y con psicología no se ha logrado completar, por lo que la atención multidisciplinaria de los TTM se ve limitada.

A pesar de que estos trastornos se pueden presentar en ambos sexos, se ha observado que la incidencia es mayor en mujeres (Meeder et al, 2010), siendo ellas las que más demandan el tratamiento. De igual forma, se obtuvo que la incidencia es menor en los infantes, aunque existen casos que pueden presentarlo. En el tiempo en el que realicé mi Servicio Social confirmé estas cifras, ya que la población que más se presenta son mujeres desde los 15 hasta los 80 años. Igualmente, existieron casos de menores de edad que solicitaban el tratamiento, en su mayoría eran niños y niñas entre 10 y 12 años; inclusive, una paciente de dos años presentaba un avanzado bruxismo y desgaste en sus piezas. Es decir, a pesar de que es un número muy reducido de infantes, es importante considerar que estos trastornos pueden aparecer.

## **CAUSAS**

Cuando se detecta un deterioro a nivel dental, es muy difícil encontrar un factor único como causante de ello, este tipo de trastornos es el resultado de la combinación de varios componentes. La etiología de estos trastornos es muy variable, puede ser por lesiones severas en la mandíbula, desviación, una mala mordida, presencia de bruxismo diurno o nocturno, hasta situaciones estresantes en la vida diaria del paciente (Dawson, 1991).

Se han identificado factores de riesgo para el padecimiento de trastornos temporomandibulares, estos pueden incluir factores demográficos como sexo y edad, condiciones clínicas como la

presencia de dolor por distintas enfermedades; además de una combinación con factores psicológicos que contribuyen a la percepción de dolor (Green & Laskin, 2013).

En cuanto a la parte psicológica, los trastornos temporomandibulares se asocian en su mayoría a niveles de estrés elevados y su manejo disfuncional, esto causando una hiperactivación de la tensión muscular Dawson (1991) y ocasionado diversos síntomas como:

- Hipermovilidad de los dientes
- Desgaste excesivo
- Hipersensibilidad
- Desequilibrio de los músculos masticatorios
- Trastornos temporomandibulares
- Daño periodontal
- Hábitos orales nocivos
- Fracturas dentarias

La mandíbula tiene una función tipo palanca ya que está compuesta por diferentes músculos potentes liberadores de una gran fuente de energía, por esta razón, los dientes no deben tener ninguna obstrucción en sus movimientos para que esto sea funcional y menos nocivo para el paciente. Los efectos orgánicos que causen estas lesiones pueden estar escondidos debido a la adaptación en la masticación; sin embargo, tras un tiempo de desarrollo estos aparecerán con gran intensidad (Espinosa et al, 2009).

Dawson (1991) agrupa las diferentes causas de los trastornos en seis tipos:

1. Traumatismos
2. Trastornos de los músculos masticatorios
3. Problemas intraarticulares
4. Factores patológicos
5. Factores neurológicos
6. Factores psicológicos

Es decir, este es un fenómeno multicausal lo que nos indica que la afectación que tengan estos trastornos va a permear diferentes esferas de la vida de la persona.

Por otro lado, Okeson (2008) amplía el panorama de la influencia de los factores psicológicos en la presencia de estos trastornos, ya que considera que pueden tener comorbilidad con altos niveles de estrés, depresión, catastrofismo y somatización. De esta forma el autor agrupa en dos diferentes ejes las posibles causas de estos, y de esta forma ayudar al médico en un diagnóstico adecuado y completo:

**Eje 1:** Lo considera como alteraciones físicas en donde se aparecen impulsos nociceptivos que van a ser diferenciados según los tejidos que los producen.

**Eje 2:** Este autor considera relevante la influencia que tienen los factores psicológicos ampliando las diversas alteraciones que tienen comorbilidad con este estado, además de considerarlos en la experiencia de dolor del paciente. En ellos incluye:

- Trastornos de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Trastornos somatomorfos
- Otras alteraciones

Es decir, a pesar de la existencia clara de una alteración o daño orgánico, es importante que en el diagnóstico se explore y considere la influencia de factores psicológicos ya que estos pueden agravar o mantener el dolor o generar hábitos orales nocivos. Al tener un factor psicológico, si este no es tratado, a pesar de brindar un tratamiento completo y adecuado en el ámbito odontológico, el elemento psicológico siempre tendrá una influencia que resultará dañina y dificultará el tratamiento oral. Con base en mi experiencia, los pacientes que acuden a la clínica, al recibir el apoyo psicológico tuvieron una mejora más rápida que los pacientes que no contaron con el apoyo.

## **SISTEMA MASTICATORIO**

El sistema masticatorio debe funcionar en armonía de todos los componentes que lo conforman, estos son los dientes, las articulaciones temporomandibulares, los músculos masticatorios, entre otros. Todos estos componentes deben estar en equilibrio, relajados, con flexibilidad y balanceados; por lo que alguna alteración en alguno de estos generará en el paciente alteraciones, disfunciones y sobre todo dolor. Cuando se presentan mal-oclusiones o alteraciones en algún componente, el resto de ellos deben acomodarse y se ven afectados y

modificados; cuando esto no se atiende producirá dolor y distintos malestares en el paciente (Okeson, 2008; Green & Laskin, 2013)

Con la gran cantidad de componentes que forman el sistema masticatorio, la funcionalidad de este es muy variada; por ende, cuando existen afectaciones se producirá una reacción de respuestas en cadena dificultando desde los gestos faciales como sonreír, impedimentos para masticar, beber y tragar, salivar, etc., hasta causar problemas en el habla y alimentación. Estas complicaciones generan de igual manera, una alteración en el estado psicológico pues tener disfuncionalidades o limitaciones para poder cubrir necesidades fisiológicas como la ingesta de alimentos y el cumplimiento de convenciones sociales como el habla y la sonrisa, generan en el paciente un malestar no solo físico, sino también emocional (Okeson, 2008).

## **SÍNTOMAS DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES**

Green y Laskin (2013) señalan que los signos más característicos de estos trastornos es un aumento en la sensibilidad ante la palpación de los músculos masticatorios; esto acompañado de un dolor que incluye un rango limitante de movimiento y apertura de la mandíbula, así como ruidos o chasquidos al abrir la boca.

Algunos otros síntomas que se presentan en los TTM dependiendo de la gravedad y la afectación específica que tiene son: rechinado de dientes, dolor en los músculos masticadores, dolores de cabeza, cuello y espalda; los dientes se muestran sensibles, desgastados o inclusive rotos, dificultad para masticar alimentos, limitaciones al hablar o abrir la boca para bostezo y comer (Okeson, 2008).

## **TIPOS DE TTM**

Okeson (2008) diferencia entre cinco tipos de trastornos temporomandibulares, los cuales van aumentando progresivamente la intensidad de dolor y de limitaciones en el sistema masticatorio.

- 1. Cocontracción protectora:** También se conoce como “ferulización muscular protectora”; esta se refiere a una respuesta automática del sistema nervioso central cuando existe una lesión o una amenaza de ella. Es ocasionada debido a un cambio brusco en el ingreso de información sensorial o propioceptiva, de igual forma puede

deberse a un exceso de movimiento o un trauma. El dolor en este caso aparece únicamente al usar el músculo. Un ejemplo de esto es un aumento de tensión emocional. Si este se prolonga puede ocasionar un problema muscular local.

- 2. Irritación muscular local:** Este se considera un trastorno doloroso, primario, donde no hay una inflamación. Se caracteriza por cambios en el entorno local de tejidos musculares. Puede deberse a la liberación de sustancias algogénicas (por ejemplo, histamina), que producen dolor; también puede ocasionarse debido a un traumatismo local o debido al uso excesivo del músculo.

Es importante mencionar que debido al dolor profundo que ocasiona una irritación muscular, puede ocasionarse una cocontracción protectora, lo que da lugar a una irritación muscular creando un círculo vicioso llamado “dolor muscular cíclico” que debe ser detectado ya que el dolor se vuelve independiente a la fuente original que lo ocasionó.

- 3. Dolor miofascial (mialgia de puntos gatillo):** Esto es ocasionado al no resolver una irritación muscular, ya que se provocaron alteraciones debido al constante dolor profundo. Este es un trastorno doloroso regional, que se caracteriza por áreas locales de bandas firmes e hipersensibles de tejido muscular conocidas como “puntos gatillo”; estos son una fuente constante de dolor profundo ante la palpación.
- 4. Mioespasmos (mialgia por contracción tónica):** De igual forma que el dolor miofascial, los mioespasmos son ocasionados por una irritación muscular local sin resolverse. Este trastorno consiste en una contracción tónica muscular inducida por el sistema nervioso central; pueden ocasionar una disfunción estructural y en la posición de la mandíbula creando una “maloclusión aguda”.
- 5. Mialgia de medición central:** Conforme los trastornos miálgicos se convierten en crónicos, el sistema nervioso central contribuirá a la permanencia del trastorno. Se caracteriza porque los impulsos de nocicepción son originados en el sistema nervioso central. Se diferencia por la sensibilidad de los músculos, dolor presente en reposo y aumenta con la función de los músculos y es frecuente la existencia de una disfunción estructural.

El proceso de los trastornos temporomandibulares es variante, y la presencia de dolor depende de la cronicidad de estos.

Okeson (2008) de igual forma considera la existencia de otro tipo de trastorno tras un dolor miálgico prolongado, conocido como fibromialgia. La fibromialgia es un trastorno doloroso musculoesquelético global, en este existe sensibilidad por más de tres meses. Es importante que los médicos consideren este trastorno debido a que no se refiere a trastornos dolorosos del sistema masticatorio, sino como a un trastorno de dolor muscular crónico; a pesar de que puede presentar síntomas de los TTM, es importante que en estos casos se refiera al médico adecuado para su diagnóstico diferencial y tratamiento adecuado.

Por otro lado, Espinosa et al. (2009), clasifican los trastornos temporomandibulares según las características físicas que presenta el paciente y su historia clínica, describiendo tres tipos:

1. Trastornos musculares
2. Trastornos articulares
3. Otras alteraciones articulares

Es importante mencionar que estos tres trastornos no son excluyentes los unos de los otros, es decir, entre más síntomas se presenten hay mayor posibilidad de padecer los tres trastornos. En un inicio pueden presentarse síntomas de solo uno; sin embargo, si no se trata puede desencadenar la presencia de los otros dos e intensificar el dolor que causan.

## **DOLOR OROFACIAL**

Es el resultado de un impulso nociceptivo enviado al cerebro a través del nervio trigémino; este puede ser causado por lesiones o traumatismos en la boca, cara, articulaciones o músculos de la mandíbula (Okeson, 1995).

Para encontrar un diagnóstico adecuado en cuanto a la presentación del dolor, Okeson (2008) señala que es importante considerar las diferentes categorías de dolor orofacial

1. **Dolor somático:** Este aparece como respuesta de la estimulación de receptores nerviosos normales; lo causa la inflamación de los músculos ya sea por el contacto con sustancias alógenas.

Dentro de esta categoría se consideran distintos dolores:

- Dolores cutáneos y dolores mucogingival, son considerados dolores superficiales que pueden deberse a traumatismos, alergias e infecciones locales; en ellos la

localización es precisa. Un ejemplo de esto son el herpes o el síndrome de la boca ardiente.

- Dolor musculoesquelético y dolor visceral, estos se consideran dolores profundos, presentan sensibilización central o hiperexcitabilidad. En ellos la localización es variable y difusa, y con frecuencia se acompaña de efectos secundarios excitatorios.

Dentro de los dolores musculoesqueléticos se encuentran los dolores musculares y de articulaciones temporomandibulares.

- 2. Dolor neuropático:** Este es generado en el propio sistema nervioso central donde hay una fuente clara de nocicepción
- 3. Dolor debido a trastornos psicológicos:** Este considera que cuanto mayor tiempo sufra un paciente, mayor será la influencia de los factores psicológicos.

Es importante mencionar que no todos los TTM presentan dolor, depende de la localización y la cronicidad del trastorno; es por ello que es importante valorar la clasificación del dolor para poder diagnosticar de forma adecuada el tipo de trastorno y brindar un tratamiento adecuado acorde a las necesidades y problemas que presenta el paciente (Espinosa et al. 2009).

## **DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES**

El procedimiento para realizar el diagnóstico de estos trastornos debe ser muy preciso para no confundir la sintomatología con la presencia de otro fenómeno.

Dawson (1991), Quirós., Monje., y Vázquez (2006), Ockeson (2008) señalan diferentes aspectos que deben evaluarse al momento de diagnosticar trastornos temporomandibulares.

- 1. Elaboración de una historia clínica y evaluación de las alteraciones por el dolor**
  - Entrevista preliminar
  - Conocer el motivo de consulta
  - Historia clínica del dolor (aparición, duración)
  - Explorar la existencia de síntomas que acompañan al principal, en este caso el dolor.
  - Localización del dolor

- Exploración de las características de dolor (intensidad, localización y evolución)
- Conducta del dolor, la existencia de factores agravantes o relajantes
- Si han existido traumatismos o accidentes cráneo-cérvico-faciales
- Antecedentes de aperturas prolongadas (operaciones)
- Revisión por sistemas
- Trastornos en el sueño
- Diagnóstico de enfermedades de articulaciones
- Valoración psicológica

Esta historia clínica debe ir acompañado de una exploración clínica para confirmar o descartar hipótesis de un trastorno temporomandibular y para obtener un diagnóstico con mayor precisión.

## **2. Exploración clínica**

- Valorar la alineación y simetría facial.
- Movimiento de la mandíbula.
- Apertura de la boca.
- Presencia de ruidos o chasquidos al abrir la boca.
- Dolor o molestia con la palpación.
- Signos de desgaste excesivo en alguna de las piezas dentales.

Estas evaluaciones deben formar parte de un examen dental completo de rutina. Si aparecieran signos positivos en alguna de los rubros, se debe hacer una exploración más profunda para verificar la presencia de ese trastorno.

En la Clínica del Dolor se llevan a cabo los dos pasos mencionados; sin embargo, la elaboración de la historia clínica y la evaluación de las alteraciones del dolor es un poco limitada, ya que a pesar de realizar la entrevista y preguntar acerca del origen del dolor, los pacientes solo mencionan muy poca información como al comer un alimento, al recibir un golpe, pero los odontólogos no exploran más allá de estas causas y los mismos pacientes no sienten la confianza suficiente para contar la historia completa. Otro componente que no se explora es el de factores agravantes o relajantes, y si se pregunta solo se refieren a factores orgánicos dejando de lado lo psicológico. Esto quiere decir que los odontólogos a pesar de conocer los componentes que se deben explorar no cuentan con la información suficiente para hacer una

historia clínica completa que facilite la elaboración del diagnóstico que incluya ambos ejes. De igual manera, con experiencia puedo decir que los odontólogos que realizan su servicio social no cuentan con una formación adecuada para elaborar historias clínicas pues se concentran más en preguntar sobre la información actual y no en lo que pudo haber sido el origen del dolor, o la relevancia de los antecedentes bucales que pueden tener influencia en la situación actual.

## **TRATAMIENTO**

Debido a que estos trastornos tienen causas diversas, no existe un tipo de terapia o tratamiento único que sea efectivo. El manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinario y multimodal, además de que la selección de tratamiento debe ser acorde a las necesidades del paciente, su comodidad y buscando el mayor beneficio; esto debido a que en muchas ocasiones los pacientes no presentan molestias, pero si un desplazamiento de sus piezas.

Okeson (2008) propone que el tratamiento de estos trastornos debe enfocarse en la manipulación de factores que inician o acentúan el dolor y/o la instauración de medios y métodos con los que el propio paciente puede mejorar el problema. Este puede consistir en la eliminación de los factores nocivos y potenciar los mecanismos naturales que inhiben el dolor. Igualmente, es importante enfatizar la atención en el paciente para que encuentre recursos que le ayuden a combatir su enfermedad con mayor éxito. Para ello el autor diferencia en tres tipos de tratamientos:

- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento físico
- Tratamiento psicológico para generar modificaciones de conducta y brindar seguridad al paciente.

Debido a que no se ha llegado a un consenso sobre las mejores terapias para brindar a un paciente con un trastorno temporomandibular, en la actualidad se realizan varias investigaciones con el fin de proporcionar mejores tratamientos, además de programas de prevención de estos trastornos.

El tipo de tratamiento que se brinda en la clínica es el tratamiento físico y desde el 2017 se ha brindado el apoyo psicológico con estudiantes de psicología que realizan su servicio social en este lugar; sin embargo, el apoyo se da a muy pocos pacientes debido a que son muy pocos

psicólogos los que llegan. Durante mi estadía solo estábamos dos psicólogas, es decir, no podíamos atender a toda la población que requería el apoyo.

## **DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO**

Dentro del ámbito odontológico existen discrepancias en cuanto al tratamiento de los trastornos temporomandibulares. En algunas ocasiones no se le da relevancia a factores como la oclusión en los TTM, algo muy importante que se debe llevar a cabo en la exploración clínica, al no considerarlo y tener un diagnóstico incompleto ha ocasionado la realización de diferentes tratamientos que pueden resultar perjudiciales. Esto no solo en el ámbito orgánico, sino también la desconfianza que se genera en el paciente hacia el odontólogo y la oposición al tratamiento (Okeson, 2008)

Dawson (1991) resume los factores que dificultan el tratamiento de los trastornos en tres, y propone una serie de factores que pueden ayudar a su éxito:

- 1. Desconfianza:** Por parte de los odontólogos, no confían en el tratamiento oclusal, esto debido a que no hay un acuerdo ante las mejores formas de tratamiento o en las que resulten más funcionales. Además de una falta de consideración de un tratamiento integral. Esta misma desconfianza se traslada a los pacientes lo que dificulta su adherencia a él.
- 2. Oposición:** Por parte de los odontólogos en emplear un tratamiento que trate las maloclusiones dentales debido a que con anterioridad en algunos pacientes pudo haber causado un daño o alteración.
- 3. Predicción de tratamiento requiere mayor especialización:** En muchas ocasiones prefieren dar un tratamiento “tradicional” que puede resultar perjudicial para el paciente debido a que no es el diagnóstico adecuado, por lo que no disminuye el dolor y solo aumenta su molestia y su frustración.

El éxito de los tratamientos en los trastornos temporomandibulares consiste en que los propios especialistas confíen en él, en su criterio de diagnóstico y se esfuercen por encontrarlo en cada uno de sus pacientes para poder brindar el tratamiento adecuado. Ellos mismos deben aceptar el trabajo multidisciplinario para poder brindar atención en las áreas que no son de su especialidad. De esta forma no solo ayudará a que el paciente se sienta más seguro en la

presencia de su especialista; sino que también confiara en la ayuda que está recibiendo, confiara en el tratamiento y será mucho más fácil que se adapte a él y se tenga una buena adherencia al tratamiento (Okeson, 2008).

## **FACTORES PSICOLÓGICOS EN LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES**

Si bien es cierto que los trastornos temporomandibulares tienen componentes orgánicos, es importante que se consideren los factores psicológicos ya que la atención y la consecuencia que traiga consigo la lesión y la experiencia del dolor nos dará información del grado de sufrimiento experimentado por el paciente (Okeson, 2008). Como se mencionó con anterioridad, la boca y el rostro son factores principales para la gratificación física y emocional de la persona, la comunicación, la sonrisa, la ingesta de alimentos son vitales para el ser humano, por lo que una disfunción o afectación en estos genera un fuerte impacto en la vida emocional del paciente. Espinosa et al. (2009), encontraron que al tener una mayor disfunción psicosocial ante estas limitaciones, aumenta el riesgo del padecimiento de un dolor crónico en los pacientes con TTM.

Okeson (1995), Machado y Fasanella (2009), Green y Laskin (2013) consideran el estrés emocional como factor principal causante de estos trastornos en el sistema masticatorio; esto debido a que el estrés se considera una energía que debe ser liberada y la forma en la que esta se externaliza en estas alteraciones es mediante un mecanismo interno, mismo que puede causar gastritis, colitis, úlceras, migrañas, entre otras enfermedades incluyendo las alteraciones del sistema masticatorio al aumentar la tonicidad de los músculos que lo componen

Los niveles altos de estrés no solo pueden incrementar la tonicidad, sino que también puede incrementar actividades musculares no funcionales y que el paciente presente condiciones como bruxismo o el rechinar de los dientes. Cuando los pacientes presentan algún malestar del sistema masticatorio o algún dolor intenso, ocasiona que el paciente sufra de altos niveles de estrés; este a su vez ocasiona que los dolores del problema original aumenten creando un círculo vicioso en este tipo de trastornos; esto se conoce como “intensificación psicógena”, por lo que es de vital importancia que los odontólogos y psicólogos trabajen en conjunto con este tipo de pacientes, por una parte disminuir los niveles de estrés emocional, y llevar a cabo el correspondiente tratamiento odontológico para mejorar su calidad de vida (Dawson, 1991).

Machado y Fasanella (2009), encontraron que los estados emocionales que más predominan en los pacientes que presentan este trastorno es un alto grado de ansiedad, frustración, hostilidad, enfado y miedo. Estos estados emocionales pueden aparecer aislados, pero es común que entre todos estos conformen el grado de estrés que experimenta el paciente.

Para un diagnóstico completo considerando la influencia de estos estados emocionales, es necesario que se incluyan en la entrevista con el paciente. Es importante mencionar que los altos niveles de estrés no son determinantes en la aparición de trastornos en el sistema masticatorio; sin embargo, se debe tomar en cuenta esta relación al momento de diagnosticar a un paciente con un TTM.

Mientras que los estudios psicológicos se habían concentrado en la influencia que tiene el estrés en los trastornos temporomandibulares, Okeson (2008) amplía este panorama mencionando más alteraciones que se han relacionado con estos desordenes; entre ellos incluye además del estrés, la depresión, trastornos somatomorfos y otras alteraciones donde considera el fingimiento de enfermedades y conductas de salud desadaptativas como fumar, mascar chicle, entre otras.

La depresión a diferencia de la ansiedad no es probable que cause un trastorno temporomandibular, pero si es frecuente que los pacientes que sufren de un dolor crónico presenten una depresión (Tauschke., Merskey. Y Helmes, 1990, citado en Okeson, 1995). Los efectos que tiene la depresión no se ven reflejados en el malestar del sistema masticatorio, sino en la aceptación y en la adherencia al tratamiento. Por lo que cuando se trata con pacientes que presentan signos depresivos es fundamental que se traten en conjunto para así facilitar la adherencia del paciente a ambos tratamientos, además de brindar herramientas funcionales para enfrentar el problema.

Okeson (2008), considera como otras alteraciones el “fingimiento”, ya se ha observado que algunos pacientes con la presentación de dolor tienen una “ganancia secundaria”, es decir, al presentar algún dolor o un malestar obtienen beneficios; estos pueden ser la atención, consuelo o como una excusa para no cumplir con otras obligaciones. Esto a pesar de no ser un factor influyente en las cuestiones de la funcionalidad del sistema masticatorio, es importante considerarlo en el tratamiento odontológico debido a que esto puede ser un predisponente a un fracaso terapéutico o dificultades en la relación terapéutica. Es por ello que el autor propone

cuatro factores que deben ser considerados por el odontólogo al brindar un tratamiento de trastornos temporomandibulares ya que pueden representar dificultades en el curso de este:

- Rasgos de personalidad del paciente
- Estilos de afrontamiento
- Conductas de salud no adaptativas
- Respuesta fisiológica asociada con el estrés

Existen una gran variedad de factores psicológicos que pueden influenciar en la presencia de los trastornos temporomandibulares y el curso de la enfermedad. Igualmente, pueden afectar el curso del tratamiento y/o la adherencia que el paciente tendrá a este. Sin embargo, es importante que los odontólogos tomen en cuenta los estados emocionales y los rasgos de personalidad del paciente ya que el trato y el comportamiento que tenga el paciente en el proceso terapéutico se verá influenciado por estos factores, además de que el éxito terapéutico puede verse afectado a través de estos (Green & Laskin, 2013).

Con lo anterior entendemos la relevancia de la comprensión básica de la influencia de factores psicológicos por parte de los odontólogos. Esto no quiere decir que se hagan expertos en el manejo de pacientes con problemas emocionales, sino que conozcan la influencia que puede tener lo psicológico en el tratamiento que ellos brindan y en su relación con el paciente. A partir de lo que yo observe el que los pacientes tengan problemas con el tratamiento o que se sientan incomprendidos por el odontólogo ocasiona su deserción en el tratamiento. Además de generar frustración en el especialista que a su vez afecta el trato que le da a los demás pacientes al no saber como comunicarse adecuadamente con ellos.

## **TIPO DE TRATAMIENTO PARA FACTORES PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON TTM**

A pesar de que los odontólogos no conocen acerca del tratamiento que se da a los pacientes con las alteraciones mencionadas, es importante que conozcan la relación que existe entre estos factores y los componentes para poder tener un mejor manejo con el paciente, ayudarlo en su tratamiento y en la adherencia que tiene a este.

Okeson (1995) menciona ciertos pasos a seguir por los odontólogos para disminuir los niveles de estrés emocional y tener una relación terapéutica óptima; es importante mencionar que principalmente considera el estrés dejando de lado las diversas alteraciones psicológicas.

1. Lo principal que se debe hacer es conocer al paciente, y brindar el conocimiento necesario a este; es decir, se le debe explicar al paciente la relación que existe con los factores psicológicos y las disfuncionalidades del sistema masticatorio. Con frecuencia al explicar estas situaciones, los pacientes negarán presentar algunos síntomas como el bruxismo para evitar pensar que presentan dificultades del ámbito psicológico. En ocasiones debe pasar un tiempo para que la persona logre el entendimiento y sea capaz de detectar algunos síntomas de hiperactividad. El conocimiento de la hiperactividad muscular y el estrés es esencial para el tratamiento.
2. Una vez que el paciente se da cuenta sobre el bruxismo o la tensión muscular, lo que se busca es que evite presentar estos comportamientos disfuncionales; obviamente esto se ve limitado a un bruxismo diurno, ya que aquí se tiene conciencia y pueden manejarse estas situaciones de forma voluntaria. Sin embargo, vemos un limitante en esto al no poder traspasar al bruxismo nocturno.
3. Posteriormente, se proponen ejercicios de relajación. Pueden ser de relajación sustitutiva, es decir, encontrar diferentes formas de liberación de energía y de estrés para mantenerse ocupado y evitar pensar en situaciones que generan tensión. Esto puede considerarse una forma de terapia ocupacional en donde el paciente disfrute de realizar algún deporte, actividades recreativas y lúdicas y de esta forma evitar las situaciones estresantes.

Otro tratamiento de relajación es el activo, en este consiste en enseñarle al paciente a relajar los músculos sintomáticos para que se establezca una funcionalidad normal. En el ámbito orgánico, al relajar los músculos se fomenta el flujo sanguíneo y se eliminan los productos de degradación metabólica, que son los que van a estimular los nociceptores; de esta forma se va a reducir el dolor.

Uno de los aspectos fundamentales que ayudará al tratamiento y a reducir el estrés que se puede vivir al acudir a un tratamiento odontológico es una relación odontólogo-paciente positiva. Esto inicia con la conciencia del odontólogo acerca de que el paciente acudió pidiendo ayuda debido a que tiene dolor y malestar. El especialista debe transmitir y generar un ambiente de confianza, empatía y calidez para aumentar la comodidad y reducir ansiedades e inseguridades de la persona (Okeson, 1995).

Una de las grandes dificultades a las que me enfrente en el tiempo en el que realice mi Servicio Social es a los prejuicios que tiene la sociedad sobre la atención psicológica, muchas veces cuando me acercaba a hablar con los pacientes sobre la influencia de esta en los TTM la respuesta clásica era “no estoy loco”, esto ocasionaba que los pacientes no quisieran aceptar el apoyo; esto cambiaba cuando los mismos odontólogos nos apoyaban para que el paciente se diera cuenta de la relevancia y el beneficio que traería acudir con las psicólogas en la clínica. Esta idea también se modificaba cuando las psicólogas explicaban los ejercicios de relajación y respiración que se dan en la terapia, pues los odontólogos al no conocer la técnica tenían dificultades al explicarla, los pacientes al escuchar la explicación de las psicólogas ganaban confianza para poder solicitar el apoyo psicológico.

Otras de las grandes dificultades que tienen los odontólogos en la clínica es que debido a tiempo y demanda no tienen oportunidad de acercarse al paciente, lo que ocasiona que se despersonalice completamente su trato, es decir, ni siquiera llaman al paciente por su nombre; obviamente esto tiene repercusiones en la adherencia al tratamiento debido a que no se toma el tiempo de ver las dificultades que puede tener en los procedimientos o los problemas a los que se enfrenta actualmente el paciente. Esto ocasiona que la comunicación odontólogo-paciente sea incomoda e incompleta, además de que el paciente no encuentra un beneficio en su tratamiento y se frustra provocando que deje de asistir a la clínica.

Es por esto que los odontólogos deben conocer la influencia de factores psicológicos para mejorar la comunicación y trato que se le da a los pacientes ya que así la participación de los pacientes en su tratamiento será mayor y ambos encontrarán el beneficio que necesitan, uno en su formación y el otro en su salud integral.

## **2.2 DOLOR CRÓNICO**

En este capítulo vamos a hablar sobre las repercusiones que el dolor crónico tiene en la vida de las personas, las modificaciones que conlleva, así como sus limitaciones tanto físicas como psicológicas; y como estas acompañadas de la historia del paciente van a influir en el comportamiento que tenga este en su tratamiento.

El dolor crónico en psicología es un concepto que ha tenido diversos cambios a lo largo del tiempo. Se ha concebido a partir de una teoría lineal, donde la definición que se le daba dependía del ámbito desde el que se trataba. En la actualidad, este concepto ha progresado a una perspectiva multimodal, donde el dolor crónico se considera una “experiencia perceptiva compleja, resultado de la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales” (Miró, 2003).

El dolor es una experiencia compleja, esta es el resultado de la interacción de varios factores de la vida de la persona. La comprensión de cada uno de estos componentes es fundamental para entender la naturaleza de este y así seleccionar el tratamiento más eficiente para ello. Por estas razones son diferentes conceptos los que se deben manejar cuando se trata del dolor crónico, haciendo referencia a los distintos niveles que tiene la experiencia del dolor. (Loeser, 1980 en: Penzo, 1989).

Uno de los principales conceptos es el de nocicepción, este hace referencia a un evento fisiológico que es meramente sensorial, el cual implica la transferencia de la información desde el nivel periférico hasta el sistema nervioso central, y el efecto que esta transferencia tiene sobre las vías del dolor (Fordyce, 1980 en: Penzo, 1989).

El siguiente nivel es el dolor, que ya implica un proceso perceptivo, esta es una actividad de mayor complejidad ya que intervienen los centros nerviosos superiores. Estos serán estimulados debido a la percepción de la nocicepción, es decir, la nocicepción y el dolor tienen relación, esta no siempre es lineal ya que la nocicepción no es única para provocar una sensación de dolor. Puede aparecer como un efecto de una lesión, herida o por la estimulación nociva (Loeser y Melzack, 1999 en: Miró, 2003).

Penzo (1989) señala que con la experiencia del dolor lo que la persona sentirá es sufrimiento, esto se verá influenciado por distintos factores tanto internos como externos. En los elementos

internos pueden considerarse las experiencias pasadas, la percepción subjetiva que la persona tiene sobre el mismo dolor, así como la evaluación que hace de este mismo. En cuanto a los factores externos, se hace referencia a las experiencias colectivas, el apoyo que se ha recibido en el pasado, además de las concepciones que tiene la misma cultura sobre el sufrimiento.

Finalmente, el último nivel que conforma la experiencia del dolor son las conductas de dolor; estas hacen referencia a las conductas generadas por el individuo para comunicar su dolor. En un primer momento estas tendrán como objetivo evitar experiencias aversivas como una forma de protección de la persona para evitar el empeoramiento de esta situación y el sufrimiento que puede presentar. Estas pueden presentarse en expresiones simples desde el habla, expresiones faciales, posturas, hasta la complejidad de una búsqueda de especialistas y de un tratamiento ya sea farmacológico o con cuidados específicos (Penzo, 1989).

Por otra parte, las conductas de dolor pueden verse influidas por contingencias ambientales y de esta forma facilitar el desarrollo de cuadros crónicos. Los valores culturales, las normas, reglas y otras interacciones sociales van a influir en las conductas y en la experiencia del dolor. Puede darse a través de la observación que la persona desarrolle conductas o formas de enfrentar el dolor sin necesidad de haberlas experimentado personalmente (Miró, 2003). Además, desde la infancia se pueden aprender conductas de reacción ante experiencias dolorosas, esto a través de las correcciones e imitaciones que se hacen a los padres.

Con esto dicho, se puede concluir que el dolor crónico debe considerarse desde una perspectiva biopsicosocial, que se va a integrar e influenciar por una amplia gama de factores, ya sea biológica, afectivo, cognitivo, cultural, familiar, entre muchos otros. Aquí radica la complejidad e importancia que tiene el tratamiento del dolor, ya que, al ser factores integrados, al verse afectado uno, va a afectar a los diferentes componentes.

La experiencia del dolor es una de las principales causas por las que las personas piden ayuda en el ámbito médico (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012). La demanda que se tiene sobre clínicas que manejen el dolor crónico desde diferentes ámbitos ha tenido un auge en los últimos años. Cada vez son más las personas que llegan con un dolor de gran intensidad que está impidiendo realizar actividades de su vida cotidiana (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer, & Sesé, 2008).

Por esta razón se deben conocer diferentes formas de evaluación considerando todos los elementos que componen la experiencia del dolor, así como también brindar un tratamiento tomando en cuenta cada uno de los componentes.

## **EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO**

La evaluación del dolor crónico puede darse a través de distintos niveles; principalmente se encuentra la evaluación física, sin embargo, recordemos que el dolor se debe observar desde una perspectiva biopsicosocial, por lo que la evaluación también debe hacerse en un nivel cognitivo, afectivo y conductual (Miró, 2003). La interacción que tienen estos diferentes factores es muy compleja y, por lo tanto, es causante de múltiples efectos.

Durante la evaluación de dolor, también es importante que se consideren niveles que vayan más allá de la individualidad de la persona; es importante que se tome en cuenta el contexto, cultura y normas en donde se ha desarrollado. Es decir, la evaluación del dolor debe ir más allá del ámbito físico, debe incorporar aspectos emocionales, actitudes ante el dolor, cogniciones, estrategias de afrontamiento y recursos tanto individuales como sociales (Miró, 2003).

Debido a la complejidad de la evaluación y a los distintos factores que intervienen en ella, es necesario que se realice en conjunto con diferentes profesionales del ámbito médico. Sin lugar a duda, el aspecto físico corresponde a profesionales de la medicina. El papel del psicólogo está relacionado con aspectos más allá de los físicos, concentrándose en aspectos de las experiencias de dolor pasadas, percepción de intensidad sensorial, evaluación de la intensidad emocional, lo cognitivo, conductual, áreas afectadas por el dolor, así como también las situaciones que elevan la intensidad del dolor o, por el lado contrario, lo disminuyen (Williams, 2004 en López, 2010).

Es decir, en Clínica del Dolor se tiene la idea de realizar una historia clínica del dolor; sin embargo, los odontólogos no cuentan con la formación para poder investigar aspectos relevantes en la experiencia del dolor, como apoyo de terceros o familiares, experiencias pasadas con enfermedades y dolor, además de preguntar sobre el contexto donde se desarrolla el paciente. Si esto se tomara en cuenta al momento de realizar los diagnósticos diferenciales, se tendría información completa que ayude a brindar un tratamiento específico a las necesidades del paciente para que así genere confianza en los procedimientos y los

especialistas. Estas historias del dolor se realizaban con las entrevistas que hacíamos las psicólogas pues se abordaban estos temas complementando lo ya preguntado por los odontólogos y de esta forma tener un equipo colaborativo para poder brindar una atención mas personalizada a los pacientes que resultar con un mayor beneficio en su salud.

Para la evaluación del dolor existen diversos instrumentos y diversas técnicas que deben emplearse, los pacientes pueden expresar de forma oral o por escrito, aspectos que describan y ayuden al entendimiento del profesional sobre cómo se presenta y cómo se percibe el dolor desde el punto de vista del paciente. Es importante que se recuerde que estas descripciones, e inclusive la misma experiencia de dolor se va a dar en un contexto completamente diferente al que se dio originalmente, por lo que hay que considerar las conductas que se propician al estar en un ambiente médico.

El dolor crónico siempre tendrá efectos de interés psicológico en todas las personas que lo padece, por lo que una evaluación psicológica es siempre recomendada para acompañar el tratamiento médico que reciban los pacientes.

El objetivo que tiene la evaluación psicológica del dolor crónico es conocer el papel que juegan los factores psicológicos y sociales en la experiencia del dolor y en el efecto que este tiene en la persona. Se debe conocer la historia de la evolución del dolor, la funcionalidad previa a su aparición, los tratamientos que han seguido, así como el efecto de ellos, las variables psicosociales que están influenciando esta experiencia, así como también las ventajas e inconvenientes que tiene el dolor crónico en la vida de la persona.

Para esto se cuentan con diversas herramientas, por ejemplo, Penzo (1989) propone las siguientes:

- **Entrevista:** Se debe recolectar información no solo de la historia personal, sino también de la historia del dolor, es decir, la duración, si se ha agravado, las posibles causas, los comportamientos que se dan debido al dolor, las situaciones que aumentan o disminuyen el dolor, los tratamientos que se han seguido, entre otros muchos factores.
- **Escalas categoriales:** Sirven para establecer la intensidad con la que la persona percibe el dolor; consiste en ordenar una serie de palabras y asignarles un valor ascendente o descendente para que la persona elija la que más represente su dolor.

- **El dibujo del dolor:** Es una forma de detectar la localización del dolor, ya que se le presenta a la persona un dibujo de la figura humana y debe señalar el área o las áreas donde localiza esta experiencia; inclusive pueden darse colores para que represente la intensidad en cada una de las zonas que señaló.
- **Diarios de dolor:** La información que se proporciona es directamente por parte del paciente, se pueden hacer estimaciones de la intensidad del dolor, el tipo de actividades que realiza durante el día, medicamentos que se consumen, e inclusive actitudes que se toman cuando se presenta el dolor en una intensidad elevada.
- **Observación de conductas de dolor:** Este es una de las herramientas más importantes para la evaluación del dolor, ya que las conductas no verbales pueden brindar mucha más información de la que los pacientes pueden expresar verbalmente. En este sentido la información que se recaba a partir de la observación puede ser cualitativa con gestos, gemidos, adopción de posturas distintas, etc.; y cuantitativos, es decir, la cantidad de veces que la persona puede expresar una incomodidad a partir de la experiencia de dolor.

Durante mi Servicio Social, la entrevista fue fundamental para comprender el dolor de cada uno de mis pacientes y la experiencia que estos tenían a partir de él. Aunado a esto, en muchas ocasiones pedí a mis pacientes que señalaran los lugares donde se presentaba con mayor frecuencia el dolor que los llevo a la clínica, obviamente estos resultaban encontrarse en la mandíbula y en la cabeza. Por otro lado, en ocasiones también hacían referencia a dolores de espalda y de oídos, esto resultaba más fácil de explicar para ellos, ya que los odontólogos realizaban preguntas muy técnicas que dificultaban a los pacientes al momento de explicar su dolor. En ocasiones los pacientes confundían su dolor y no podían relatarlo de forma adecuada, es por ello que se solicitaba que realizaran diarios del dolor, dando énfasis en la situación que provoco el dolor y lo que ellos hicieron para aliviarlo; esto ayudaba a que los pacientes clarificaran el proceso y pudieran ir desarrollando estrategias propias para manejarlo.

También en la evaluación de dolor pueden emplearse distintos instrumentos, pueden ser específicos en cuanto a intensidad, localización, entre otros elementos del dolor, así como también instrumentos de la personalidad para evaluar la posible percepción que los pacientes puedan tener sobre su experiencia del dolor. Las ventajas de emplear estos instrumentos es

que no solo dan aspectos de la personalidad, sino que también pueden emplearse para la elaboración de diagnóstico, seguimiento y una evaluación posterior a la intervención para verificar los resultados que se obtuvieron.

Uno de los instrumentos que pueden emplearse es el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota- 2 (MMPI-2), para Fordyce (1979 en: Penzo, 1989) el análisis de puntajes obtenidos en determinadas escalas permite obtener información de:

- Si el paciente muestra una tendencia a demostrar conductas de dolor, un malestar por ellas o una situación de tensión.
- En caso de que esta tendencia sea elevada, cuáles podrían ser los costos de estas conductas y los beneficios de ellas.
- Si existen otros aspectos que agraven estas conductas de dolor, la posibilidad de que las personas puedan reintegrarse a una vida normal, si existen alteraciones cognitivas para generar un cuadro de adicción o dependencia a los fármacos.
- Si se ha etiquetado de forma equivocada otro problema o aspecto de la personalidad, por ejemplo, depresión, ansiedad, entre otros.
- La experiencia de dolor va acompañada de algún otro componente que influya en el cuadro de tensión que el paciente está presentando.

A partir de los resultados obtenidos con la evaluación del MMPI-2 pueden obtenerse componentes que aparentemente están ocultos ante el discurso del dolor del paciente, por lo que aplicar un instrumento cuantitativo con estas características es de vital importancia para el enriquecimiento de su evaluación y, por ende, para su mejor tratamiento.

Con base en los resultados que obtuve de las pruebas aplicadas durante mi Servicio Social, una de las escalas clínicas con puntajes altos que se presentó en la mayoría de los pacientes es la escala 1 Hipocondriasis (Hs). Esto quiere decir que los pacientes en general tienen una preocupación excesiva acerca de su salud, además de un pensamiento catastrofista y de pesimismo, lo que tendrá una influencia en la actividad que tendrá en su tratamiento, pues hay que recordar que son pacientes que han vivido con dolor por más de seis meses y que han pasado por diversos tratamientos que no les han beneficiado en nada, lo que ocasiona una gran frustración en ellos. Esto dificulta la relación que pueden tener con los odontólogos y por ende

su adherencia al tratamiento. Esto quiere decir que no solo la aplicación de este instrumento beneficia al psicólogo para el apoyo que puede brindar al paciente, sino que la aplicación del MMPI-2 beneficia a los odontólogos pues se les pueden dar algunos consejos para mejorar la comunicación que tenga con su paciente y así sensibilizar a los odontólogos acerca de las dificultades emocionales a las que se puede enfrentar en el trato con ellos.

Si bien limitarnos solo a los resultados obtenidos cualitativamente no es suficiente, estos resultaban ser una base de apoyo para que odontólogos y psicólogos trabajáramos en conjunto para poder ofrecer un tratamiento adecuado a las necesidades de nuestros pacientes.

## **TRATAMIENTO DE DOLOR**

Debido al modelo biopsicosocial en la concepción de la experiencia del dolor, su tratamiento debe ser interdisciplinario para que todos los integrantes del equipo médico ayuden a la rehabilitación del paciente, donde debe existir una comunicación y un trabajo colaborativo y constante durante todo el proceso de diferentes profesionales con distintas formaciones interesados en el tratamiento de dolor.

El equipo de tratamiento de dolor puede estar conformado por:

- **Médicos:** En general es quien supervisa el trabajo de los otros equipos, se encarga de sintetizar e interpretar las valoraciones de los distintos médicos. Además de encargarse de dar el diagnóstico sobre aspectos orgánicos del dolor.
- **Enfermeros:** Es fundamental su trabajo en cuestiones de seguimiento, de medicación y las respuestas que se han tenido durante el tratamiento y después de él.
- **Fisioterapeuta:** Realiza valoraciones de distintas capacidades físicas, flexibilidad, movilidad, reflejos, y la rehabilitación cuando alguna de estas capacidades se ve afectada por el dolor.
- **Terapeutas ocupacionales:** Se encargan de ejercicios que le permitan al paciente la vuelta a los niveles funcionales previos al dolor, o al menos reestablecerlos a lo más parecido posible.
- **Psicólogos:** Se centran en factores de naturaleza psicológica y social sobre los aspectos de dolor. De igual forma toma decisiones en cuanto a la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, así como también se involucra en el trato de todo el equipo médico

con el paciente. Se encarga de realizar e implementar programas acordes a las necesidades detectadas de los pacientes. Interviene sobre los diferentes aspectos involucrados en la experiencia del dolor y su funcionamiento, al igual que intentar modificar los aspectos nocivos en la vida del paciente.

## **MANEJO PSICOLÓGICO DEL DOLOR**

La psicología ha realizado distintas contribuciones significativas al tratamiento de los pacientes con dolor crónico. Este manejo tiene como objetivo brindar a los pacientes diferentes estrategias adaptativas y funcionales ante la experiencia del dolor (López, 2010). Las intervenciones tienen como objetivo enseñar y brindar a las pacientes herramientas para modificar los pensamientos, percepciones, evaluaciones y conductas que llevan a cabo ante el dolor, modificar los aspectos disfuncionales a conductas mucho más adaptativas para mejorar su funcionalidad en la vida.

Algunas de las técnicas que se han considerado para el manejo de dolor son:

**Entrenamiento en relajación:** Ayuda a controlar la activación personal de la actividad física, reduce los niveles de tensión que se dan ante ciertas conductas de dolor. Disminuye el nivel de activación y ansiedad que pueden estar provocando las experiencias del dolor disfuncionales.

Se tiene la premisa que al reducir esta activación a través de la enseñanza de respiraciones profundas o diafragmáticas inducen sensaciones de relajación corporal; al combinarlas con diferentes componentes como imágenes, autoinstrucciones, frases autógenas o progresivas ayudan a dejar la mente libre de pensamientos y disminuir la ansiedad y preocupaciones de dolor (Davis, 2002 en López, 2010).

Durante mi Servicio Social, el entrenamiento de relajación fue uno de los ejercicios que más realicé con todos mis pacientes, ya que como se mencionó en el capítulo anterior, este forma parte de la terapia que se brinda en la Clínica. Por ello realizaba diversos ejercicios como respiración diafragmática; para facilitar el entendimiento de esta se pedía que los pacientes colocaran un libro en su estómago e intentaran moverlo únicamente con su estómago. De igual forma, se empleo la técnica de relajación-tensión en todo su cuerpo, con el fin de que este ejercicio lo realizaran cuando estuvieran en situaciones problemáticas o estresantes, inclusive se insistía que esto lo hicieran antes de dormir para tener una relajación en su cuerpo y ayudara si se presentaba dolor.

Los dos ejercicios previamente mencionados son los que más utilicé con mis pacientes; si embargo, es importante mencionar que existen diversos ejercicios de respiración y relajación que pueden emplearse, lo importante es conocer las características de los pacientes y de su dolor para poder adecuar los ejercicios a sus necesidades y sobre todo para que sea un ejercicio funcional y le ayude a aliviar el dolor.

**Biorretroalimentación:** Carrobles y Godoy (1987 en Miró, 2003) definen la biorretroalimentación como cualquier técnica que facilite información sobre el estado de un proceso biológico y le permite a través de ella, controlar voluntariamente esas actividades.

Consiste en brindar a los pacientes distinta información acerca de respuestas psicofisiológicas específicas por medio de distinta instrumentación como monitores, que son capaces de detectar, medir, amplificar y transducir esas respuestas en formas de señales auditivas o visuales para su mejor entendimiento. A través del ensayo y error el sujeto aprende progresivamente a controlar la activación de esas repuestas. En este caso, en la aparición y el mantenimiento del dolor.

**Hipnosis:** Es una de las herramientas más antiguas en el control del dolor. Se trabaja con la relajación muscular y la alteración perceptual para el manejo de dolor. Hay diferentes técnicas, una de ellas es la relajación donde se pide al paciente que sienta calor o frío sobre la zona de dolor. Se busca que el paciente acepte, entienda y maneje sus experiencias del dolor y reduzca la intensidad e interferencia que tiene en su vida diaria.

**Reestructuración cognitiva:** Se enfoca en la evaluación cognitiva que hace el paciente con respecto al dolor, a sus habilidades de enfrentamiento y la respuesta que tiene ante esta experiencia. Se pretende la modificación de pensamientos más realistas para facilitar su manejo y tener menos pensamientos catastrofistas y una percepción de dolor óptima y apegada a la realidad, para que así tenga una respuesta mucho más funcional y adaptativa.

Las estrategias que yo utilice en la atención a mis pacientes principalmente fueron la relajación a través de ejercicios de respiración y de autoinstrucciones. En general, los pacientes que atendí se presentaban con niveles altos de ansiedad por distintas razones, ya sea por el miedo al asistir al odontólogo, por la frustración que tenían al no desaparecer su dolor, y por situaciones estresantes que enfrentaban en su vida diaria. Además de realizar estos ejercicios al finalizar

las sesiones, se solicitaba a los pacientes que hicieran estos mismos ejercicios en casa sobre todo cuando detectaran que sus niveles de estrés y ansiedad fueran elevados. De igual forma, acompañaba esto de diarios de emociones para que pudieran detectar los detonantes de su estrés y ansiedad y la forma en la que ellos lo afrontaban, la cual se daban cuenta no era funcional y en muchas ocasiones era nociva, como el rechinar de dientes. A través de los diarios se buscaba realizar una reestructuración cognitiva para que ellos mismos detectaran sus recursos y medios y con ellos pudieran encontrar otro tipo de conductas de afrontamiento que les fueran funcionales, y no nocivas para su salud.

En los siguientes capítulos hablaré de los trastornos emocionales más comunes en mis pacientes en la Clínica del Dolor, sus causas, la sintomatología y la relación que tiene cada uno con los trastornos temporomandibulares.

### **2.3 ANSIEDAD**

La ansiedad a lo largo de la historia ha sido definida por varios autores; puede considerarse como un estado de ánimo negativo, que se caracteriza por la presencia de síntomas corporales como una tensión física y un temor hacia el futuro (Barlow, Durand, Montorio, Morand, 2003 citado en Machado & Fasanella, 2009). La ansiedad es un estado emocional prolongado que ocurre cuando una persona anticipa que en una situación, evento o circunstancia futura que involucra una angustia personal, esta es incontrolable y una amenaza a su integridad y bienestar (Clark & Beck, 2012).

La ansiedad puede considerarse como una emoción compleja que va a afectar la vida del sujeto, y resulta imprecisa y desagradable para quien la experimenta, se expresa por temor y una tensión emocional; esta si perdura por un periodo prolongado va a acompañarse de una activación arousal, es decir, pueden presentarse taquicardias, sudoración en las manos, palidez, dificultad para respirar, náuseas, entre otros. Esto puede considerarse una patología somática al afectar la funcionalidad corporal del sujeto.

Buchwald (2006, en: Machado & Fasanella, 2009) señala que el 70% y el 80% de las enfermedades se asocia con la presencia de ansiedad; inclusive se puede considerar una de las características principales que se presenta en enfermedades crónico-degenerativas, que causan un gran malestar en la vida del paciente, o que los tratamientos resultan intrusivos en más de una de las esferas de vida de la persona y su familia.

Es importante mencionar que no siempre la presencia de ansiedad es considerado negativo, ya que esta emoción es beneficiosa para las personas ya que las ayuda a mantenerse en un estado de alerta ante estímulos externos e internos; es decir, una emoción adaptativa. La ansiedad opera como un mecanismo de defensa cuando el individuo se encuentra ante eventos que lo colocan en una situación vulnerable tanto a sanciones sociales como a daños físicos (Beck, 1985). Esta comienza a considerarse patológica cuando la persona comienza a reaccionar de forma exagerada y sin control ante cualquier estímulo que pueda presentarse.

El tipo de respuesta que se tiene ante la emoción de ansiedad es individual, se ven influenciada por la experiencia del individuo causando comportamientos únicos en cada una de las personas; sin embargo, Spielberger (2007, en: Machado y Fasanella, 2009) menciona que existen tres componentes característicos que se presentan:

1. **Tensión muscular:** Provoca contracciones en diferentes músculos del cuerpo que le causan una incapacidad de relajación a la persona que la experimenta.
2. **Hiperactividad autonómica:** Se caracteriza por taquicardia, palpitaciones, sentimiento de náuseas, diarrea.
3. **Hiperactivación:** Esta se caracteriza por el mantenimiento de un estado constante de alerta del paciente, ocasiona una hipervigilancia, respuestas de sobresalto, problemas de sueño y descanso.

## **ETIOLOGÍA**

La ansiedad puede presentarse debido a distintos factores, puede que no sean únicos y que sean un conjunto de causas las que provocaron esta emoción en el sujeto. Existen cuatro distintos factores fundamentales donde pueden originarse episodios de ansiedad (Rojas, 1998): factores endógenos, biológicos, psicológicos y sociales.

**Factores endógenos:** Estos dependen de la genética, la herencia que tenga la persona y la propensión a padecer episodios de ansiedad debido a aspectos familiares. Estos con la combinación de aspectos exógenos facilitan la aparición de esta emoción.

**Factores biológicos:** Muchas enfermedades físicas producen ansiedad, esta puede conformar parte de la sintomatología del cuadro clínico del paciente. Por lo general, la ansiedad se produce ante enfermedades que implican un gran malestar para el paciente, ya sea un riesgo de vida o inclusive un impedimento para realizar actividades de su vida cotidiana. Puede presentarse la ansiedad en cuestiones biológicas bajo dos factores.

1. La ansiedad es un síntoma de la enfermedad. Debido a la presencia de dolor crónico y malestares frecuentes ya sea en el tratamiento o por la misma enfermedad.
2. La ansiedad se presenta como una crisis añadida, aparece de forma súbita debido al shock psicológico que la situación provocó.

**Factores psicológicos:** Se refiere a la experiencia e intentos de solución que la persona ha tenido para enfrentarse a situaciones que pusieron a la persona fuera de su área de confort. Las consecuencias que sus actos han tenido y la forma en la que se sintió previamente frente situaciones de este tipo.

**Factores sociales:** Se refieren a las redes de apoyo con las que cuenta el sujeto al verse inmerso en situaciones conflictivas.

Los pacientes que atendí reportaban diferentes detonantes de su ansiedad, estas pueden considerarse en factores biológicos (como síntoma de la enfermedad) y factores psicológicos y sociales. Algunos de los que más se mencionaban son:

- Por perder parte de su dentadura
- Porque su enfermedad sea algo grave que pueda ocasionar la muerte
- Morir por el intenso dolor
- Carga de trabajo
- Problemas familiares
- Problemas económicos
- Falta de apoyo de familiares

En algunos casos estas situaciones jugaban un papel importante en el origen de su dolor, en otros casos, estos ayudaban a mantener hábitos orales nocivos como la tensión de la mandíbula y el rechinar de dientes.

## **SINTOMATOLOGÍA**

La ansiedad puede expresarse de distintas formas y en diferentes esferas de la vida, pueden existir síntomas físicos, psicológicos y conductuales. Estos van a afectar de diferente forma la vida de la persona y van a variar dependiendo de la intensidad y constancia de los estresores.

En cuanto a los síntomas físicos se caracterizan por una activación general del organismo donde existirá sudoración y palpitaciones, sobre todo una tensión muscular que tendrá una mayor intensidad en diversas partes del cuerpo; esto ocasiona una inestabilidad de la persona, además de mareos y problemas digestivos. Mientras que los síntomas psicológicos se

caracterizan por un miedo intenso por perder el control, sensación de agobio y búsqueda de evitación de los estímulos generadores de estrés.

La APA (2014) incluye en los tipos de trastornos de ansiedad el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Es relevante mencionar esto debido a que la condición médica es la causa directa de los síntomas de ansiedad, inclusive la intensidad de esta sintomatología aumenta debido a una afección médica crónica, como lo puede ser el dolor orofacial en los TTM. El miedo a morir que los pacientes expresaban ante el dolor orofacial es un ejemplo de esto, pues al desconocer completamente lo que son los TTM genera ansiedad ante el futuro pues del dolor tan intenso que han experimentado por varios meses, e inclusive años, los lleva a perder el control y pensar que morirán.

El tener una afección médica desconocida por los pacientes genera una constante tensión tanto física como emocional en el paciente. Además de las situaciones diarias a las que se enfrentan, con una condición médica deben atender diversos factores para mejorar su salud, como el consumo de medicamentos, el seguimiento de tratamientos, entre otros. Esto genera en ellos una sobrecarga que no les permite enfocarse plenamente en ninguna actividad que realicen lo que ocasiona que estén tensos por un periodo largo de tiempo y generen diversas conductas que pueden resultar perjudiciales debido al constante estrés que están experimentando.

## **ESTRÉS**

El estrés se considera la respuesta que tiene un organismo ante un estado de tensión intensa y prolongada más allá de las propias fuerzas del individuo hasta que lo lleve a un agotamiento (Rojas, 1998). Lo más característico de este estado es la constante actividad y tensión física y emocional, generando una sobrecarga para la persona que lo experimenta y teniendo un sobreesfuerzo atendiendo simultáneamente a demasiadas exigencias; esto ocasiona que la atención no se focalice en ninguna tarea en específico.

Debido a esta constante actividad a la que el individuo se ve expuesto, se generan diversos cambios en el organismo, hay una sobrecarga de diferentes niveles que en un inicio resultarán angustiantes para la persona; posteriormente, la persona se acostumbra a este tipo de sensaciones y efectos para finalmente llegar a un agotamiento e inclusive a la incapacidad de

respuesta ante las demandas a las que se ve sometido. Esto se da debido a que los diferentes órganos del organismo se ven obligados a trabajar de una forma en la que se sobrexplota su capacidad hasta un punto en el que estos se ven incapaces para responder a la demanda ocasionando que la persona se vea propensa a enfermarse con facilidad (Galán & Camacho, 2012).

El estrés se puede presentar de diferentes formas, ya sea físicamente con un aumento del ritmo cardiaco, temblores, excitación general del cuerpo, insomnio y sequedad de la boca. En el ámbito psicológico se puede dar una desorganización del pensamiento, atención dispersa, desorientación, inquietud. Ambos tendrán una afectación en la conducta generando imposibilidad para relajarse, tensión facial y mandibular, bloqueo, irritabilidad, entre otros. Esto de igual forma tiene un efecto en el sistema inmunitario en donde puede apreciarse la relación que tienen estímulos o factores externos y la salud. (Dos Santos, en: Galán & Camacho, 2012).

El estrés prepara al organismo para una respuesta de alerta a través de la activación del hipotálamo y de la actividad de las gammaeferentes que causarán la contracción de las fibras intrafusales del huso muscular; es decir, el aumento de la tonicidad del músculo (Okeson, 1995). Es por ello por lo que, el mismo estrés que experimenta el paciente con un trastorno temporomandibular puede incrementar la experiencia del dolor y prolongar la presencia de este, generando dificultades en el paciente para adherirse al tratamiento odontológico, prolongando su sufrimiento y la sensación dolorosa.

## **LA ANSIEDAD Y LAS ENFERMEDADES**

La ansiedad y enfermedades médicas están íntimamente relacionados, interactúa con cada una de ellas incrementando los síntomas que se pueden presentar dependiendo de los sistemas que se ven afectados en ella; ya sea a nivel vascular, neuromuscular, odontológico, etc. Una de las enfermedades que más se asocia con esta son los trastornos temporomandibulares. (Machado & Fasanella, 2009).

Estas enfermedades no se pueden justificar con alguna alteración anatómica-funcional, sino que su causante son factores psicológicos generados por estresores ambientales; es decir, estímulos ambientales negativos que generan tensión y afectan el estado físico de la persona.

Rojas (1998), describe un esquema acerca del desarrollo de la ansiedad hacia una enfermedad psicosomática, una secuencia que va desde una ansiedad sostenida por el tipo de vida, hasta terminar en un tipo de enfermedad específica. En la figura 1 se explicará el desarrollo de un trastorno temporomandibular a partir de un estresor de gran intensidad.

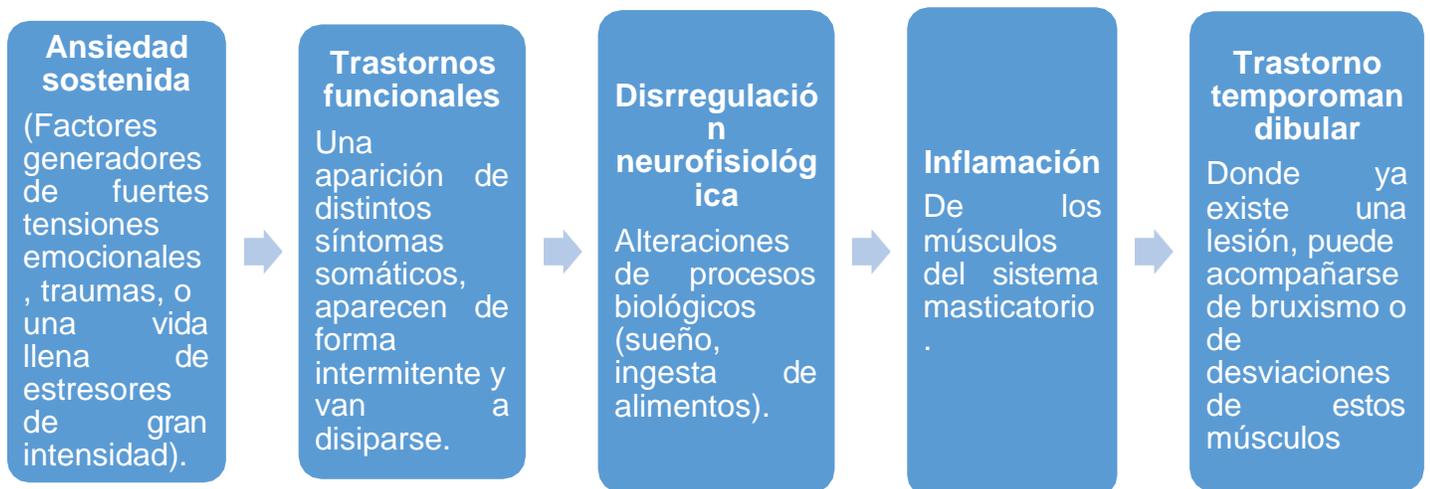


Figura 1. De la ansiedad al TTM.

Esto quiere decir que el paciente al verse expuesto ante no solo una situación, sino varias que generaron en ella grandes y constantes estresores ocasionaron la aparición de distintos síntomas somáticos, generalmente difusos; esto coincide con los niveles altos de la mayoría de los pacientes en la escala clínica 1 (Hs) del MMPI-2. Estos síntomas provocan grandes preocupaciones en los pacientes causando cambios en su ciclo sueño-vigilia, de ingesta de alimentos, de actividades diarias; esta tensión será prolongada y constante ocasionando la inflamación de diversos músculos y esta inflamación va a traer como consecuencia la aparición de una enfermedad.

La ansiedad anticipatoria que se origina con los inicios de una enfermedad, sobre todo cuando esta incluye en su sintomatología dolor, aparece como una emoción desadaptativa que le impide a las personas actuar de forma adecuada y comienzan los pensamientos catastrofistas; esta aumenta cuando los dolores se expanden a otros sitios, como es el caso de un trastorno

temporomandibular, los dolores pueden presentarse en cabeza, hombros, espalda, muelas, etc. Este catastrofismo ocasiona limitaciones en los movimientos, en la ingesta de alimentos y evitación de varias conductas, como hablar, sonreír, etc. Esto quiere decir que no solo la ansiedad acompaña a los trastornos, sino que al verse limitados las personas pueden generar junto con el dolor una depresión. (González, 2014).

## **ANSIEDAD EN LOS ESPECIALISTAS DE SALUD**

En el tratamiento de las enfermedades es importante considerar la ansiedad que de igual forma está presente en el especialista de la salud. Díaz (1976), menciona la importancia del reconocimiento de sus propios miedos y sus ansiedades, ya que hay un estrés constante para no errar en sus diagnósticos, para no dar malas noticias, para ser el mejor médico, entre otros factores. Debido a que el médico no sabe cómo manejar estos estresores constantes, durante la entrevista clínica, evitará mencionar aspectos que puedan causar en el paciente episodios de angustia que el propio experto no puede manejar. Por estas razones, el médico debe llevar un procedimiento de conocimiento de sus propios miedos, ansiedades y angustias para saber cómo manejarlos, y al enfrentarse a alguien que tenga problemas similares pueda apoyar en el manejo de ellos. De igual forma, es importante que se muestre interesado, además de brindar el tiempo necesario para que el paciente tenga confianza de contar aspectos difíciles como su ansiedad, así el experto pueda contar con una historia clínica completa y así su diagnóstico sea acertado y pueda brindar una atención integral para el bienestar total del paciente.

Al establecer un equipo de trabajo con los odontólogos, ellos comentaron en varias ocasiones durante mi estadía en la clínica lo difícil que era trabajar con algunos pacientes ya que ellos experimentaban situaciones similares en su vida. De igual manera mencionaban el miedo excesivo que tenían al tratar con ciertos pacientes pues no encontraban la forma de explicarles adecuadamente su padecimiento ocasionando el enojo y regaños del paciente hacia ellos.

## **ANSIEDAD Y LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES**

Sharav y Benoliel (2011) proponen que uno de los modelos explicativos de la base psicofisiológica de los trastornos temporomandibulares es que la ansiedad inicia una respuesta de estrés o de tensión que desencadena hábitos masticatorios disfuncionales, como los movimientos de desviación o apretar los dientes con fuerza.

Los eventos que pueden causar que este estrés se dé, normalmente se describen como eventos sociales, es decir, la muerte de un familiar, ser despedido de su trabajo, problemas económicos, diagnóstico de enfermedades, etc. Raphael y Ciccone (2012), señalan que un factor de riesgo para padecer dolores orofaciales o cefaleas es el estrés psicosocial ya que este inicia respuestas de tensión generando conductas bucales disfuncionales; no refieren que este sea una única causa, sino que el estrés con la combinación de diferentes factores favorece el padecimiento de un dolor crónico temporomandibular o el mantenimiento de este.

Domínguez, L., Guerra, P., & Castañeda, R. (2013) realizaron una investigación para detectar las conductas bucales disfuncionales que sobresalen en el desarrollo de dolores orofaciales, entre ellos encontraron que los más significativos son el rechinar y apretamiento de dientes y mandíbula (bruxismo); otros comportamientos que influyen son el morder la lengua, labios y cachetes.

Recordemos que actualmente no existe una forma de tratamiento específica para tratar los TTM, por ello, en ocasiones los tratamientos que pueden recibir en diferentes clínicas pueden resultar perjudiciales, agravando el dolor y el malestar o no funcionar ni generar algún cambio; esto produce en el paciente enojo y estrés debido a un gasto monetario, gasto de tiempo, que contribuye a que el paciente se estrese y se preocupe aún más por la situación que vive. Esto a su vez genera dificultades en la confianza que el paciente pueda tener a su odontólogo y dificultades en la adherencia al tratamiento. (Araneda, Oyarzo, González & Figueroa, 2013)

Al momento de ser remitidos por los odontólogos, con el cuestionario que se aplica en la clínica de los 25 pacientes que atendí, 11 de ellos se encontraban con niveles de ansiedad “normal”, 10 con nivel “moderado” y cuatro pacientes con nivel “severo”. De los 14 pacientes que contestaron el MMPI-2 seis de ellos presentaron nivel “normal”, siete “moderado” y una paciente “grave”. Esto quiere decir que un alto porcentaje de los pacientes en clínica del dolor presentan nivel moderado de ansiedad lo que indica una influencia de este trastorno emocional en el desarrollo y mantenimiento de los TTM. Sin embargo, en el MMPI-2 solo tres personas obtuvieron puntuaciones altas en la escala de contenido “ANS”; esta diferencia puede ser debida a que el cuestionario de los odontólogos se aplica para el ingreso de los pacientes a la clínica y el MMPI-2 se aplicó ya que los pacientes habían recibido semanas de tratamiento de dolor, lo que puede sugerir que los procesos que se llevan a cabo en la clínica ayudan a

disminuir los niveles de ansiedad al disminuir el dolor. Esto es una hipótesis ya que no se emplean los mismos instrumentos para hacer esta medición, se requiere la realización de más estudios para comprobarlo.

Con esto podemos concluir que la ansiedad es un trastorno emocional que tiene gran influencia en el desarrollo y mantenimiento del dolor orofacial y los TTM por lo que tener instrumentos y conocimientos de ansiedad, sus causas y síntomas es de vital importancia para los odontólogos para una mayor sensibilidad en la forma de relacionarse con sus pacientes.

## 2.4 DEPRESIÓN

Al igual que la ansiedad, la depresión posee varios significados; comúnmente nos referimos a la depresión como un sentimiento que vivimos tras algún evento que nos generó tristeza; sin embargo, la depresión es un malestar y sentimiento mucho más prolongado y profundo que una mera sensación de tristeza. La tristeza es transitoria y proporcional al evento que la detonó, cuando esta perdura y comienza a interferir en la vida diaria de la persona se comienza a hablar de un estado depresivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), define a la depresión como: “trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración. Esta puede dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo, la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria” (p. 1).

Desde una perspectiva cognitiva, Beck (2008) propone tres conceptos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

1. **La triada cognitiva:** Esta consiste en la visión negativa de la persona hacia sí misma, del entorno y de su futuro.
2. **Los esquemas:** Esto quiere decir que el pensamiento de la persona está dominado por ideas negativas que pueden no estar relacionadas con las situaciones reales que experimenta.
3. **Los errores cognitivos:** Son aquellos que validan los esquemas negativos, incluso a pesar de que exista evidencia contraria.

Siguiendo la idea de Beck, esto quiere decir que la organización del pensamiento de una persona con depresión es bastante “primitiva”, ya que estructuran sus experiencias de una forma absolutista o extremista; donde la persona se concibe como inútil, cobarde, perdedor, etc. y con el pensamiento de que estas características son fijas e irreversibles.

Es decir, con la depresión se presentan sentimientos de inutilidad y de desesperanza, si estos sentimientos se combinan con la presencia de dolor prolongado, ocasiona que la persona tenga una sensación de dolor mucho más intensa y el sufrimiento que vive sea mayor, viéndose

incapacitado para responder de una forma óptima, dificultando el seguimiento un tratamiento y generando dificultades en la percepción de sus propios recursos.

Aproximadamente un 90% de los pacientes que acuden a la clínica del dolor, presentan un dolor incapacitante, generando diversos cambios en su vida diaria, en la ingesta de alimentos, ausencia laboral, incapacidad o dificultad para sonreír y hablar, entre otras características (Girón, 2009). Estos cambios generan un malestar en la persona, lo que contribuye no solo a su malestar físico, de igual manera puede incrementar un malestar emocional que a su vez será contribuyente a el mantenimiento del dolor que padece. Además, este malestar emocional le impide establecer una buena relación con su odontólogo, ya que carece de confianza en que el tratamiento lo va a ayudar o a beneficiar de alguna forma, por ello decide no seguir todas las instrucciones, faltar a citas, o inclusive dejar de asistir a la clínica, pues el pensamiento catastrofista es el que domina sus acciones.

## **ETIOLOGÍA**

No hay una causa exacta y única para desarrollar un trastorno depresivo, este resulta de una interacción compleja de diferentes factores, sociales, psicológicos y biológicos. Uno de los factores principales es la herencia, la depresión es más frecuente en personas que tenga un familiar de primer grado que haya padecido de la misma, además de una tendencia mayor a enfrentar situaciones adversas con respuestas depresivas (Coryell, 2016).

Mientras que el factor de herencia puede explicar al menos un 50% de la aparición de la depresión, factores psicosociales pueden también influir. Situaciones estresantes en la vida cotidiana; eventos negativos constantes en la vida, aumentan la vulnerabilidad de las personas para padecer depresión. Pensamientos negativos de uno mismo y del entorno que lo rodea, contribuye a producir o mantener la depresión (Encyclopaedia Britannica, 2019).

Las causas principales que encontré en mis pacientes con altos niveles de depresión son:

- Muerte de un familiar, duelo no resuelto
- Problemas maritales
- Frustración al no encontrar una cura a su dolor
- Debido a limitaciones causadas por su dolor
- Debido al envejecimiento y las limitaciones que conlleva

- Problemas en el trabajo

## **SINTOMATOLOGÍA**

Existen distintos síntomas que se presentan en los trastornos depresivos, sin embargo, APA (2014) destaca los más característicos:

- Disminución en el estado de ánimo la mayor parte del día.
- Disminución de interés y placer al realizar las actividades cotidianas.
- Aumento o disminución en el consumo de alimentos y el apetito.
- Cambios en el ciclo sueño-vigilia, insomnio o hiperinsomnio.
- Cambios en la conducta motora.
- Fatiga o pérdida de energía para realizar las actividades.
- Sentimientos y pensamientos de inutilidad y culpa.
- Problemas de concentración y dificultad para tomar decisiones.
- Ideas recurrentes de muerte y suicidio.

Es importante mencionar que algunos de estos síntomas pueden ser ocasionados por las enfermedades que presenta el paciente, debido a esto, al diagnosticar la depresión en un paciente con enfermedad crónica, se deben considerar los síntomas de esta para no confundir y tomar en cuenta los factores de la enfermedad en el diagnóstico diferencial de la depresión. Por esta razón, el odontólogo debe conocer o tener noción de la sintomatología de la depresión para no hacer un diagnóstico equivocado.

Dentro de la clasificación que existe en el DSM-V (APA, 2014), existe un tipo de depresión debida a otra afección médica. En este tipo de trastorno la etiología principal de los síntomas depresivos es la condición médica que vive el paciente, ya que este va a interferir en la vida social, laboral y otras áreas importantes en la vida del individuo. En el caso de los TTM, esta depresión podría asociarse con las limitaciones que este dolor causa en la vida social de la persona, llegando a afectar otras áreas de su vida. Los pacientes que atendí, en su mayoría mencionaba que el dolor ocasionaba que no pudieran dormir y por ende afectaba su vida laboral llegando a consecuencias graves como el despido, lo que provocaba en ellos sentimientos de inutilidad y culpa.

## **DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES**

Existe una gran variedad de condiciones médicas que se asocian con el desarrollo de una depresión, entre ellas se encuentra el cáncer y los infartos. La OMS (2018), considera que la depresión es una enfermedad común a nivel mundial, para este año aproximadamente 300 millones de personas la padecen; sin embargo, a pesar de este número tan elevado, se estima que poco menos del 10% de esta población recibe un tratamiento adecuado a su situación. Esto se debe a la carencia de equipo capacitado para el tratamiento, estigmas asociados a los trastornos psicológicos, evaluación inexacta, entre otros factores.

Las enfermedades que conllevan un dolor crónico son cada vez más comunes en la población mundial, se ha demostrado en varias investigaciones que el dolor crónico tiene una comorbilidad de 30%-50% con la depresión (Kroenke et al., 2011; Lerman, Rudich, Brill, Shalev, & Shahar, 2015; Li, 2015; en: Shaygan, & Shayegan, 2018). Es importante mencionar que la presencia de dolor no es una condición suficiente para el desarrollo de depresión; la forma en la que la persona vive su dolor o sufrimiento va a contribuir al estado de ánimo que tenga durante la enfermedad y la presencia del dolor. Esto como se mencionó con anterioridad dependerá de las experiencias previas que haya tenido la persona en condiciones de dolor o de enfermedad, así como del contexto donde se enferma.

Tomando como base la perspectiva cognitiva de Beck (2008), con la triada cognitiva, si el paciente tiene una concepción negativa de su enfermedad, de los recursos que posee y una idea catastrofista del futuro, es mayor la probabilidad de que su enfermedad se acompañe de depresión. Dependiendo de la intensidad de los pensamientos catastróficos de la persona será el nivel de sufrimiento que tenga, e inclusive podrá afectar su actividad y su intervención en el tratamiento de su condición. Si a este pensamiento se le agrega la desconfianza al tratamiento brindado por parte del mismo especialista, las ideas negativas del paciente en cuanto a su salud aumentarán.

## **DEPRESIÓN Y TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES**

Como ya se revisó en el primer capítulo, Okeson (2008) señala que los trastornos temporomandibulares conllevan un conjunto de limitaciones que pueden ocasionar que las personas tengan una concepción negativa de su enfermedad. Entre ellos se encuentra la

dificultad para ingerir alimentos, que puede significar un golpe muy duro ya que se ven limitados en la dieta a seguir, dificultades para comunicarse y sonreír lo que ocasiona que la persona no pueda hablar de lo que siente y de su dolor. Además, al no poder sonreír puede ocasionar problemas en su socialización con las personas que le rodean. Inclusive menciona que, al no tener un tratamiento bien establecido sobre estos trastornos, puede generar inseguridades en el paciente ocasionando una visión negativa del equipo odontológico. De igual manera le impide confiar completamente en su tratamiento, esto lo lleva a tener una visión negativa del futuro y de su propia salud y lo que él mismo puede hacer para mejorar su condición.

Girón (2009), realizó un estudio transversal en la Clínica del dolor de la Facultad de Odontología, UNAM; menciona que aproximadamente el 90% de los pacientes que acuden a la clínica presentan dolor crónico; esto quiere decir que se han visto incapacitados en un aspecto de su vida debido al dolor, ya sea en lo laboral o escolar. Los resultados que se obtuvieron señalan una mayor prevalencia de depresión en las mujeres; además de que el grupo con mayor prevalencia son mujeres y hombres entre los 23-27 años y 48-52 años.

En cuanto a los fármacos empleados para disminuir el dolor orofacial que algunos TTM pueden presentar, Neira y Olaya (2010), realizaron una investigación donde encontraron que dentro de los fármacos más empleados para el tratamiento están los antidepresivos. Entre ellos se encontró la amitriptilina en fibromialgias, recetado durante horas nocturnas para mejorar el ciclo de sueño y un efecto analgésico al bloquear la recaptación de noradrenalina y serotonina con el fin de bloquear la hipersensibilidad.

A pesar de que la amitriptilina puede funcionar como un analgésico para el dolor, se debe tener en cuenta un diagnóstico sobre niveles de depresión en el paciente que tome este medicamento, ya que, si comienza a tomarlo y no se ha hecho un diagnóstico psicológico, podría dificultar un tratamiento e inclusive resultar contraproducente para el mismo paciente, ya que podría generar una dependencia hacia el medicamento y generar una depresión aún mayor cuando este sea retirado por el odontólogo.

Con lo anterior, reconocemos la importancia de acompañar con un diagnóstico psicológico al diagnóstico de los trastornos temporomandibulares, como se mencionó en el capítulo anterior, varios TTM inician debido a situaciones adversas a las que se debe enfrentar el paciente; estos pueden ser problemas familiares, pérdida de un familiar, entre otros, estos mismos pueden

generar una depresión en el paciente y si se acompaña de un dolor permanente, puede empeorar la calidad de vida de la persona y dificultar la actividad y la relación que tenga con su odontólogo y el tratamiento que este ofrece. Es importante que el especialista tenga en mente esta información al momento de diagnosticar al paciente ya que así puede explicar la importancia de llevar un tratamiento en conjunto y brindar confianza al paciente sobre el procedimiento para tratar su problema y así este tenga una participación más activa en cuanto su salud se refiere.

De los 25 pacientes que me fueron remitidos, nueve de ellos presentaron nivel “normal” de depresión; nueve “moderado” y siete “severo”. Por otra parte, de los 14 pacientes que respondieron el MMPI-2 cinco reportaron nivel “normal”, tres “moderado” y seis “severo”. Acerca de los resultados del MMPI, la escala 2 Depresión “D” fue la que obtuvo puntuaciones más altas; esto quiere decir que el pensamiento de los pacientes es predominantemente catastrófico, en las entrevistas encontré que esto no solo se debe a la desconfianza en el tratamiento y el mejoramiento de su salud; sino que se debe a situaciones estresantes de su vida, por ejemplo, la falta de un familiar, situaciones económicas difíciles, problemas con su pareja, entre otras. Es decir, estos sentimientos de tristeza, inutilidad, culpa, no solo se deben a su condición médica, estos se acompañan de situaciones que enfrentan día con día los pacientes.

Los seis pacientes que obtuvieron nivel “severo” de depresión en la prueba aplicada por los odontólogos, tenían problemas en un inicio para comunicarse con los odontólogos, daban información confusa, contradictoria e inclusive sus citas eran irregulares. Tras la aplicación del MMPI-2, entrevistas y otras pruebas, se pudo elaborar con los odontólogos formas de trabajo para facilitar la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, la comunicación con ellos fue mejorando y siendo cada vez más satisfactoria. Esto apoya lo antes mencionado en que el pensamiento pesimista de los pacientes dificulta el trabajo con el médico, o en este caso, odontólogo. Es por ello que los odontólogos al conocer la situación del paciente pueden sensibilizar su trato, mejorar sus explicaciones y mostrar un trato más empático para que el paciente logre tener confianza en el equipo odontológico y vaya desarrollando su confianza en el tratamiento y en su capacidad para mejorar su situación y a su vez confianza en buscar el bienestar.

## 2.5 FRUSTRACIÓN

A lo largo de los capítulos se ha mencionado en varias ocasiones el término de “frustración”, este fenómeno es relevante no solo en el desarrollo y mantenimiento de un trastorno temporomandibular; sino también en el trato que los odontólogos dan a sus pacientes, ya que el mismo equipo de especialistas puede experimentarlo al no saber cómo ayudar a una persona que acude a ellos con niveles de estrés muy elevados. En este capítulo no solo se explicará la frustración que los pacientes viven, sino también la frustración que los odontólogos pueden desarrollar al estar expuestos a tantas horas de trabajo bajo ciertas condiciones poco favorecedoras.

Es muy difícil explicar la aparición de una enfermedad con un malestar emocional específico, ya que en su mayoría son un conjunto de trastornos los que acompañan a una enfermedad, sobre todo cuando esta implica factores que dificultan la vida diaria como es el dolor. Díaz (1976), señala que el factor que puede explicar estos malestares emocionales es la frustración, es decir, “estado emocional presente cuando un individuo no puede reaccionar según los modos (innatos o aprendidos) de comportamiento que le han sido satisfactorios o cuando estos comportamientos no le proporcionan la recompensa o el premio que esperaba” (p. 39).

Pérez (2000) definió la frustración como “Un bloqueo o impedimento dirigido hacia un determinado objetivo, que da un estado de perturbación interna conocida como ansiedad o tensión psicológica. Las fuentes de esta frustración pueden encontrarse en el medio externo como obstáculos, o dentro del individuo como deficiencias o defectos” (p.60). De igual forma, describe que las reacciones que la persona tiene ante la frustración pueden ser dirigidas a modificaciones del medio externo para tratar de disminuir o eliminar los obstáculos creadores de la frustración, o del medio interno con mecanismo de defensa del yo para evitar la tensión psicológica, no están orientados a disminuir o eliminar los objetos de frustración.

Amsel (1958, 1962, 1992, 1994, en: Baquero & Gutiérrez, 2007) propuso la “Teoría de la frustración” en ella se explica que el animal aprende a anticipar una recompensa gracias a la presencia de claves contextuales. Es decir, a través de condicionamiento clásico se asocian recompensas con claves en el contexto; la frustración se da cuando se presentan estas claves contextuales, pero se suprime la aparición de la recompensa; esta frustración se entiende como

una respuesta emocional aversiva que presenta con la supresión sorpresiva de la recompensa. De igual forma, la ausencia de la meta esperada ocasiona que se eviten las claves contextuales previamente asociadas.

Un ejemplo de esta frustración en la conducta humana puede ser el tratamiento de los trastornos temporomandibulares, el paciente que sufre de esto acompañado de un dolor orofacial acude a diferentes especialistas odontológicos para quitarse este sufrimiento; sin embargo, al no haber un tratamiento bien establecido para este y no curarse en un periodo corto de tiempo, acompañado del dolor intenso que vive, ocasiona que el paciente experimente frustración y disminuya su confianza en el equipo de especialistas que lo trata. De igual forma, a pesar de que el tratamiento recibido le ayude, el dolor puede no desaparecer por completo por un malestar emocional que se está expresando de esta forma; es decir, a pesar de recibir un tratamiento que puede ser de un periodo de tiempo largo, un costo económico y físico alto, no sanará si acompañado de este tratamiento no se lleva un tratamiento psicológico. Mencionando las conductas evitativas, al experimentar esta frustración el paciente al dejar de confiar en los odontólogos deja de acudir a su tratamiento, esto podría explicar los números tan altos de deserción del tratamiento de los TTM.

Inclusive la misma frustración que puede experimentar una persona puede ser el detonante para el desarrollo de malestares bucales, ya que al vivir en una constante tensión psicológica ya sea por problemas familiares, laborales, económicos, entre otros, al no poder reaccionar de la forma que aprendieron o que les gustaría, expresan esta frustración a través de síntomas somáticos como puede ser el dolor de muela, de cabeza, de oído y poco a poco a través de esta tensión desarrollar un malestar orgánico que resulta en un trastorno temporomandibular. Y esta frustración aumentará al prolongar el periodo de sufrimiento cuando no se encuentra un especialista que pueda curarlo.

Se ha demostrado que la frustración se asocia con respuestas conductuales, emocionales, fisiológicas similares a las que se presentan con estímulos aversivos, por lo que este se considera una forma de estrés y de dolor psicológico. Amsel y Roussel (1952, en: Mustaca, 2018), diferencian entre una frustración primaria y una frustración secundaria. La frustración primaria o efecto de frustración se refiere a la primera respuesta que se tiene ante la eliminación sorpresiva de un estímulo reforzante, este tipo de respuestas se asocian a las que se presentan

ante estímulos dolorosos y de estrés, estos pueden ser escapar, acciones más rápidas, entre otras. La frustración secundaria es una respuesta condicionada ante las conductas anticipatorias de la frustración primaria, regularmente estas conductas son de ansiedad (al ser anticipatorias) y de conflicto ya que hay una confusión porque estaban previamente asociadas a reforzadores, pero ahora se asocian a estímulos aversivos. Es decir, tras un periodo de frustración continua, los estímulos contextuales que con anterioridad ocasionaban un sentimiento de bienestar, ocasionan en el individuo un malestar emocional al esperar un castigo o sensación aversiva, pero sobre todo debido a un conflicto ante lo inesperado.

La frustración puede ser ocasionada por diversas causas, la pérdida de un empleo, la pérdida de una pareja, de un familiar, de una suma importante de dinero, entre otras. Esto ocasiona que la persona viva con un malestar emocional que va a relacionar con estímulos contextuales que con anterioridad le generaban placer y sobre todo seguridad. Cuando esta frustración se lleva a un equipo médico y se sufre de problemas en la salud, el malestar emocional y sufrimiento elevarán su intensidad interfiriendo en la vida de la persona y en el tratamiento médico que pueda recibir.

De igual forma, podemos hablar de la frustración médica; los médicos en su formación creen o están orientados hacia el descubrimiento de lo que padece el paciente para posteriormente brindar un tratamiento y curarlo; sin embargo, cuando las explicaciones de lo que sufre el paciente son ambiguas o de difícil comprensión pueden experimentar una frustración que dificultará la relación con su paciente y el tratamiento que brinde, generando como consecuencia frustración en su paciente. O, como es el caso en Clínica del Dolor con los odontólogos que presentan su servicio social, cuando la enfermedad está asociada a condiciones de otro tipo de especialistas, como los psicólogos, al no entender la influencia que estos factores tienen en la enfermedad que ellos tratan su frustración aumentará generando consecuencias negativas en su trato con los pacientes.

## **TIPOS DE FRUSTRACIÓN**

Pérez (2000), describe dos tipos distintos de fuente de frustración, la frustración externa y la frustración interna. La externa se refiere a una fuente de tipo física o social; desde que nacemos podemos experimentar frustración externa debido a nuestra socialización con otras personas ya que, para vivir bajo las reglas de una sociedad, debemos sacrificar algunas cosas que nos

gustan para respetar reglas y convenciones sociales. La frustración de fuente interna es causada por condiciones o factores existentes dentro de nuestra mente. La percepción de nuestros recursos y nuestras debilidades son una fuente de frustración, es decir, al saber que no podemos hacer ciertas cosas, con nuestra autopercepción, podemos experimentar frustración.

La frustración que se experimenta durante una enfermedad es principalmente interna, ya que creemos que esta nos limita para realizar ciertas cosas, si bien estando enfermos en ocasiones no se pueden realizar ciertas actividades, existe la posibilidad de que se viva el sufrimiento de la enfermedad tan intenso que impide completamente realizar actividades que nos gustan; generando de esta forma no solo una tensión emocional, sino también un golpe en nuestro autoestima y en nuestro estado emocional. Un ejemplo de frustración cuando se sufre de un trastorno temporomandibular se da al no poder sonreír, hablar o comer debido al dolor que se sufre al tensar la mandíbula; lo que a su vez puede favorecer el desarrollo de trastornos emocionales como la depresión.

## **FRUSTRACIÓN EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA**

La práctica médica en general se enfrenta día con día a grandes niveles de estrés y frustración, sobre todo cuando estudiantes se enfrentan a prácticas cada vez más demandantes. En el ámbito odontológico, a lo largo de la carrera los estudiantes no cuentan con una formación adecuada en cuanto a la comunicación y el mejor trato hacia los pacientes (Díaz, 2009); por este motivo al enfrentarse en su servicio social y en su trabajo en clínicas periféricas, sus niveles de frustración aumentan al no poderse comunicar de forma adecuada con sus pacientes dificultando el tratamiento que se les brinda y la relación odontólogo-paciente.

Se han realizado diversas investigaciones para encontrar la fuente de tensión emocional de los odontólogos en su práctica (Wycoff, 1984; Pollack, 1996, Freeman, 1995; Romero, 2001; Turley, 1993; en: Bazalar & Balarezo, 2016), se encontraron que estas tensiones se originan principalmente por realizar su trabajo en un área limitada, exigencia de tiempo entre los pacientes, bipedestación prolongada, posturas forzadas y restringidas, procedimientos prolongados, además de un ambiente de trabajo con condiciones físicas inapropiadas; es decir, las fuentes de frustración comúnmente son externas. A pesar de esto, Díaz (2009) realizó una investigación en clínicas periféricas de la Facultad de Odontología, UNAM, para estudiar la

relación odontólogo-paciente; en ella se encontró que aunque los alumnos tienen un interés en brindar un trato humanitario y de calidad hacia su paciente, debido a que durante su formación no cuentan con materias para potencializar sus habilidades empáticas, encuentran dificultades en su práctica, y por ende esto se ve reflejado en la relación que tienen con sus pacientes y en su trayectoria académica.

Sin lugar a duda, la práctica odontológica es de gran dificultad debido a las características antes mencionadas, pero si a ello se le suman las características que tienen los pacientes que sufren de un dolor crónico, la tensión emocional es aún mayor. El odontólogo que trabaja con pacientes que llevan meses o años viviendo con dolor sufre de una mayor tensión debido a las exigencias y demandas que tiene su paciente. El odontólogo siempre está sujeto a la crítica y expectativa del paciente, además del desgaste emocional al estar en constante contacto con la interacción tratamiento-salud (Bazalar & Balarezo, 2016).

Debido a esta tensión emocional y frustración, los odontólogos tienen una alta prevalencia de distintas enfermedades, siendo las molestias musco-esqueléticas las de mayor presentación, siguiendo quejas somáticas y enfermedades cardiovasculares y gastrointestinales (Pérez, A & Barreto, D, 2008; en: Bazalar y Balarezo, 2016). Es por ello que, los odontólogos deben recibir una atención médica multidisciplinaria, además de una formación que apoye la disminución del estrés en la práctica laboral.

Con el contacto que tuve con odontólogos de distintos años de la carrera, pude darme cuenta de que esta frustración les afecta no solo en su vida laboral y estudiantil, sino que esta frustración permea hasta sus relaciones sociales y familiares. Conforme pasaban los meses, los odontólogos se mostraban más cansados, estresados e inclusive cansados de atender a pacientes con dolor. Inclusive algunos de ellos llegaron a presentar quejas características de los trastornos temporomandibulares, acompañados de problemas como gastritis, migrañas, entre otras; al momento de realizar los estudios pertinentes nunca se encontró una causa orgánica por lo que se podemos tener como hipótesis que estas se presentaron como quejas somáticas ante la frustración en su práctica, además de otros factores. De igual forma, por el constante contacto con la enfermedad y el proceso salud-enfermedad, se atribuían la presencia de muchas enfermedades cuando realmente no se presentaban los síntomas.

Las principales fuentes de frustración que pude detectar en la práctica de los odontólogos son:

- No saber cómo tratar a pacientes que acudían de forma demandante a la clínica
- No saber cómo explicar algunos ejercicios de la terapia brindada
- Problemas con el equipo de trabajo
- Incomodidad del área de trabajo
- Limitación en el tiempo de atención a pacientes
- Deslinde de responsabilidades de otros especialistas
- No lograr entender la influencia de factores psicológicos en la conducta del paciente y en su condición

Para ello se realizó un grupo donde se pudiera hablar de las preocupaciones y las dificultades a las que se enfrentaban, con ello los niveles de frustración en su práctica disminuyeron, además de que mejoraron el trato y las explicaciones con los pacientes, ocasionando que estos últimos comentaran la diferencia en el trato que recibían e inclusive asistían a la clínica con un estado de ánimo diferente y con mayor tranquilidad, además de tener confianza para preguntar cualquier duda que existiera.

Con ello se puede ver la relevancia del manejo de frustración con el equipo médico ya que estos al disminuir sus ansiedades y preocupaciones, pueden ayudar a disminuir la frustración que los pacientes experimentan por su condición y tratamiento.

## **2.6 SOMATIZACIÓN**

Al presentar los pacientes y los odontólogos síntomas somáticos es importante que entendamos lo que esto significa y la influencia que tiene la frustración para el desarrollo de enfermedades y de trastornos temporomandibulares.

La somatización puede entenderse como la tendencia de las personas a experimentar un malestar psicológico en forma de signos y síntomas somáticos que los llevan a buscar ayuda médica (Lipowski, 1987; Lipowski, 1988; en: Gaedicke & González, 2010). Estos signos y síntomas no pueden explicarse por una enfermedad orgánica conocida y estos van a interferir en diferentes esferas de la vida de la persona.

Los síntomas de dolor pueden ser variados y confusos para el paciente, ya que estos pueden presentarse en uno o varios sistemas del cuerpo humano. La severidad e intensidad de estos síntomas puede ser moderado o severo, esto a su vez genera en la persona preocupación y estrés que va a incrementar cuando un médico, en este caso odontólogo, no encuentra una explicación a los síntomas que presenta. A su vez la confusión del médico y la gravedad de los síntomas que presenta ocasiona en la persona un pensamiento catastrofista que puede llevar a la persona a desarrollar ansiedad y depresión.

Por otro lado, somatización puede presentarse en presencia de una enfermedad orgánica; sin embargo, los síntomas que se presenten y la severidad de ellos es desproporcional a la enfermedad conocida, así como las limitaciones que estos ocasionan y la duración de ellos. Es decir, los patrones que se presentan no corresponden a los esperados en el tipo de enfermedad (Hurwitz, 2004; en: Gaedicke & González, 2010).

Es bien sabido que la comorbilidad de un trastorno somatomorfo con un trastorno de ansiedad o depresión es alta; se debe considerar esta información para realizar la historia clínica del paciente, ya que a partir de esto podemos encontrar la etiología de los síntomas que está presentando. (American Psychiatric Association, 2014).

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, el dolor orofacial o los trastornos temporomandibulares pueden iniciar debido a un acontecimiento extraordinario en la vida de la persona, debido al tipo de afrontamiento este puede presentarse como un malestar psicológico y a través de la frustración que esta genera y al no ser expresado abiertamente o de manera

adecuada, se presenta en forma de signos y síntomas somáticos; en este caso, dolor mandibular, de cabeza o de la espalda. Es por ello que se debe llevar a cabo una entrevista completa para determinar la etiología correcta de la aparición de estos síntomas y así poder brindar al paciente el tratamiento adecuado para mejorar el bienestar y la salud del paciente.

Cuando se habla de somatización es importante recordar dos conceptos principales, la experiencia de enfermedad o de dolor y el malestar objetivo medido por los especialistas de salud. La experiencia de enfermedad o dolor está dada por las vivencias que ha tenido el individuo a lo largo de su vida, es decir, si ha sido validado el sufrimiento, si ha tenido un constante acercamiento a las enfermedades, etc.; el malestar objetivo, se refiere al daño orgánico que presenta, este puede ser medible a través de exploraciones o pruebas elaboradas por el equipo médico. En la somatización estos dos conceptos van a discrepar, ya que ninguna prueba realizada por los médicos va a explicar el gran malestar subjetivo que está describiendo la persona.

Debido a que el médico se encuentra en una situación difícil al no hallar alguna explicación física al malestar descrito, en ocasiones puede realizar diagnósticos incompletos o inadecuados y recetar o brindar un tratamiento que no refleja ningún beneficio en el paciente; o por otro lado, se da la explicación acerca de que el malestar que se está experimentando es debido a un estrés o una causa psíquica, donde el paciente no logra encontrar la conexión existente entre su dolor y un malestar psicológico, lo que lo lleva a buscar otro equipo médico que ayude a eliminar su malestar donde de igual manera, no encontrará un beneficio de ello. Esto ocasiona una mayor frustración en el paciente e inclusive en el equipo médico al no lograr encontrar una explicación completa.

## **ETIOLOGÍA**

Para hablar sobre las causas de este trastorno, podemos retomar la definición que Wilhelm (1927, en: García, 2015) da sobre él: "Proceso en el que un trastorno psicológico puede producir trastornos corporales" (p.50). Es decir, la causa principal de los síntomas somáticos es la presencia de un malestar psicológico, ya sea ansiedad, depresión, traumas, entre otros y estos se expresan por síntomas principalmente de dolor en diferentes áreas del cuerpo. Díaz (1972) amplía esta idea al mencionar que el principal factor causal es el conflicto no resuelto ya que los pacientes, a pesar de que experimentan emociones fuertes, inhiben la expresión o

demostración de estas debido a diversos factores, ya sea porque las reglas sociales no le permiten expresarlo abiertamente, por miedo a las consecuencias que estas traigan, o debido a que, a lo largo de su vida, se le ha enseñado que se deben inhibir este tipo de reacciones.

Dependiendo del estado de ánimo que tenga la persona es la forma en la que se va a vivir y experimentar el dolor; mientras el individuo esté ocupado, activo y con un buen humor, el dolor se va a sobrellevar de una mejor forma; sin embargo, mientras la persona experimenta situaciones que ocasiona que esté triste, ansioso, deprimido o nervioso, el dolor va a tener una interferencia mayor en su vida diaria generando una percepción de intensidad más elevada. La supresión o la inadecuada expresión de las emociones, sobre todo las que son intensas en la vida del individuo, son consideradas causas de enfermedades o lesiones de la persona; además de un factor importante en el mantenimiento de estas y la posible evolución a un dolor crónico.

David Goldberg (1992, en: García, 2015) propone un modelo para explicar las causas de las enfermedades mentales basándose en tres factores: predisponentes, precipitantes y mantenedores/protectores.

- **Factores predisponentes:** Son aquellos que reflejan la vulnerabilidad que tiene una persona para padecer una enfermedad. Entre ellos se encuentran los factores genéticos, biológicos y las experiencias infantiles.
- **Factores precipitantes:** Aquí se incluyen los acontecimientos o situaciones que causan un estrés emocional en la persona ya que significan una pérdida o amenaza en su vida.
- **Factores mantenedores:** Estos van a propiciar el progreso de una enfermedad aguda a una enfermedad crónica.
- **Factores protectores:** Son aquellos que van a evitar que la enfermedad progrese o aumente su cronicidad.

En lo que se refiere al desarrollo de síntomas somáticos, las experiencias infantiles que pueden propiciarlos son una carencia afectiva, es decir, falta de atención por diversas circunstancias con los padres, un acercamiento desde edades tempranas a ambientes hospitalarios o a enfermedades; o debido a que en su ambiente se validaba la enfermedad como una forma de afrontamiento, para recibir atención o evitar responsabilidades. El niño crece con estas creencias y al momento de enfrentarse a situaciones que van más allá de lo que puede manejar,

recurre a estas formas de afrontamiento que han sido validadas a lo largo de su vida; replicará las formas de vivir la enfermedad que experimentó en su familia David Goldberg (1992, en: García, 2015)

Los principales factores precipitantes en el desarrollo de síntomas somatomorfos son los ambientes donde la persona puede experimentar mayor tensión; el trabajo uno de los principales ya que es donde pueden exigirle de forma constante, además de trabajos que superan su capacidad de afrontamiento. De igual forma, la pareja y los amigos pueden ser una esfera de estrés ya que, ante carencias afectivas en su infancia, las personas se vuelven demandantes y con enormes expectativas, debido a que esto es difícil o imposible de complacer, las personas recurren a las enfermedades como un llamado de atención, o como una salida para manejar el estrés que están experimentando y no decirlo abiertamente (García, 2015).

Finalmente, García (2015) considera que los factores mantenedores principales son las ganancias secundarias y el refuerzo social. Entendemos que la forma de manejar los conflictos en su vida es a través de las enfermedades, por lo que al tener ganancias secundarias a través de esto refuerza el empleo de estos mecanismos de afrontamiento; estas ganancias secundarias se dan principalmente en el trabajo al ser deslindado de responsabilidades que antes resultaban inmanejables, o inclusive llegar a periodos de invalidez recibiendo paga. Es importante mencionar que esto no se hace de forma consciente, el recibir estas ganancias únicamente refuerza su idea de “enfermos” e incrementa su invalidez.

Por otra parte, otros factores mantenedores con refuerzo social se encuentran principalmente en la familia; esto debido a que al aparecer los primeros síntomas de enfermedad se empieza con una gran preocupación y sobreprotección hacia la persona, de nuevo validando su idea de enfermos. Se concede una atención y beneficios que no se darían si no fuera por la enfermedad. Obviamente para evitar el ser un mantenedor no se habla de dejar al enfermo solo, sino se refiere a reforzar conductas de salud manteniendo las responsabilidades que puede realizar y apoyando los tratamientos necesarios David Goldberg (1992, en: García, 2015).

Otro factor mantenedor que añade García (2015) es el ámbito médico, debido al miedo a fallar o al no saber lo que realmente sucede con el paciente, las explicaciones de los médicos tras una serie de pruebas y entrevistas son vagas y difusas por el temor de errar o de tener una

mala apariencia frente a los otros. Esto ocasiona que el paciente tenga una incertidumbre sobre su condición e incrementa su estrés y su malestar. Los médicos deben ser claros al explicar las condiciones de los pacientes, y, si es el caso, de explicar que no existe una enfermedad orgánica que impida sus actividades, para evitar la incertidumbre del paciente y que no genere ideas contradictorias a su estado de salud.

El conjunto de estos factores ocasiona que la persona comience a crear en su mente de forma inconsciente el padecimiento de una enfermedad, como detonante se encuentra una situación estresante que se vio incapaz de manejar por lo que recurre a su única forma de afrontamiento que le ha resultado funcional, la somatización (García 2015). Este malestar emocional ocasionará que el sufrimiento sea aún mayor a lo que se espera en la enfermedad tradicional, por lo que a pesar de que reciba un tratamiento para el malestar orgánico, el sufrimiento emocional propicia el desarrollo a un malestar crónico.

## **SINTOMATOLOGÍA**

Debido a que existen diversas formas en las que los síntomas somáticos se presentan, no existe una unificación de ellos. Es decir, dependiendo del sistema que se vea comprometido, serán las características que se presenten, pueden ir desde síntomas gastrointestinales hasta dolores en el aparato reproductor.

El síntoma principal es la presencia de un dolor de gran intensidad, debido a esto el paciente se preocupa más por que desaparezca este sufrimiento en vez de preocuparse por el origen de la enfermedad. De igual forma, no va a existir un único dolor, se da la presencia de varios dolores en distintas zonas del cuerpo; el paciente al tratar explicar estos, dará descripciones vagas, confusas y en ocasiones contradictorias (García, 2015).

El tipo de respuesta y la intensidad de estos síntomas van a depender de diversos factores Verwoerdt (1972) que pueden agruparse en tres grupos principales:

- a)** Características de la enfermedad: La magnitud y la severidad de la enfermedad, física y psicológicamente. La duración de la enfermedad y la rapidez de progreso.
- b)** Características del “anfitrión”: Las características físicas de la persona, edad, sexo, etc., conjuntando con las características psicológicas, su experiencia con enfermedades y dolor.

- c) Factores situacionales: La situación en la que se presentó la enfermedad, las relaciones familiares, y sus interacciones con otros.

Conjuntando todos estos factores se puede dar una idea sobre el tipo de síntomas que se van a presentar, además de la severidad y afectación que ellos tendrán en la vida de la persona. De igual forma uno de los factores principales es el tipo de personalidad, Kahana (1972), describe siete tipos de personalidades que se presentan con mayor frecuencia en la atención médica, estos son: dependiente y exigente; ordenado y controlador (compulsivo); dramático, emocionalmente involucrado (histérico); el que sufre y se involucra emocionalmente (masoquista); cauteloso y quejumbroso (paranoide); con sentimientos de superioridad (narcisista); y el que parece no involucrarse y distante (esquizoide). Todas estas características se presentan de forma exagerada bajo el estrés que induce la enfermedad, ocasionando que se presenten los síntomas somáticos.

## **MODELO PSICOSOMÁTICO**

García (2015) propone que en todas las enfermedades que se presentan va a existir una situación o factor estresante de base esto va a ocasionar una activación y tensión constante en el individuo; con el paso del tiempo, esta activación genera sensaciones de cansancio, agotamiento, falta de placer al realizar las actividades y un malestar elevado. Esto genera incapacidades que traen con ellas sentimientos de tristeza e inutilidad, es decir un malestar emocional. Este malestar emocional disminuye la capacidad de resistencia al dolor, ocasionando que el sufrimiento que vive la persona sea de gran intensidad, lo que de nuevo repercute en su estado emocional y autoestima. Esto quiere decir que la ansiedad (activación constante) y la depresión (malestar) generan los síntomas somáticos; y estos a su vez generan que niveles de ansiedad y depresión se eleven creando un ciclo sin fin, que, a pesar de ser atendido sobre los síntomas, el malestar emocional seguirá ocasionando malestares físicos si no es tratado.

Este modelo coincide con los resultados que se obtuvieron con la aplicación del MMPI-2, pues al ser las escalas 1 "Hs" y 2 "D" las que obtuvieron puntuaciones más elevadas en la mayoría de los pacientes, nos da a entender que estos enfrentan situaciones de estrés y tensión constante, lo que a su vez genera malestar emocional al verse invadidos de pensamientos catastrofistas y pesimistas lo que va a generar una presentación de síntomas somáticos para

aliviar esta tensión. A su vez estos síntomas al no encontrar una explicación lo suficientemente buena, le genera una frustración que aumentará las limitaciones que la enfermedad le ocasiona aumentando el malestar generando un ciclo en el que de forma orgánica no se encontrará una cura que satisfaga completamente al paciente si lo emocional no es tratado a la par.

## **SOMATIZACIÓN Y TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES**

La asociación que existe entre el dolor miofascial y el trastorno de somatización ha sido de interés en la clínica del dolor, Jaime (2009) realizó un estudio para determinar la prevalencia y la asociación que existe entre estos dos factores en pacientes entre 15 y 70 años de Clínica del Dolor UNAM. La población fue de 135 pacientes donde 53% obtuvo un grado de somatización severa, además de un análisis de género, donde se encontró que el género femenino es el que más presenta quejas somáticas en la evaluación del dolor miofascial. Además, a través de un análisis por edad, el rango más afectado con síntomas somáticos fue entre 15 y 58 años, disminuyendo la prevalencia de este trastorno psicológico en pacientes de la tercera edad.

En otra investigación realizada en Clínica del dolor UNAM por Ornelas (2018), se encontró que la presencia de síntomas somáticos se da en un 97% de pacientes, siendo en su mayoría mujeres las que lo presentan. Para este estudio, se consideraron 12 síntomas distintos, algunos son: dolor de cabeza, sensación de mareo o desmayo, nudo en la garganta, pesadez en brazos y piernas, entre otros. Los síntomas que presentaron mayor asociación fueron dolor de espalda, mareo/vértigo, náuseas y el dolor de pecho. El estudio no reporta las causas de estos síntomas, ya que se dieron a través de la revisión de casos de pacientes del periodo comprendido de agosto 2013 – agosto 2016. Se concluyó que el dolor miofascial es un factor de riesgo y de mantenimiento en el malestar y el dolor ocasionado por los TTM.

A pesar de que se han realizado estudios sobre la prevalencia y las características de la somatización en el dolor miofascial y los trastornos temporomandibulares, no se ha realizado una investigación cualitativa sobre los factores que podrían ser causantes de estos síntomas en las historias clínicas de los pacientes, lo que es de vital importancia porque a partir de ahí puede apoyarse a los odontólogos para desarrollar estrategias al trato con los pacientes que presenten en su mayoría síntomas somáticos.

## **2.7 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

La deserción de pacientes en Clínica del Dolor es un factor que debe ser considerado, a pesar de tener una gran demanda, varios pacientes dejan de asistir cuando el dolor disminuye o desaparece sin terminar completamente su tratamiento o inclusive tras la primera cita que recibe su diagnóstico dejan de ir. Es por esto que debemos conocer el significado de adherencia al tratamiento y las estrategias y herramientas que facilitan que los pacientes lo desarrollen.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como la magnitud con la cual el paciente sigue las indicaciones médicas para llevar a cabo el tratamiento. Es decir, tomar la medicación en tiempo y dosis indicada, realizar los cambios de dieta o las modificaciones en el estilo de vida de la persona, todo lo que se incluyen en el tratamiento indicado por el especialista en salud (Salinas, E., & Nava, M.G., 2012).

Se entiende que la adherencia al tratamiento no se da solo en un marco farmacológico donde el paciente debe consumir sus medicamentos en cantidad y tiempo indicado; esto va más allá para mejorar la calidad de vida del paciente. El individuo debe cambiar completamente su conducta orientándola a la ingesta de medicamentos, el cambio de dieta, realizar ejercicios terapéuticos, entre otros factores. El incumplimiento de estos cambios impide que la persona reciba todos los beneficios que otorga el tratamiento que está recibiendo, cuando las instrucciones no se siguen, el pronóstico del paciente puede empeorar.

La no adherencia es un problema al que se enfrenta el ámbito médico general en todo el mundo, ya que esto significa un alto costo en el sistema de salud, incremento en el gasto familiar y, sobre todo, pérdida en la calidad de vida del paciente. La no adherencia al tratamiento es un problema que se puede presentar en todos los estratos sociales y en todas las edades. Se observa en todos los estados de enfermedad crónica y empeora conforme el proceso de tratamiento se prolonga (Silva, Galeano & Correa, 2005).

La no adherencia, es decir, fallas en el cumplimiento de las instrucciones otorgadas por el equipo médico puede darse de forma voluntaria e involuntaria. La decisión del seguimiento de las indicaciones médicas es multifactorial, donde el paciente realiza un balance decisional tomando en cuenta costos-beneficios en distintos factores como: la importancia de consumir el medicamento, la perspectiva de gravedad de la enfermedad, credibilidad en el tratamiento y su eficacia y la aceptación individual de los cambios recomendados.

Silva et al., (2005) mencionan que la no adherencia no solo depende de el paciente, sino que es una interacción de la relación médico-paciente-sistema de salud. La adherencia va a depender de la percepción que tenga el paciente en todos estos ámbitos, es decir de la confianza que infunde el médico, el trato que recibió en la clínica a la que asistió, la explicación que se le haya brindado, la atención, entre muchas otras variables.

Cuando se habla de la adherencia a un tratamiento dental Ríos, Herrera y Rojas (2014), mencionan que hay un factor principal que afecta la adherencia a su tratamiento dental y a las conductas de salud y de higiene bucal, este fenómeno se conoce como “ansiedad dental”. La ansiedad dental va a dificultar la búsqueda de ayuda de especialistas dentales por experiencias previamente negativas; se refiere a una percepción subjetiva que tiene el paciente sobre los tratamientos y atención dental. Los pacientes que presentan este tipo de ansiedad se verán mucho más renuentes a aceptar diagnósticos y tratamientos dentales; debido a esto el odontólogo debe ser capaz de detectar este síntoma para poder encontrar las mejores formas de acercarse al paciente y buscar su bienestar.

El fenómeno de “ansiedad dental” ocurre con varios pacientes en Clínica del Dolor, esto debido a que muchos de ellos han vivido un proceso largo para llegar hasta esta Clínica, tras varios especialistas que no pudieron encontrar un diagnóstico adecuado su frustración aumenta y con ello su ansiedad. De igual forma, el proceso para llegar a Clínica del Dolor únicamente en Facultad de Odontología es bastante largo, e inclusive tedioso al tener que asistir a varias clínicas sin recibir un tratamiento para el dolor que viven. Es por ello que muchos de ellos son demandantes con los odontólogos y estos al no saber manejar o responder ante estas demandas ocasiona que los pacientes desconfíen de ellos y de su tratamiento.

## **FACTORES QUE DIFICULTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Hay una diversidad de factores que conllevan a la no adherencia al tratamiento, en esto van a influir condiciones del paciente, del sistema de salud y del médico que brinda el tratamiento. Silva et al., (2013) agrupan cuatro factores principales que llevan a una no adherencia:

### **Factores del paciente**

- **Deterioro sensorial:** Todas las limitaciones que conlleva la enfermedad, ya sea dificultad para hablar, para escuchar, etc.

- **Deterioro cognoscitivo y estados de ánimo alterados:** Conllevan a que el procesamiento de la información se vea alterado. Esto ocasiona que el paciente omita información relevante, la modifique de acuerdo a creencias personales, que el aprendizaje del tratamiento sea inadecuado, etc.
- **Aspectos de la enfermedad:** Dependiendo de las características de la enfermedad se facilita la adherencia al tratamiento o se dificulta. Cuando la sintomatología que presenta no es tan intensa o no interfiere con la vida cotidiana, es mucho más difícil que el paciente modifique su comportamiento por el tratamiento.

Nuestro ejemplo en Clínica del Dolor es claro, los pacientes tienen un pensamiento catastrofista al llegar a su tratamiento, es por ello que no se involucran tan activamente debido a que piensan que por más que hagan su dolor e incomodidad no va a desaparecer. De igual forma, las limitaciones que los TTM ocasionan causan diferentes malestares emocionales por lo que sumado a su enorme frustración, es muy complicado que pueda llevar a cabo las diferentes actividades del tratamiento.

### **Factores ambientales**

El contexto en el que se desarrolla la vida del paciente influye no solo en su forma de concebir la enfermedad, sino también en la aceptación que se tiene del medicamento. Las personas que viven con alguien que cuida de su salud, tienen mayores probabilidades de seguir su tratamiento; mientras que las personas que viven solas se adhieren muy poco a él, pues no tienen una fuente de apoyo para ello.

En su mayoría, las personas que asisten a Clínica del Dolor son personas mayores de 50 años y por diferentes razones no cuentan con alguna persona que se preocupe por su salud, es por esto que no cuentan con un apoyo de tercero o de algún cuidador primario que pueda apoyarles a realizar los ejercicios y cuidados pertinentes en el tratamiento de los TTM. Inclusive algunas pacientes comentan que su asistencia a la clínica es un secreto, debido a esto no pueden mencionar o hacer nada de su tratamiento frente a su familia.

## **Factor asociado al medicamento/tratamiento**

La adherencia al tratamiento se facilita cuando este es corto y simple, entre más complejo y prolongado es más difícil que la persona realice cambios para seguirlo completamente. De igual forma se contempla la influencia que el seguir el tratamiento tendrá en la vida cotidiana de la persona, es decir, si tendrá que dejar algunas de sus actividades para realizar los ejercicios del tratamiento, si tendrá que renunciar a ciertos alimentos, etc. Estos costos van a ser un factor decisivo para el paciente, ya que realizará un balance decisional para elegir entre seguir con su vida a pesar del malestar o si seguir un tratamiento, aunque implique renunciaciones de su estilo de vida.

Una de las complicaciones en el tratamiento que se brinda en la clínica es que consiste en realizar muchos ejercicios durante periodos prolongados de tiempo; a su vez la explicación de todos estos ejercicios se realiza en un grupo y en menos de 30 minutos, por ello los pacientes pueden verse intimidados para poder realizar sus preguntas e inclusive es completamente impersonal ya que los odontólogos no se dedican por completo a cada uno de ellos. Es decir, las explicaciones generales, rápidas y confusas dificultan la completa comprensión del tratamiento ocasionando que los pacientes realicen de forma inadecuada los ejercicios o no los realicen.

## **Factores de interacción médico paciente**

La relación que establece el médico con el paciente es una clave importante para lograr la adherencia al tratamiento; si el profesional de la salud no tiene una capacidad adecuada para comunicarse con su paciente, explicar su diagnóstico, las instrucciones de ejercicios, las ventajas del tratamiento, etc. De igual forma si la actitud del médico no es la adecuada para generar confianza en su paciente, ocasionará que este no tenga la confianza de hacer preguntas o de comentar temas que juegan un papel relevante en el tratamiento y en el cumplimiento de este.

Otro de los factores principales que puede generar problemas en esta relación es el tiempo, cuando el médico brinda la atención y tiempo necesarios para atender de una forma adecuada a su paciente, este se siente escuchado y comprendido por el especialista en salud; sin embargo, cuando la atención es rápida y sin prestar demasiada atención, el paciente percibe

una falta de interés por parte de su médico y se generan problemas en la adherencia al tratamiento.

Finalmente, este es uno de los factores que más se ve afectado en Clínica del Dolor, al no contar con un espacio único y compartir el ambiente de trabajo con otras clínicas ocasiona que el paciente no se sienta cómodo al manejar ciertos temas con los odontólogos que lo atienden. Inclusive en mi experiencia puedo decir que en ocasiones tanto ruido en el ambiente generaba en los pacientes enojo y frustración pues preferían un espacio tranquilo y silencioso. Como se mencionó en el punto anterior, las explicaciones de los odontólogos en ocasiones no es lo suficientemente clara y esto es debido a que ellos mismos no entienden los ejercicios, sobre todo los de respiración y relajación, por ello los mismos pacientes no entienden y no realizan esos ejercicios que son fundamentales.

Por otra parte, debido a las altas demandas que tiene la clínica, los odontólogos deben atender rápidamente a los pacientes, por esta razón mucha información no se dice ocasionando que quede incompleta la atención y el paciente con una sensación de desinterés por parte del especialista.

Los especialistas y las clínicas de salud deben tener en cuenta estos factores para poder establecer no solo una buena relación entre el especialista y su paciente; sino también para poder tener más pacientes activos en cuanto a sus seguimientos y poder percibir mejoras en ellos. Esto es importante sobre todo en clínicas de investigación como lo es la clínica de dolor crónico; es relevante que los pacientes generen una adherencia a su tratamiento y al cumplimiento de sus citas para poder tener un mayor control en la eficacia de su tratamiento, y, de ser necesario, generar los cambios pertinentes para que los pacientes puedan mejorar.

## **ANSIEDAD DENTAL**

La ansiedad dental es un fenómeno poco estudiado, pero que juega un papel de gran relevancia en el trato odontólogo-paciente y en el proceso del tratamiento que se brinda. Este fenómeno repercute no solo en la asistencia a consulta; sino también repercute en la salud bucal del paciente dificultando o impidiendo una higiene adecuada, ocasionando caries sin tratamiento o problemas inclusive más graves tras la poca atención que se recibe (Ríos et al., 2014; Cázares, Montoya & Quiroja, 2015).

Los pacientes que acuden a una asistencia odontológica y presentan ansiedad dental se presentan poco colaboradores, ya que han asociado la asistencia a una consulta odontológica con experiencias de sufrimiento, de dolor y como una situación amenazante a su bienestar; esto puede deberse a experiencias previas negativas, o por creencias infundadas que su entorno le ha dado.

Es muy común que los odontólogos se encuentren con pacientes que presentan ansiedad dental al asistir a sus consultas. Si a este fenómeno agregamos el hecho de que los odontólogos pueden estar experimentando frustración, ya sea por cuestiones de su trabajo o del tratamiento y la poca colaboración del paciente, se verá directamente afectada la adherencia que el paciente tenga a este tratamiento odontológico. Es por ello que el especialista debe mostrarse abierto a resolver cualquier tipo de duda que pueda tener el paciente acerca de los procedimientos a seguir (Sharif, 2010; en: Ríos et al., 2013).

Los odontólogos deben tener la sensibilidad para tener una buena comunicación con su paciente, no solo para tener una historia médica completa donde se incluyan posibles factores psicológicos que influyen en su tratamiento; sino también que a través de buenos canales de comunicación, el paciente tenga la confianza de comentar con el odontólogo sus preocupaciones o dudas por el tratamiento y el proceso de este, así como quejas en su vida cotidiana que puedan estar generando el dolor dental, por ejemplo, ansiedad.

## **HABILIDADES EMPÁTICAS EN LOS ODONTÓLOGOS**

El término empatía lo conocemos por ser el “ponerse en los zapatos del otro”; sin embargo, esto va más allá. Eisenberg y Strayer (1992) mencionan que la empatía es una reacción afectiva donde van a ocurrir respuestas específicas que son indicadoras del estado afectivo de la otra persona con la que convivimos. Donde se van a despertar sentimientos de preocupación y comprensión por lo que el otro está viviendo y experimentando.

En el área de salud se espera que los especialistas tengan la capacidad de comprender lo que el paciente está viviendo para apoyar en la experiencia de sufrimiento y preocupación. Cuando se está ofreciendo un tratamiento a una enfermedad, el especialista debe ser capaz de ponerse en el lugar de los pacientes para poder brindar una atención y sobre toda una explicación del proceso de enfermedad y de tratamiento con un lenguaje entendible y con la información

suficiente para generar menor preocupación y menor ansiedad en el paciente al tener una explicación completa. El médico debe de ser empático para poder detectar las necesidades expresadas y ocultas de la persona que nos solicita la ayuda para poder satisfacerlo en la atención brindada (Plattner, 2016).

Díaz (2009) en su investigación en las clínicas periféricas de la Facultad de Odontología, UNAM analizó las habilidades empáticas de los estudiantes en el trato con los pacientes; encontró que uno de los factores que dificulta la capacidad de trato hacia los pacientes se debe a que a lo largo de la carrera de cirujano dentista, los alumnos no reciben una educación sobre el trato hacia los pacientes con un valor humano, se enfocan en lo teórico y en materias técnicas. Menciona que las demandas en dichas clínicas son cuantitativa y no cualitativa, lo que lleva a que los pacientes no tengan un trato personalizado en su tratamiento.

En la Clínica del Dolor a pesar de que no se les pide a los prestadores de Servicio Social resultados cuantitativos, la demanda que tiene la clínica ocasiona que el trato sea neutral, además de rápido; sin embargo, varios de los odontólogos muestran un interés por hacer sentir cómodo al paciente y poder brindarle un mejor servicio, a pesar de estos deseos, los odontólogos se frustran porque no encuentran estrategias que les faciliten este mejor trato.

A pesar del poco tiempo que los odontólogos pueden tener para la atención de sus pacientes, existen ciertas medidas que pueden tomarse para ayudar a que este genere confianza en su odontólogo y en el tratamiento que brinda, disminuyendo los niveles de ansiedad que puede tener. Entre ellos es: siempre dirigirse al paciente por su nombre y no con un término neutro como “señor o señora”, el especialista debe mostrar un interés por la asistencia y por el seguimiento del paciente, de esta forma sentirá el interés por su bienestar ocasionando una adherencia a su tratamiento mucho más fuerte. Debe estar dispuesto a resolver cualquier tipo de duda que pueda tener el paciente en el proceso y brindar explicaciones sin tecnicismos, este vocabulario debe adaptarse a las características del paciente para que este comprenda lo que sucede y lo que va a suceder. Para que de esta forma el paciente pueda sentir que su trato es personalizado y sobre todo que su especialista tiene un gran interés por su bienestar.

Los odontólogos al no contar con una formación de trato humanitario y personalizado ocasiona que los pacientes tengan dificultades en establecer una buena adherencia al tratamiento, es por ello que sus seguimientos en ocasiones son escasos y no pueden realizar una evaluación de

efectividad de ellos. Por estas razones el poder acercar a los odontólogos en formación a un trato más humanitario y empático puede resultar beneficioso no solo para su trato con los pacientes, sino para lograr un mayor conocimiento de efectividad de tratamientos y de sus procesos.

### 3. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

El servicio social se realizó durante el periodo del 18 de septiembre de 2018 al 18 de junio del 2019. Las actividades que realicé durante este tiempo fueron las siguientes: entrevistas iniciales y clínicas a pacientes con trastornos temporomandibulares o dolor orofacial, aplicación de la prueba MMPI-2, análisis de datos obtenidos de la prueba y dinámicas de grupo con los odontólogos.

La canalización de los pacientes en la Clínica del Dolor al apoyo psicológico es a través de distintas vías. Entre ellas se encuentran:

- **A través del diagnóstico elaborado por los odontólogos:** Cuando un paciente ingresa a clínica del dolor debe llenar distintos cuestionarios que miden la incapacidad del dolor que presenta, las limitaciones que este conlleva. Así como también un cuestionario elaborado en la misma clínica que mide niveles de somatización, depresión y ansiedad, estos se encuentran en tres niveles “normal”, “moderado” y “severo”. Tras la elaboración completa del diagnóstico al detectar niveles moderados o severos, los pacientes reciben una hoja de datos para la solicitud del apoyo psicológico.
- **El paciente mismo lo solicita al comentar el apoyo:** En varias ocasiones los mismos pacientes al saber que la clínica contaba con un apoyo psicológico solicitaban la cita debido a que tenían distintas cuestiones que les gustaría tratar del ámbito psicológico.
- **Solicitud de un familiar:** Esto en su mayoría sucedía con los pacientes menores de edad, los padres que acompañaban a sus hijos solicitaban el apoyo psicológico con el fin de que los menores recibieran un tratamiento completo para su bienestar.

Los pacientes se enteraban de la existencia del apoyo psicológico cuando los odontólogos explicaban el proceso de su tratamiento; esto permitía que se pudiera explicar la relevancia de los elementos psicológicos en el mantenimiento y desarrollo de los trastornos temporomandibulares, y así crear en los pacientes confianza para solicitar el apoyo. Para facilitar la solicitud de apoyo psicológico, elaboré una hoja de datos para que los odontólogos entregaran a los pacientes que necesitaban o que solicitaban el servicio; esto con el fin de que el apoyo llegara a muchos más pacientes y que se pudiera llevar un conteo de los pacientes

que recibían un tratamiento con ambas ramas. En la Tabla 1 se presenta la hoja de datos que las psicólogas recibíamos para ingresar a un paciente al apoyo psicológico.

Tabla 1. Hoja de datos para solicitud de apoyo psicológico.

<b>Ficha de identificación</b>	
<b>Motivo de consulta</b>	
<b>¿Cómo es la comunicación que tiene con el doctor que lo atiende?</b>	
<b>¿Hay algo que lo incomode de su doctor?</b>	
<b>¿Qué mejoraría de su odontólogo?</b>	
<b>¿Usted cree que el odontólogo comprende su dolor?</b>	
<b>¿Cómo le gustaría ser atendido?</b>	

Este esquema se realizó con el fin de detectar dificultades en la comunicación paciente-odontólogo y para verificar que no existieran dudas por parte del paciente acerca de su tratamiento y sobre todo de la influencia psicológica en su condición; en dado caso de que el paciente tuviera dudas se aclaraban en la primera entrevista.

Al concertar la cita para la primera entrevista se indagaba sobre diferentes temas, debido a cuestiones de tiempo y espacio, esta se llevaba a cabo en dos o tres sesiones, dependiendo de las características de los pacientes. Los temas que se manejaban en esta son:

- Motivo de consulta
- Antecedentes directos al motivo de consulta
- Antecedentes personales y familiares
- Intentos de solución
- Actividades diarias
- Ciclo sueño-vigilia
- Antecedentes escolares
- Antecedentes laborales
- Antecedentes sociales y de pareja

- Relaciones previas con médicos y tratamientos

Debido a que las entrevistas se realizaban en el mismo lugar del tratamiento odontológico, el tiempo que se tenía con cada paciente era aproximadamente de 30 a 40 minutos. Por esta razón la entrevista inicial se dividía en dos o tres sesiones dependiendo de la necesidad de desahogo que mostraba el paciente.

Durante mi estadía en la clínica del dolor, recibí 35 solicitudes de apoyo psicológico; sin embargo, a la primera entrevista solo acudieron 25 pacientes, estos se consideraban activos tanto en el tratamiento odontológico como en el apoyo psicológico al asistir regularmente. Es importante mencionar que 10 pacientes dejaron de presentarse; de igual forma dejaron de asistir a su tratamiento odontológico aproximadamente después de la segunda cita, donde la mayoría reportó una disminución significativa de sus molestias y el dolor.

Los motivos de consulta desde un ámbito psicológico que se repetían con frecuencia son los siguientes:

- Muerte de pareja o un familiar cercano
- Problemas maritales
- Problemas económicos
- Problemas en el trabajo
- Aparición de síntomas de menopausia

En la “Tabla 2” se presenta el número de pacientes que atendí y su rango de edad. En ella se puede observar que los pacientes que más solicitan el apoyo psicológico son los mayores a 46 años hasta los 75 años. Es importante mencionar que todas mis pacientes fueron mujeres, dos hombres solicitaron el apoyo, pero no se presentaron.

*Tabla 2. Total de pacientes atendidos durante el Servicio Social.*

<b>Población</b>	<b>Mujeres</b>
<b>0-15 años</b>	1
<b>16-30 años</b>	3
<b>31-45 años</b>	3
<b>46-60 años</b>	9

<b>61-75 años</b>	8
<b>76 en adelante</b>	1
<b>TOTAL</b>	25

Las citas con los pacientes se igualaban con las citas al tratamiento odontológico para no dificultarlos en su vida laboral y social, pues varios de ellos encontraban complicaciones para asistir a la clínica. Las citas se daban cada 15 días para mayor facilidad tanto en el tratamiento odontológico como para el paciente. Si la persona accedía y no resultaba un problema, en el ámbito psicológico se le citaba cada semana.

Tras haber obtenido todos los datos previamente mencionados y contar con una historia clínica con los suficientes datos, se establecía con el paciente una cita para la aplicación del MMPI-2. Se les mencionaba a los pacientes que esta prueba requería de al menos tres horas por lo que se pedía un día que tuviera el tiempo suficiente para contestarla. En la mayoría de los casos los pacientes mostraban agotamiento y solicitaban responder la prueba otro día, con ello se buscaba que el paciente fuera al día siguiente o, en el mínimo de los casos, dos días después para continuar y evitar el sesgo que esto pudiera traer.

Una vez que los pacientes finalizaban la prueba, se solicitaba una semana para su calificación y su interpretación. En esta semana se pedía a los pacientes que realizaran un diario acerca de sus actividades dando énfasis en los momentos en los que experimentaban una intensidad de dolor mayor y en los momentos de realizar la terapia odontológica.

Al entregar los resultados se les explicaba a los pacientes las escalas que obtuvieron puntuaciones más altas y relevantes para concentrar el apoyo en ellas. De igual forma, se verificaba la validez del perfil y se les comentaba el tiempo válido de duración de la prueba. Se aclaraban dudas que se pudieran tener y se brindaban ejercicios previamente estructurados para cada uno de los pacientes tomando como base los resultados obtenidos en el MMPI-2.

No se pudo aplicar a todos los pacientes a los que atendí la prueba, ya que como se mencionó previamente esto se debió a que, tras las semanas de las entrevistas, los pacientes comenzaron a notar cambios benéficos y la desaparición del dolor que los llevó a la clínica, debido a ello varios decidieron ya no asistir a su tratamiento. Otros decidieron dejarlo para tener tiempo para

atenderse diversas condiciones odontológicas, algunos otros por no tener tiempo ni recursos suficientes para asistir a la clínica con regularidad, por mencionar algunas.

En total se aplicaron 21 MMPI-2, tres de ellos se aplicaron a los odontólogos que realizaron su servicio social en la clínica; 18 de ellos se aplicaron a los pacientes; sin embargo, cuatro de ellos se invalidaron con las escalas correspondientes, esto pudo verse influenciado por la asistencia inconstante de estos pacientes. Es por ello que, se presentarán los resultados de las 14 pruebas que cuentan con los criterios de validez suficientes.

Se decidió no reportar cuatro pruebas debido a que las puntuaciones de las escalas INVAR (inconsistencia en la respuesta variable) e INVER (inconsistencia en la respuesta verdadero), en los cuatro perfiles ambas escalas obtuvieron puntajes mayores a 85. De igual forma, las escalas F (Infrecuencia) y Fp (posterior) las puntuaciones que se obtuvieron superaban los 90 puntos; esta infrecuencia en las respuestas puede deberse a las condiciones donde se contestaron los cuestionarios y también a la inconsistencia en la asistencia a la clínica, ya que en dos casos, los pacientes se presentaron una semana después de haber iniciado la prueba.

### 3.1 RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados más destacados en las diferentes escalas del MMPI-2 son:

En cuanto a las escalas clínicas, en la “Tabla 3” se muestra que las escalas que obtuvieron puntuaciones más elevadas en los pacientes son la escala 2 “Depresión” que habla de sentimientos de tristeza, desesperanza, pesimismo con la posible presentación de quejas somáticas, preocupación y tensión, etc. Y la escala 1 “Hipocondriasis” midiendo una gran preocupación por la salud con presencia de quejas somáticas y una intensa preocupación corporal. Observamos que los grupos de edad más afectados con estas escalas son los mayores a 46.

Tabla 3. Escalas clínicas >65

Edad/Escala	Hs 1	D 2	Hi 3	Dp 4	Mf 5	Pa 6	Pt 7	Es 8	Ma 9	Is 0	Total
16-30											1
31-45		1									2
46-60	4	4	4	1		1	3	2		3	7
61-75	3	3	1	1		1	2	2	1		4

<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	5	2	2	5	4	1	3	14
--------------	----------	----------	---	---	---	---	---	---	---	----

En la “Tabla 4” encontramos que la escala de contenido que se observa en todos los grupos de edad es ISO “Incomodidad Social”, es decir, una de las características principales de los pacientes es la introversión y aislamiento, personas sensibles a la crítica y emocionalmente distantes; esta es una característica importante para considerar debido a que esto dificulta la adherencia al tratamiento al no tener personas que apoyen el seguimiento de este, o inclusive una fuente de apoyo para enfrentar los problemas a los que el paciente se puede enfrentar día con día.

Tabla 4. Escalas de Contenido >65

Edad/Escala	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR	Total
<b>16-30</b>												1				1
<b>31-45</b>					1							1				2
<b>46-60</b>	1	1	1	2	3		1			1	3	2	1	3	2	7
<b>61-75</b>	2	1	1	2	1	1	1			1	3	2	2	1	1	4
<b>Total</b>	3	2	2	4	5	1	2			2	6	6	3	4	3	14

En la “Tabla 5” se puede observar que la escala que casi todos los pacientes presentaron con puntuaciones elevadas es la del Rol Femenino, donde las pacientes se describen como realizadoras de actividades femeninas estereotipadas, además de una sensibilidad excesiva; esto también coincide con las ideas de que las mujeres son quienes más aceptan su dolor y por ello se ven en la necesidad de pedir ayuda a los especialistas en salud. Es importante mencionar que la escala Fyo “Fuerza del Yo” en 12 pacientes se encontró con puntajes menores a 45, por lo que podemos entender que otra característica de los pacientes es que no cuentan con los recursos psicológicos suficientes o funcionales para afrontar sus problemáticas. También esta escala se debe considerar para apoyar la efectividad del tratamiento.

Tabla 5. Escalas Suplementarias >65.

E/E	AGG R	PSY C	DIS C	NEG E	INT R	A	R	Fy o	D o	R s	Dp r	EP K	D M	H o	H R	A- MA C	R A	PP A	G M	G F	Tot al		
16-30										1											1	1	
31-45							1				1					1						2	2
46-60		1		2	2	2	3		1	1	3	1	2				1	1	2	7	7	7	
61-75	1			1	2	1	1		1		2	1	1							1	3	4	
Tot al	1	1		3	4	3	5		2	3	5	2	3		1		1	1	3	13	14	14	

Finalmente, en la “Tabla 6” a pesar de que no es significativo, las escalas reestructuradas que tuvieron mayor presencia en los diferentes grupos de edad es CR1 “Quejas somáticas”, es decir, preocupaciones excesivas por el bienestar corporal, fatiga, debilidad, entre otros. Y la escala CR2 “Disminución de emociones positivas”, esto quiere decir que los pacientes se encuentran en riesgo de padecer depresión. Estos resultados coinciden con lo que se presentaron en las escalas clínicas *Hs* y *D* (véase Tabla 3).

Tabla 6. Escalas clínicas reestructuradas >65.

Escala/Edad	CRd	CR1	CR2	CR3	CR4	CR6	CR7	CR8	CR9	Total
16-30										1
31-45		1	1							2
46-60	2	3	2		1	1	1			7
61-75	2	2	3			1	2	1		4
Total	4	6	6		1	2	3	1		14

Con esto podemos entender que los trastornos que predominan en las personas que acuden en clínica del dolor son la depresión, la somatización y la ansiedad que se genera debido a

excesivas preocupaciones de salud y a la poca percepción de recursos para afrontar los problemas que se les pueden llegar a presentar en su vida diaria.

Es importante mencionar que esta no era la única prueba que se aplicaba, en la mayoría de los casos se complementaron estos resultados con la aplicación de pruebas proyectivas para contar con más elementos para trabajar con los pacientes. Entre ellas se aplicaban Figura Humana, Persona Bajo la Lluvia y Familia. Los resultados de estas presentaron en general un trazo muy marcado, lo que reflejaba tensión y la ausencia de recursos para afrontar sus problemas.

En cuanto a los resultados que se obtuvieron en las pruebas aplicados a los odontólogos no se obtuvieron resultados significativos en ninguna de las distintas escalas. Solo podría considerarse que en todos se obtuvo una puntuación >65 en la escala clínica 1 “Hipocondriasis” que demuestra una gran preocupación por temas de salud, esto puede deberse al contacto constante con situaciones de salud y el conocimiento de los riesgos que tienen de padecer alguna enfermedad.

Los resultados del MMPI-2 se entregaron a los pacientes de forma privada dando un resumen de las escalas más significativas. Con base en ellos previamente se elaboraron ejercicios para manejar niveles de ansiedad, somatización, depresión y distintos conflictos que se hayan mencionado en las entrevistas.

Los ejercicios que se otorgaron en general a los pacientes son:

- **Respiración diafragmática:** Los pacientes en general mencionaron sufrir de periodos de ansiedad ya sea en el trabajo, al momento de experimentar dolor, en la escuela, entre otras condiciones. Es por lo que, al finalizar la entrega de resultados y las entrevistas clínicas posteriores, se realizaban ejercicios de respiración diafragmática para que pudieran comprender cómo realizarlo; de igual manera, se dejaba estos ejercicios para realizarlos en casa y durante su terapia odontológica para beneficiarlos en situaciones de dolor.
- **Relajación progresiva:** Este ejercicio se incluye en el tratamiento odontológico, sin embargo, muchos pacientes no lograban entender cómo realizarlo. Por ello, igual que la respiración, se llevaban a cabo ejercicios durante las sesiones para practicarlo con los

pacientes y así entrenarlos para realizarlos en casa. Este consistía en pensar en calentar cada parte del cuerpo desde los pies hasta la cabeza, esto con el fin de generar tensión en un inicio y posteriormente relajarse. Era importante hacer énfasis en la cabeza y pecho debido a que ahí se concentraban los dolores que presentaban los pacientes.

- **Diario de emociones:** Se pedía a los pacientes que realizaran un diario dando énfasis a sus emociones, en especial a las que provocaban mayor intensidad de dolor o algún otro síntoma. Se solicitaba que anotaran la emoción, lo que sucedió con anterioridad y la forma en la que reaccionaron y lo que hicieron posteriormente. Esto con el fin de que el paciente pudiera detectar las emociones que más lo afectan en su enfermedad y pudiera encontrar formas funcionales de enfrentarlo al llevarlo al apoyo psicológico y razonarlo.
- **Ejercicio de duelo:** Debido a que distintos pacientes presentaban características de un duelo no superado, se dio un ejercicio de duelo propuesto por Grau, García, & Vargas (2013); este constaba de 9 frases incompletas para que el paciente hiciera una lista de características dependiendo la frase, y con estas posteriormente escribir una carta a la persona fallecida. Esto con el fin de facilitar el proceso acompañado del apoyo y soporte emocional en las sesiones de psicología.
- **Elaboración de horarios:** Esto se realizó debido a que muchos pacientes comentaban que, debido a su apretada agenda, no podían realizar todos los ejercicios de la terapia odontológica de forma regular. Es por ello que se pedía a los pacientes que realizaran un horario que le permitiera seguir de forma constante su tratamiento sin interferir con sus actividades cotidianas y asegurarse de tener un tiempo adecuado de descanso y de actividades recreativas; este lo realizaba el paciente con ayuda del apoyo psicológico.

Estos son ejemplos de algunos ejercicios que se realizaban en el seguimiento de los pacientes, cada uno se adecuaba a las necesidades de ellos, además de complementar con otros acorde a las necesidades que presentaban.

Para realizar el cierre con los pacientes se veían los cambios a través de sus diarios de emociones y las formas de afrontamiento que modificaron. Normalmente esto era tres o cuatro citas después de haber entregado los resultados de sus pruebas. Para ello se solicitaba que para la sesión de cierre los pacientes elaboraran una reflexión acerca de lo aprendido durante el apoyo y los cambios que detectaron. No se entregaba un formato ya que se solicitaba que lo

realizaran a su gusto; varios realizaron cartas a su yo del pasado, otros escribieron por puntos los cambios que realizaron, e inclusive en su mayoría escribieron metas de corto y mediano plazo.

Los expedientes de cada paciente se quedaron en la Clínica del Dolor acompañado de una breve descripción de los resultados de la prueba y del trabajo realizado a lo largo del apoyo psicológico; esto con el fin de que si un paciente sufría de alguna recaída el psicólogo que atendiera en ese momento conociera la historia y el trabajo que se realizó previamente y así dar una continuidad con toda la información.

### **3.2 TRABAJO REALIZADO CON LOS ODONTÓLOGOS**

En mi tiempo realizando el Servicio Social en Clínica del Dolor, se presentaron algunos conflictos entre los odontólogos prestadores del servicio. Esto generó dificultades en el trato con sus pacientes y en el trabajo en equipo que se realizaba en la Clínica, es por ello que se realizaron actividades de grupo, sobre todo de escucha empática, para resolver los conflictos que existían entre ellos.

De igual forma, realicé un cuadro de distribución de tareas y recompensa para que los odontólogos lo siguieran en la realización de actividades de la clínica, y así si cumplían con las actividades marcadas en el cuadro recibían una pequeña recompensa. De esta forma se reforzaba el cumplimiento de las tareas, debido a que los conflictos existían por una distribución inequitativa de trabajo, y sobre todo se reforzaba el trabajo en equipo.

Otra actividad que se realizó con los odontólogos fue apoyar en la modificación de los instrumentos de medición del Eje II de los Trastornos Temporomandibulares, es decir, modificación en el instrumento que medía los niveles de somatización, depresión y ansiedad en los pacientes, pues la forma en la que estaban acomodados los reactivos producía un sesgo muy marcado en los resultados. Es importante mencionar que este instrumento se comenzará a aplicar en enero del 2020.

### **3.3 COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS**

Con las actividades que realicé y mi experiencia no solo al atender a pacientes en un escenario completamente nuevo, sino también al compartir experiencias con otros profesionales de la salud desarrollé distintas competencias profesionales, además de abrir un panorama

completamente desconocido ante problemas que nos podemos enfrentar los profesionales de la salud en la atención a pacientes que tienen una condición crítica al experimentar un dolor crónico. Entre estas competencias se encuentran:

- **Escucha activa:** En un principio esto me resultó un poco complicado debido al ambiente en donde se llevaban a cabo las entrevistas con los pacientes, ya que la existencia de ruido debido a la atención de la clínica me dificultaba concentrarme completamente en el paciente. Sin embargo, tras algunas entrevistas noté un cambio donde podía inhibir el ruido de la clínica y concentrarme en escuchar lo que el paciente decía, además de poder detectar en su discurso sentimientos que se le dificultaban exteriorizar. Una de las herramientas que más utilizaba para poder comprender era el parafraseo, al llevarlo a cabo fue algo que me ayudó para que los pacientes pudieran notar el interés para ayudarlo; de esta forma la confianza que ellos expresaban tenerme era cada vez mayor. En un inicio del Servicio Social, puedo decir que mi atención estaba dividida lo que dificultaba esta comunicación; sin embargo, con la práctica y la realización cada vez mayor de entrevistas, pude concentrarme completamente en lo que los pacientes me decían y poner atención en aquello que no expresaban o que se les dificultaba expresar, lo que resultó benéfico al momento de realizar los diagnósticos.
- **Elaboración de historias clínicas:** Cuando realizaba entrevistas clínicas para distintas materias, al momento de conjuntar la información, me daba cuenta de que faltaban ciertos aspectos por explorar. Realizar el servicio social, me permitió poder organizar mis ideas y elaborar formatos que me facilitarían la indagación de los aspectos necesarios para poder conocer verdaderamente la historia del paciente. Al llegar a la clínica, los odontólogos me daban los documentos con los que ellos elaboraban la historia clínica del paciente; sin embargo, al leerlos me daba cuenta de que hacía falta mucha información, así que decidí desde un inicio tener a la mano un formato con las cuestiones básicas como enfermedades personales y hereditarias, tratamientos previos, intentos de solución, etc. Además de los aspectos que se indagaban en la clínica agregué otros ámbitos como ciclo sueño-vigilia, familiogramas, relaciones previas con sus médicos y odontólogos, historia laboral, historia escolar en caso de estudiantes, etc.

- **Aplicación de pruebas psicológicas:** En las primeras aplicaciones, los pacientes tenían muchas dudas ya que yo no me expresaba de forma correcta al momento de dar las instrucciones; conforme pasó el tiempo, fue mucho más fácil poder expresar al paciente lo que se solicitaba, ya sea en la aplicación del MMPI-2 o en la aplicación de las pruebas proyectivas. De igual forma, a pesar de que en mi formación había aplicado distintas pruebas, en esta ocasión me enfrenté a la aplicación a más personas donde podían surgir distintas dudas y diferentes conflictos, es por ello que, pude desarrollar distintas formas de enfrentar estas complicaciones que podían surgir, como no entender reactivos, cansancio, negación a contestar, entre otros.
- **Calificación e interpretación de pruebas:** Con las primeras pruebas, el tiempo que invertía en su calificación y sobre todo en su interpretación era mucho y a mi parecer las interpretaciones eran bastante reducidas. Conforme pasó el tiempo y con la asesoría del Doctor Jorge Pérez, pude desarrollar estrategias que me facilitaban la calificación y poder invertir más tiempo en elaborar una interpretación mucho más completa conjuntando no solo los resultados obtenidos, sino tomando en cuenta la historia clínica previamente elaborada; así como también información relevante de las entrevistas. Esto a su vez facilitaba la elaboración de diagnósticos más completos.
- **Elaboración de diagnósticos:** Si bien siempre se le preguntaba al Doctor Pérez acerca del diagnóstico acertado, conforme pasaba el tiempo al tener historias clínicas más completas, interpretaciones de pruebas más elaboradas, se tenían más elementos para justificar los diagnósticos que se daban. De igual forma, era un poco más sencillo encontrar los elementos principales para dar el diagnóstico pues antes se tenía que buscar punto por punto, y pasado el tiempo al leer ciertas características o encontrar ciertos elementos en las pruebas, desde que se tenía un primer contacto con ellos se podía ir pensando en un diagnóstico para finalmente encontrar un diagnóstico diferencial adecuado y justificado.
- **Comunicación de resultados:** Debo decir que esta es una de las competencias que más trabajo me costó desarrollar, y aún pienso que debo practicarla ya que en inicio

empleaba demasiados tecnicismos lo que dificultaba la comprensión del paciente; además de sentir que no decía la información completa, pues de tantos elementos que se debían comentar con el paciente tenía un desorden de ideas al momento de comunicárselas. Es por ello que previamente a la sesión de comunicar resultados, realizaba una tabla con los elementos más importantes a comentar para poder ir desarrollando y acomodando las ideas y poder organizar un discurso entendible para las características del paciente que atendía. Así si el paciente tenía alguna duda que debía ser aclarada en el momento, tenía un esquema guía para no olvidar los puntos que faltaban. A pesar de que creo mejoré en esto con el paso del tiempo, pienso que requiero de más práctica para perfeccionar esta competencia.

- **Integración de informes:** Debido a que la clínica requiere tener los perfiles completos de los pacientes, se me pidió desarrollar informes para que estos se quedaran en la historia clínica del paciente. Al comienzo estas integraciones eran demasiado largas y con información que no era tan relevante en cuanto al tratamiento recibido por el paciente; conforme fui practicando, los informes se hacían un poco más pequeños, pero con información que realmente representaba un cambio o que tenía relevancia tanto en el tratamiento odontológico como en el psicológico. De igual forma, estos mejoraron para que los odontólogos que leyeran esos reportes comprendieran qué estrategias utilizar para facilitar la comunicación con ese paciente.

Puedo decir que durante la presentación de mi Servicio Social desarrollé competencias que no poseía antes, sin embargo, creo que con la práctica y con mayor experiencia puedo ir perfeccionando y ampliando mis habilidades, pues la práctica constante de estas son las que nos permiten desenvolvemos mucho mejor en la atención con los pacientes, además de evolucionar cada vez más y de forma más adecuada y completa.

Es importante que también mencione que, a través de este Servicio Social, me di cuenta de la importancia de tener un equipo de trabajo bien establecido donde se conozcan las funciones de cada miembro, así como sus fortalezas y habilidades, pues de esta forma todos los miembros se sentirán importantes y entre todos se puede complementar la atención y el servicio que brindan. Creo que esto es de vital importancia sobre todo en un equipo de especialistas en salud, pues si en este se llegan a presentar tensiones o dificultades, los pacientes son quienes

reciben las consecuencias y esto obviamente resulta contra productivo para su salud. De igual forma, es importante tener este equipo médico que conste de diferentes profesionales de la salud, pues así se tiene la confianza de canalizar a estos pacientes a la atención que requiere sabiendo que estará en buenas manos y que la atención que reciba será adecuada y completa.

### **3.4 OBJETIVO DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL**

Crear una propuesta de taller en donde participen los odontólogos que recién ingresan al Servicio Social en la Clínica de Dolor Orofacial y Trastornos Temporomandibulares en la Facultad de Odontología UNAM con el fin de promover el desarrollo de habilidades empáticas y un mejor trato al paciente. Así como también promover el trabajo en equipo y la comprensión de la relevancia del Eje II en el diagnóstico de TTM a través de actividades recreativas que ayuden a mejorar la comunicación y comprensión de los pacientes.

## **4. PROPUESTA DE TALLER**

### **JUSTIFICACIÓN**

Para el éxito del tratamiento de los trastornos temporomandibulares es de vital importancia que los odontólogos conozcan la relevancia que los factores psicológicos tienen en su aparición y mantenimiento (Okeson, 2008). La incidencia de los TTM en la sociedad mexicana va en aumento (Espinosa, et al. 2009); sin embargo, la adherencia al tratamiento de estos trastornos es baja con base en mi experiencia en clínica del dolor, donde uno de los factores que más influyen en esto es la mala comunicación y el trato de los odontólogos hacia los pacientes.

Día con día escuchamos quejas de personas que acuden a una atención médica a clínicas de bajo costo o gratuitas, principalmente estas quejas se deben al trato “robotizado” de los especialistas. Ellos se encargan de llenar un formulario con la información básica del paciente sin prestar atención a posturas o gestos que puede tener en el momento de la consulta. Con la información obtenida el especialista busca dar un diagnóstico sin pensar en otros ámbitos que no exploró, ni ir más allá de lo cuantitativo o del llenado de formatos. Este trato distante y despersonalizado afecta al paciente, si bien el diagnóstico brindado puede ser acertado, si el especialista sensibilizara su comunicación con el paciente, este tendría una mejor comprensión de su enfermedad, además de una sensación de apoyo por parte de su médico ya que se encargo de comprender e indagar el problema que está experimentando.

Si bien es cierto que por cuestiones de tiempo el equipo médico no debe prolongar la estadía de un paciente más de lo necesario, es importante que el médico u odontólogo que atiende al paciente comprenda la relevancia de mostrar empatía por el paciente y comprensión ante el padecimiento o sufrimiento que lo aqueja. Esto no solo es a través de la observación, sino mostrando verdadero interés en la historia contada por el paciente, además de prestar atención a detalles de su historia clínica; es decir, no solo dan relevancia al llenado de formatos para el informe de la clínica, sino de igual manera dar importancia al trato empático al comunicarse con su paciente. En muchas ocasiones los pacientes guardan información relevante en su enfermedad debido a pensamientos acerca de el menosprecio a las emociones por parte de los doctores, esto deja lagunas en la historia clínica del paciente lo que dificulta que se pueda brindar un diagnóstico acertado y un tratamiento funcional.

El propósito de esta propuesta es sensibilizar y mejorar las habilidades empáticas de los odontólogos al momento del trato con un paciente que está experimentando dolor, además de una explicación general sobre la influencia de factores psicológicos en los TTM y la relevancia que tienen estos en el trato y en la adherencia que el paciente tenga a su tratamiento odontológico. De esta forma no solo se les brinda a los odontólogos herramientas para facilitar el trato con sus pacientes; también se apoya en reducir la deserción de los pacientes en los programas de dolor orofacial crónico.

## MÉTODO

### OBJETIVO GENERAL

Diseñar un taller que favorezca el desarrollo de habilidades empáticas y la sensibilización de los odontólogos que atienden a pacientes con dolor crónico.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Que los participantes desarrollen habilidades empáticas que faciliten su relación y comunicación con los pacientes que sufren de dolor crónico debido a TTM.
- Que los participantes conozcan conceptos psicológicos básicos que estén relacionados con factores que ayudan a la aparición y el mantenimiento de los TTM; así como también que, a través de estos conocimientos, encuentren la forma adecuada del trato hacia los pacientes con trastornos de ansiedad, depresión y somatización.
- Que los participantes comprendan el proceso de somatización para poder realizar un diagnóstico adecuado y brinden el mejor tratamiento al paciente.
- Que los participantes desarrollen habilidades de comunicación con su equipo de trabajo para fortalecer los lazos y el apoyo entre ellos y de esta forma mejorar el trato con los pacientes y favorecer su adherencia al tratamiento.
- Que los participantes comprendan la relevancia del trabajo multidisciplinario en el tratamiento de los TTM y fomenten la adherencia del paciente a múltiples tratamientos para su bienestar.

## PARTICIPANTES

El taller está dirigido a estudiantes o pasantes de odontología que realizan su servicio social en “Clínica del dolor oro facial y trastornos temporomandibulares de la Facultad de Odontología UNAM”.

## MATERIALES

Cuestionario pretest-postest

Laptop

Presentaciones

Proyector

Pizarrón

Plumones

Hojas blancas

Bolígrafos

Material específico de cada sesión

## ESCENARIO

Se propone que el taller se lleve a cabo en un aula acondicionada para impartir clases, ya sea en la Facultad de Psicología o en la Facultad de Odontología de la UNAM; este salón debe contar con iluminación y ventilación adecuada, un pizarrón blanco y equipo de proyección. De igual forma, es necesario que el espacio cuente con sillas de fácil movimiento para que los participantes puedan acondicionar el espacio de acuerdo con las actividades a realizar en las diferentes sesiones.

## PROCEDIMIENTO

1. Se propone realizar la convocatoria del taller a través de un cartel y trípticos que serán entregados y colocado en la Clínica del Dolor de la Facultad de Odontología UNAM; en

este se invitarán a los estudiantes o pasantes aceptado en el Servicio Social en la Clínica del Dolor.

2. En la convocatoria se explicará el lugar de la reunión, horario, características de la población a quienes se dirige el taller, vestimenta para las dinámicas y demás características.
3. Se realizará la inscripción de los participantes al taller una vez que hayan sido aceptados e inscritos en el Servicio Social de la Clínica del Dolor de la Facultad de Odontología.
4. Con los participantes reunidos, se explicará que el taller consta de 10 sesiones de una duración máxima de una hora quince minutos. Durante estas sesiones los participantes aprenderán a comunicarse con su equipo de trabajo, una autorregulación emocional, y desarrollarán habilidades y estrategias empáticas y de escucha activa. Esto se acompañará de actividades en grupo para reforzar aprendizajes y ejercicios dinámicos para fomentar el interés de los odontólogos en los temas a tratar.
5. Se aplicará un instrumento pre-test al inicio del taller.
6. Durante las sesiones se harán ejercicios en casa como diarios de emociones para favorecer la validación de sentimientos y un autoconocimiento emocional; de igual forma se realizarán tareas que favorezcan el compromiso de los odontólogos con sus pacientes y que así puedan conformar un equipo de trabajo en la Clínica del Dolor.
7. Al finalizar el taller se realizarán actividades que favorezcan la consolidación de los conocimientos aprendidos y perfeccionar las estrategias desarrolladas para el mejor trato del paciente.
8. Se aplicará el instrumento post-test en la última sesión para comparar el nivel de empatía que los odontólogos desarrollaron tras la aplicación del taller. Se elaborarán conclusiones y reflexiones sobre la aplicación y la influencia de este.

## EVALUACIÓN

Se aplicará un instrumento pre-test post-test con preguntas relacionadas a la empatía mostrada por el odontólogo durante el tratamiento de los pacientes, la comprensión de la influencia emocional en el tratamiento y enfermedad y la forma en la que maneja personalmente el trato con el paciente.

### INTRUMENTO DE EVALUACIÓN (ANEXO 1)

La escala que se aplicará como pre-test “Escala de Empatía Médica” de Jefferson, con el fin de evaluar la relevancia que dan los odontólogos al trato empático en el tratamiento con los pacientes; así como también evaluar el conocimiento de la influencia de factores emocionales en la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Para la evaluación post-test se aplicará la misma escala al finalizar la última sesión con el fin de obtener la influencia que tuvo el taller sobre los factores previamente mencionados.

### PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

1. Se aplicará el cuestionario pre-test al iniciar la primera sesión para conocer los niveles de empatía de los odontólogos durante el trato con sus pacientes.
2. Se desarrollará el taller de acuerdo con las cartas descriptivas de cada sesión
3. Se aplicará el cuestionario post-test al finalizar la última sesión para obtener los cambios en los niveles de empatía de odontólogos tras haber participado en el taller.

A continuación, se presenta en la “*Tabla 7*” los principales problemas que detecté en la atención que ofrecían los odontólogos a los pacientes en Clínica del Dolor. Tomando como base estos temas se pensaron distintas actividades para mejorar estas condiciones, disminuir la frustración que experimentan los odontólogos, conocimiento básico de los factores psicológicos relevantes en los TTM, además de la consolidación de un equipo de trabajo donde exista un apoyo por todos los integrantes y que se favorezca el desarrollo de habilidades empáticas para mejorar el trato brindado en la atención a pacientes.

Tabla 7. Problemas detectados en la atención de los estudiantes o pasantes de odontología en Clínica del Dolor.

<b>Problemas detectados en la atención de los odontólogos</b>
<b>1. No trabaja en equipo con el resto de los odontólogos</b>
<b>2. Desconoce la influencia de los factores psicológicos en el inicio y mantenimiento de los TTM</b>
<b>3. Inadecuada comunicación con el paciente</b>
<b>4. En su atención no se muestra receptivo o empático con el sufrimiento del paciente</b>
<b>5. Problemas personales influyen en el trato que les da a los pacientes</b>
<b>6. No indaga los antecedentes bucales o antecedentes de salud relevantes a su condición.</b>
<b>7. No sabe explicar diagnóstico ni los ejercicios de tratamiento</b>
<b>8. No explica las consecuencias de no seguir el tratamiento o de abandonarlo</b>
<b>9. Deslinda responsabilidades</b>
<b>10. No existe un compromiso con su equipo de trabajo ni con la Clínica del Dolor</b>

Tomando como base estos 10 principales problemas que afectan la relación odontólogo-paciente, se desarrolló la propuesta de un taller de 10 sesiones para sensibilizar a los odontólogos en cuanto a un trato empático, además de brindar información para que comprendan la relevancia de la influencia de factores psicológicos en el desarrollo y mantenimiento de Trastornos Temporomandibulares. De igual forma, se brindan diversas estrategias y herramientas para disminuir los niveles de frustración que puedan experimentar los odontólogos.

A continuación, se presenta la propuesta de las cartas descriptivas de las 10 sesiones. Se propone que el taller se dé en las primeras semanas en las que los odontólogos se presentan

a su Servicio Social, es decir iniciado en la última semana de agosto o en la primera semana de septiembre, esto debido a que en este periodo de tiempo inicia el Servicio Social en la Clínica del Dolor, de esta forma tendrían desde el comienzo un acercamiento no solo al tratamiento que se brinda en dicha Clínica, también tendrían su primer contacto con la relevancia de los factores psicológicos, además de el desarrollo de habilidades y estrategias que faciliten el trato que tendrán con los pacientes.

El taller está pensado para aplicarse a un total de seis o siete odontólogos, pues es el número de pasantes o estudiantes que pueden brindar su Servicio Social en la Clínica.

## 4.1 CARTAS DESCRIPTIVAS

### Número de Sesión 1

**Objetivo de sesión:** Que los participantes logren establecer un equipo de trabajo donde todos se apoyen unos a otros y mejoren su comunicación para favorecer el trato a los pacientes.

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción de la actividad	Materiales	Duración
Bienvenida	-Dar a conocer la finalidad del taller y presentaciones	Se dará la bienvenida al taller y se explicará el objetivo de este.	-Pizarrón -Plumones para pizarrón	5 min
Pretest	-Conocer los niveles de empatía de los participantes antes de la implementación del taller	Se entregará a los participantes la escala de "Empatía Médica de Jefferson"	-Cuestionarios -Lápices	10 min
Caramelos	-Eliminar las tensiones con las que los participantes se puedan presentar a la primera sesión.  -Conocer características e intereses principales de los participantes.	<p>Cuando los participantes ingresen al salón se les dará una canasta con dulces de tres colores (rojo, naranja y verde). Se les pedirá que tomen la cantidad que ellos deseen y pasen a formar un círculo.</p> <p>La implementadora tomará dulces de igual forma. Una vez que todos estén en su lugar, se explicará que con cada dulce que hayan tomado se debe compartir una característica personal. Cada color de dulce tiene una característica:</p> <p>-Rojo: Expectativas del taller</p>	-Pizarrón -Plumones para pizarrón	5 min

		<p>-Verde: Hobbies o intereses personales</p> <p>-Naranja: ¿Qué te llamó la atención de clínica del dolor?</p>		
¿Qué me gusta, qué se me facilita y qué se me dificulta de mi carrera?	<p>-Que los participantes logren encontrar semejanzas en su equipo de trabajo</p> <p>-Explorar las áreas de oportunidad de los participantes y encontrar áreas de fortaleza y debilidad entre ellos</p>	<p>Se formará un círculo con todos los participantes. Se les darán tres papeles donde se les pedirá que escriban lo que más les gusta de la carrera de odontología; en el otro se les pedirá que escriban lo más difícil de su carrera y en el último lo que se les ha facilitado.</p> <p>Posteriormente cada uno va a leer lo que anotó con el objetivo de que los demás escuchen buscando encontrar los complementos en el equipo de trabajo.</p> <p>Para finalizar se les pedirá a cada uno de los participantes una reflexión sobre lo que dijo y lo que escuchó de sus compañeros.</p>	<p>-Cuadrados de papel</p> <p>-Sillas</p> <p>-Plumas</p>	15 min
La tabla	-Favorecer el trabajo en equipo entre los participantes y la cooperación para alcanzar un objetivo.	<p>Se colocará un rectángulo de aproximadamente 60x30cm en el piso.</p> <p>Los participantes tendrán dos minutos para discutir una estrategia que les permita que todos los participantes puedan permanecer dentro del rectángulo durante un minuto. Se hará énfasis en que no pueden salir del rectángulo y que todos deben estar dentro.</p> <p>Se repetirá este ejercicio reduciendo el tiempo para planear estrategia hasta llegar a 30 segundos.</p>	<p>-Cinta adhesiva</p> <p>-Cronómetro</p>	20 min

<p>No tires el globo</p>	<p>-Favorecer la comunicación entre participantes a través de explotar las fortalezas de cada uno</p>	<p>Se colocará a los participantes en una fila india.</p> <p>Se entregará un globo al participante que se encuentre en primer lugar, se indicará que el globo debe ser ponchado por el último integrante. Se especificará que el globo debe pasar por todos los participantes sin que toquen el globo con sus manos o brazos.</p> <p>Se les darán dos minutos para discutir su estrategia. Este ejercicio se llevará a cabo cuatro veces reduciendo este tiempo de planeación hasta llegar a 30 segundos.</p>	<p>-Globos -Cronómetro</p>	<p>15 min</p>
<p>Cierre de sesión</p>	<p>-Destacar los aprendizajes de la sesión y lo más significativo que obtuvo cada uno de los participantes</p>	<p>Se colocará a los participantes en círculo y se pedirá que mencionen lo que más les gusto de los ejercicios de la sesión, lo que aprendieron y cómo se sintieron al compartir con sus compañeros.</p> <p>Se recordará la fecha de la siguiente sesión y se solicitará el material necesario.</p>	<p>-Sillas -Plumas -Libretas</p>	<p>5 min</p>

## Número de Sesión 2

**Objetivo de sesión:** Que los participantes comprendan la relevancia del EJE 2 (factores psicológicos) en el desarrollo y el mantenimiento de los TTM, así como en el comportamiento del paciente en su tratamiento.

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción de la actividad	Materiales	Duración
Recordando lo anterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Encontrar los aprendizajes más significativos de la sesión anterior</li> <li>-Que los participantes logren establecer una forma práctica de lo aprendido</li> </ul>	La implementadora hará preguntas sobre los temas vistos en la sesión pasada y preguntará a los participantes si los aplicaron en alguna de sus clínicas o durante el servicio social; en dado caso de ser así, se le preguntará cómo le funciono, si cambiaría algo y lo que encontró como significado personal y en lo odontológico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pizarrón</li> <li>-Plumones para pizarrón</li> </ul>	5 min
¿En qué consiste el EJE 2?	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Brindar una breve explicación de la relevancia del EJE 2 en los diagnósticos de TTM</li> <li>-Que los participantes comprendan características principales de los trastornos psicológicos más comunes de los pacientes en clínica del dolor</li> </ul>	<p>A través de una explicación la implementadora brindará a los participantes información básica sobre los componentes psicológicos del EJE 2 y la influencia que tiene este en el desarrollo y mantenimiento de los TTM.</p> <p>Se explicará a través de una exposición los trastornos psicológicos más comunes en los TTM (ansiedad, depresión y somatización) síntomas, características de las personas, el mejor trato hacia ellos, complicaciones durante el tratamiento e importancia de atención psicológica complementaria al tratamiento odontológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Exposición</li> <li>-Libretas</li> <li>-Plumas</li> <li>-Pizarrón</li> <li>-Proyector</li> <li>-Plumones</li> </ul>	25 min
¿Tengo un trastorno?	-Que lo participantes consoliden las características principales de los trastornos	Con las sillas simular una unidad odontológica donde los participantes interpreten los diferentes trastornos psicológicos y sean atendidos bajo el	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sillas</li> <li>-Plumas</li> </ul>	20 min

	<p>psicológicos comunes en los pacientes de clínica del dolor</p> <p>-Que los participantes desarrollen estrategias para tratar con pacientes con trastornos psicológicos</p>	<p>protocolo de clínica del dolor.</p> <p>Los participantes que interpreten a los odontólogos deben encontrar las mejores estrategias para tratar con el paciente, darle una explicación que no genere ansiedad y sea sencilla de entender.</p> <p>Al finalizar se realizará una reflexión sobre las mejores estrategias que se pueden usar para tratar con estos pacientes.</p>	<p>-Cuaderno de notas</p> <p>-Hojas de protocolo de la Clínica del Dolor</p>	
Mapa de psicología-odontología	<p>-Que los participantes logren distinguir la influencia de los factores psicológicos en el dolor crónico y los TTM</p> <p>-Identificar junto con los participantes la influencia recíproca entre factores psicológicos y factores orgánicos</p>	<p>Se brindará a los participantes una hoja de rotafolio donde se pedirá que hagan un mapa conceptual sobre los principales factores psicológicos que se vieron durante la sesión y que, a través de ellos, generen una lista de factores odontológicos que tengan influencia recíproca con los psicológicos.</p> <p>Los participantes tendrán que hacer una reflexión sobre cómo se afectan cada uno de los factores.</p>	<p>-Hoja de rotafolio</p> <p>-Plumones</p> <p>-Reglas</p> <p>-Diurex</p>	15 min
La pelota preguntona	<p>-Consolidar los conocimientos psicológicos brindados a lo largo de la sesión, así como las estrategias encontradas</p> <p>-Que los participantes logren establecer conexiones de influencia de Eje 1 y Eje 2 del diagnóstico de TTM</p>	<p>Se colocará a los participantes en círculo y se arrojará la pelota preguntona aleatoriamente. Cuando un participante tenga la pelota deberá desprender un papel de ella para leer en voz alta la pregunta correspondiente.</p> <p>Se pedirá a los participantes que realicen una reflexión sobre esto.</p>	<p>-Pelota preguntona</p> <p>-Papeles con preguntas</p> <p>-Sillas</p>	5 min

### Número de Sesión 3

**Objetivo de sesión:** Que los participantes reconozcan la relevancia de tener una buena comunicación con sus pacientes y desarrollen estrategias para obtener información relevante desde los primeros encuentros

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción de la actividad	Materiales	Duración
Fila de conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Retomar los conocimientos aprendidos en la sesión pasada</li> <li>-Fortalecer la reflexión sobre la importancia de considerar el Eje 2</li> </ul>	<p>La implementadora iniciará la actividad diciendo uno de los aprendizajes de la sesión previa, posteriormente tomará a un participante de la mano para que este diga algo que aprendió. Se hará una fila con todos los participantes con la misma consigna y al finalizar se hará una reflexión grupal de lo visto previamente.</p>	-Espacio para realizar una fila	5 min
¿Qué necesito conocer?	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Que los participantes reflexionen sobre la información que deben compartir con los pacientes para que estos compartan información con ellos.</li> </ul>	<p>Se solicitará a los participantes que, a través de una lluvia de ideas, mencionen los aspectos más importantes que deben conocer en un primer encuentro con su paciente.</p> <p>Posteriormente se hará una lista sobre la información que les gustaría conocer sobre su odontólogo cuando ellos son pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pizarrón</li> <li>-Plumones de pizarrón</li> </ul>	15 min
¿Te conozco en dos minutos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Que los participantes comprendan la importancia de preguntar información relevante para un diagnóstico completo y ganar la confianza del paciente.</li> </ul>	<p>Se dividirá al grupo de participantes en parejas, uno de ellos comenzará a realizar preguntas para conocer al otro participante, solo tendrán dos minutos para poder realizar las preguntas que crea más relevantes en un aspecto clínico.</p> <p>Cada uno de los participantes debe realizar ambas partes del ejercicio.</p>	-Sillas	15 min

		Al terminar se solicitará a cada pareja una reflexión sobre si considera que conoce al otro participante o si era necesario más tiempo y otro tipo de preguntas.		
Si te pregunto me preguntas	<p>-Que los participantes comprendan la importancia de resolver las dudas de los pacientes para ayudar a su tranquilidad y adherencia al tratamiento.</p> <p>-Proporcionar herramientas para que los odontólogos puedan ganar la confianza de su paciente y sea más activo en su tratamiento.</p>	<p>Se dividirá al grupo en parejas (distintas a las del ejercicio anterior), en donde uno será el odontólogo y otro el paciente.</p> <p>Se pedirá al odontólogo que comience la explicación de lo que son los trastornos temporomandibulares; previamente se hablará con los participantes que interpreten a los pacientes y se solicitará que cada vez que el especialista explique algo, deberá realizar preguntas para que los odontólogos generen estrategias para explicar sus dudas.</p> <p>Cada participante debe realizar ambas partes.</p>	<p>-Cuaderno de notas</p> <p>-Hojas de Protocolo de Clínica del Dolor</p>	30 min
Ejercicio de reflexión	<p>-Que los participantes identifiquen los aspectos más importantes a explorar en un primer encuentro con el paciente</p> <p>-Que los participantes desarrollen estrategias propias para comunicarse con sus pacientes</p>	Se pedirá a los participantes que mencionen cinco puntos más relevantes para conocer y comunicarse de una forma más apropiada con sus pacientes en su primer encuentro.	<p>-Plumas</p> <p>-Cuadernos</p> <p>-Pizarrón</p> <p>-Plumones de pizarrón</p>	5 min

#### Número de Sesión 4

**Objetivo de sesión:** Que los participantes desarrollen habilidades empáticas para disminuir tensiones de los pacientes.

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción de la actividad	Materiales	Duración
Amigo secreto	-Que los participantes comprendan la relevancia de ser observadores del lenguaje no verbal de los otros	<p>Al inicio de la sesión se le dará a cada uno de los participantes un papel con el nombre de otro participante, esto permanecerá secreto toda la sesión.</p> <p>Se indicará que debe observar al otro participante para al finalizar pueda entregar una carta con todo lo que observó.</p> <p>Se pedirá que cada uno de los participantes diga lo más significativo que se llevó de la sesión pasada.</p>	-Hojas -Plumas	5 min
¿Cómo ser tratado como paciente?	-Que los participantes identifiquen las formas en las que desean ser tratados como pacientes y generen estrategias para aplicarlas en el trato con sus pacientes.	<p>Se dividirá al grupo en parejas donde uno representará al odontólogo y el otro al paciente.</p> <p>Se indicará que deben tratar al paciente como les gustaría ser tratados cuando ellos son pacientes.</p> <p>Cada uno de los participantes interpretará los dos roles.</p> <p>Al finalizar se pedirá a cada uno que le dé retroalimentación a su otro compañero.</p>	-Sillas -Cuaderno de anotaciones	20 min
Ejercicio de caras y gestos	-Que los participantes comprendan la importancia de poner atención en los comportamientos no verbales	Se pedirá a cada uno de los participantes que tome un papel donde estará escrito una emoción o un trastorno psicológico. El participante tendrá 30 segundos para interpretarlo y el resto de sus	-Papeles con emociones y trastornos	15 min

	de sus pacientes	compañeros debe adivinar de qué emoción o trastorno psicológico se trataba.	-Cronómetro	
Cuento de sabiduría	-Que los participantes logren detectar y expresar emociones propias y de otros.	La implementadora leerá al grupo el cuento "Manchita".  Posteriormente se entregará a los participantes dos hojas, en una deberán escribir el mensaje que les otorga el cuento y en la segunda hoja deberán dibujar el sentimiento que despertó en ellos la lectura del cuento.  Para finalizar se pedirá a cada uno de los integrantes que compartan su mensaje y dibujo para generar una reflexión en grupo sobre el cuento y la importancia del trato empático con los demás.	-Cuento Manchita -Hojas -Colores -Plumones -Plumas	30 min
Adiós amigo secreto	-Que los participantes consoliden su trabajo como equipo  -Que los participantes sean conscientes de lo que expresan con su cuerpo y gestos	Se pedirá que cada uno de los participantes diga una actividad que se compromete a hacer para mejorar su trato empático con sus pacientes; tras decir su compromiso, se pedirá que entregue su carta a su compañero para que este último se lleve a casa la carta y pueda leerla y hacer una reflexión.	-Cartas elaboradas por participantes	5 min

## Número de sesión 5

**Objetivo de sesión:** Que los pacientes comprendan la relevancia de tener un compromiso con el bienestar de sus pacientes, con la clínica del dolor y con el resto de su equipo de trabajo.

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción de la actividad	Materiales	Duración
¿Cómo te sentiste?	-Que los participantes se sientan cómodos al expresar sus sentimientos y preocupaciones con su equipo de trabajo	Se dará la bienvenida a los participantes y se pedirá que comenten cómo se sintieron al leer la carta que les escribió su compañero en la sesión pasada, lo que aprendió y si hubo algo que le generara preocupaciones.	-Cartas escritas por participantes	5 min
Dibuja un camino	-Que los participantes desarrollen estrategias de trabajo en equipo  -Que los participantes comprendan la relevancia del compromiso con el equipo de trabajo para llegar a un objetivo común.	Se mostrará por dos minutos un dibujo con seis componentes (casa, árbol, camino, arbustos, sol y nubes).  Se retirará el dibujo y se explicará que deben replicar el dibujo, se indicará que solo uno de los participantes puede hablar y la persona que dibuje tendrá los ojos tapados, por lo que deberá seguir las instrucciones de su compañero.  Cada uno de los participantes debe dibujar al menos un componente.  Se hará énfasis en que el dibujo debe ser lo más apegado al original.	-Dibujo  -Plumones de colores  -Mesa  -Diurex  -Pañuelo	20 min
Mis compromisos	-Que los participantes clarifiquen los compromisos que tienen como odontólogos prestando su servicio social en	Se colocarán tres hojas de rotafolio con las frases: “Mi compromiso con la clínica”, “Mi compromiso con los pacientes”, “Mi compromiso conmigo	-Hojas de rotafolio  -Plumones	25 min

	clínica del dolor	<p>mismo”.</p> <p>Se pedirá que entre todos los integrantes digan diversas ideas que serán anotadas en las hojas.</p> <p>Posteriormente se dividirá el grupo en tres subgrupos para que cada uno escriba una hoja compromiso con todos los componentes expuestos previamente.</p> <p>Al finalizar se leerán las hojas compromiso y se realizarán las modificaciones que todos los participantes creen pertinentes para que todos firmen esas hojas.</p>	<p>-Hojas blancas</p> <p>-Plumas</p> <p>-Diurex</p>	
Construyendo nuestro diente	<p>-Generar en los participantes un compromiso de cuidado en la clínica del dolor y sus pacientes.</p> <p>-Fortalecer el trabajo en equipo de los odontólogos.</p>	<p>Se pedirá a los integrantes que con el material otorgado construyan un diente; se explicará que este debe de ser cuidado por cada uno de los integrantes por dos días como mínimo, este debe estar en las mismas condiciones transcurridas dos semanas.</p> <p>Se pedirá que le den un nombre y entre todos construyan una historia para el diente.</p>	-Plastilina	20 min
Me comprometo a...	-Que los participantes logren establecer un compromiso con ellos mismos que perdure todo el tiempo de su servicio social.	<p>Se formará un círculo con todos los participantes y se pedirá que cada uno diga tras una reflexión una actividad a la que se compromete.</p> <p>Se solicitará a los participantes que para la siguiente sesión lleve cada uno un pequeño cuaderno.</p>	-Cuaderno de notas	5 min

## Número de sesión 6

**Objetivo de sesión:** Que los participantes aprendan a aceptar y expresar sus emociones para que no inflencie su trato con los pacientes

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción de la actividad	Materiales	Duración
¿Cómo me he sentido?	-Que los participantes comiencen un acercamiento a reconocer sus sentimientos	Se dará la bienvenida a los participantes, se colocarán en círculos y se pedirá que cada uno diga cómo se ha sentido con su compromiso de la semana anterior y cómo se ha sentido durante la semana en el Servicio Social.	-Sillas	5 min
Mis metas	-Que los participantes logren establecer un plan de vida que permita la organización de proyectos y tareas.	Se dará a los participantes una breve explicación en lo que consisten las metas de corto, mediano y largo plazo.  Se entregará a cada uno de los participantes una hoja con un cuadro que tenga tres columnas con los plazos previamente mencionadas.  Se pedirá que cada uno de ellos escriba al menos tres metas en cada una de las columnas para poder establecer un plan y proyecto para lograr estas metas.	-Exposición -Proyector -Pizarrón -Hojas con columnas -Plumones -Plumas	20 min
Diario de emociones	-Que los odontólogos logren una identificación de las emociones que han experimentado durante el día y las formas de actuar que tuvieron con base en ellas.	Se pedirá que cada uno de los participantes escriba en los cuadernos que se les pidió cómo se han sentido durante el día y las actividades que realizaron para sentirse o dejar de sentirse de ese modo.  Se explicará que esto lo deben realizar por una	-Cuadernos -Plumas -Plumones para pizarrón	20 min

		<p>semana dando énfasis en lo que sienten y en lo que sucedió para que se sintieran de esa forma y lo que hicieron para solucionarlo.</p> <p>Para finalizar se hará una reflexión de cómo se sintieron realizando la actividad y al leer lo que hicieron durante el día, así como las complicaciones que pudieron experimentar.</p>		
La Hoguera	<p>-Que los participantes logren detectar sus debilidades y fortalezas para trabajar con ellas</p> <p>-Que los participantes adquieran mayor seguridad ante sus miedos y debilidades</p>	<p>Se formará un círculo con todos los participantes. Se entregarán seis papeles en donde cada uno de los integrantes debe escribir un miedo o debilidad y una fortaleza en cada uno de ellos.</p> <p>Los papeles que contengan los miedos se colocarán al centro y aleatoriamente se leerán y en grupo se discutirán diversas formas de solución a través de la lectura de las fortalezas.</p>	<p>-Hojas</p> <p>-Plumas</p>	15 min
Teatro de las emociones	<p>-Que los participantes se sientan cómodos expresando sus sentimientos y pensamientos con los demás</p>	<p>Con telas se imitará un escenario de teatro en donde cada uno de los integrantes debe entrar y decir cómo se sintió durante la sesión y lo que aprendió.</p> <p>*Se recordará llevar el diente de la sesión pasada para la siguiente semana.</p>	-Telas	5 min

## Número de sesión 7

**Objetivo de la sesión:** Que los participantes comprendan la relevancia de explorar antecedentes clínicos generales para la elaboración de un diagnóstico acertado.

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción de la actividad	Materiales	Duración
¿Cómo va mi diario?	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Que los participantes comprendan la relevancia de tener un diario emocional.</li> <li>-Que los odontólogos acepten y expresen sus emociones y conozcan su comportamiento ante ello.</li> </ul>	<p>Se dará la bienvenida a la sesión y se comenzará a hablar sobre la actividad del diario de emociones.</p> <p>Se preguntará la forma en la que los participantes han manejado la expresión de sus sentimientos, lo que han descubierto, lo que se les ha dificultado y de ser necesario si requieren de una orientación para realizarlo adecuadamente.</p>	-Diarios de emociones	5 min
Escultura de emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Que los participantes tengan un acercamiento al lenguaje no verbal que pueden presentar los pacientes</li> <li>-Que los participantes comprendan la relevancia de considerar el lenguaje no verbal para los diagnósticos</li> </ul>	<p>El grupo formará un círculo con todos los participantes, a cada uno se le otorgará un papel con una emoción escrita (felicidad, ansiedad, tristeza, enojo, incomodidad y nerviosismo). Por turnos cada uno de los participantes hará su interpretación por medio de una escultura la emoción correspondiente; el resto del grupo debe dar su interpretación sobre la escultura que está observando en sus compañeros.</p> <p>Se preguntarán las razones de su interpretación. Al finalizar se hará una reflexión con los diferentes puntos de vista que hayan tenido los participantes.</p>	-Papeles con emociones	20 min
Rueda de la vida	-Que los participantes conozcan todas las esferas de	Se colocará una hoja de rotafolio con siete espacios (familia, trabajo/escuela, salud, amigos,	-Hoja de rotafolio con rueda de vida	20 min

	<p>vida que pueden afectar o verse afectadas por un TTM</p>	<p>ocio, pareja, cultura) se pedirá a los participantes que se llegue a un consenso en el porcentaje de importancia de cada una de las esferas.</p> <p>Posteriormente se entregará a cada uno de los participantes con un círculo incluyendo las esferas para que cada uno elabore su rueda con los porcentajes que le otorga a cada uno, y la realidad de los porcentajes que da.</p> <p>Se hará con todo el grupo una reflexión sobre cómo se relacionan cada uno de los factores y cómo pueden afectarse unos a otros.</p>	<p>-Hojas blancas con ruedas de vida</p> <p>-Plumones</p> <p>-Plumas</p> <p>-Colores</p>	
Historias incompletas	<p>-Que los participantes comprendan la necesidad de explorar la historia previa de los pacientes para elaborar un diagnóstico adecuado</p>	<p>Se presentará a los participantes dos casos de historias clínicas de pacientes de clínica del dolor. Estos casos tendrán información limitada, dejando de lado el estado mental del paciente, tratamientos previos, enfermedades previas, entre otros componentes de la historia clínica.</p> <p>Se pedirá a los odontólogos que lleven a cabo un diagnóstico bucal y que justifiquen este.</p> <p>Posteriormente se dará la información faltante y se pedirá que confirmen o nieguen el diagnóstico previamente dado.</p>	<p>-Historias clínicas</p> <p>-Plumones</p> <p>-Pizarrón</p>	25 min
Mi historia completa	<p>-Que los participantes consoliden lo aprendido y recalcar la importancia de obtener información clínica de las diferentes esferas de la vida</p>	<p>Se hará una reflexión con los participantes acerca de la relevancia de explorar desde un aspecto clínico, todas las esferas de la vida de los pacientes y el cómo afectaría a los diagnósticos una historia clínica con información faltante.</p>	<p>-Cuaderno de notas</p>	5 min

	de sus pacientes	Se recordará continuar con los diarios de emociones para la siguiente sesión.  *Se pedirá la entrega del diente de la sesión de compromiso		
--	------------------	--	--	--

**Número de sesión: 8**

**Objetivo de sesión:** Que los participantes logren informar a sus pacientes sus diagnósticos, así como su tratamiento sin el empleo de tecnicismos.

<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Código Secreto	-Dar la bienvenida a los participantes e introducirlos de una forma dinámica al tema de la sesión	Se dará la bienvenida a los participantes, se habrá escrito previamente a su llegada un código en el pizarrón. Los participantes deben descubrir el mensaje oculto.	-Pizarrón -Plumones de pizarrón	5 min
Palabras prohibidas	-Que los participantes encuentren sinónimos para explicar los diagnósticos de clínica del dolor de una forma entendible para los pacientes	Se presentará a los participantes una diapositiva con un cuadro de “palabras prohibidas” que consistirán en los tecnicismos mayormente empleados en clínica del dolor. Se pedirá a los participantes que den la explicación de estas palabras y posteriormente generar un discurso que sea funcional en clínica del dolor	-Diapositiva -Hojas blancas -Plumones de pizarrón -Pizarrón -Proyector -Hojas de Protocolo de Clínica del Dolor	20 min
Role Playing	-Que los participantes generen estrategias para mejorar su explicación de diagnóstico a los pacientes	Se conservará el cuadro de palabras prohibidas, se dividirá al grupo por parejas y se llevará a cabo un role playing donde el odontólogo debe explicar al paciente en qué consisten los trastornos temporomandibulares, su diagnóstico y condición.  Ambos participantes deben representar los dos roles.	-Diapositiva -Proyector	25 min

		<p>Se pedirá que entre parejas se de retroalimentación.</p> <p>Se hará una reflexión al finalizar el ejercicio</p>		
Mi discurso	-Que los participantes generen un discurso propio que sirva como base y ayuda al informar los diagnósticos en la clínica	Se pedirá a los participantes que escriban en una hoja un discurso que puedan utilizar como base para informar diagnósticos sin tecnicismos y entendibles, se pedirá que consideren el primer discurso elaborado por el grupo y la retroalimentación que recibieron de sus compañeros.	-Hojas blancas -Plumas	15 min
Diarios	-Reforzar la escritura del diario de emociones	<p>Se pedirá a los participantes que mencionen lo más relevante de la semana que hayan escrito en su diario.</p> <p>Se recordará continuar con este ejercicio.</p>	-Diarios de emociones	5 min

**Número de sesión: 9**

**Objetivo de sesión:** Que los participantes comprendan la relevancia de informar las consecuencias positivas y negativas del tratamiento odontológico.

<b>Nombre de la actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
¿Cómo cuidé mi diente?	-Que los participantes recuperen la idea de compromiso con el otro	Se dará la bienvenida a la sesión. Se preguntará a los participantes sobre el cuidado del diente, los conflictos que existieron y las formas de solución.	-Diente elaborado por participantes	10 min
Tarea incompleta	-Que los participantes comprendan la importancia de completar las tareas	Se dará a los participantes una receta de cocina donde falte uno de los elementos principales que lo componen. Se preguntará a cada uno de ellos lo que piensan que se preparará con esa receta. Posteriormente se realizará una actividad donde se prepare un café donde el elemento faltante será el agua. Se hará una reflexión con el grupo sobre los elementos faltantes en cada receta.	-Recetas de cocina -Vasos --Café -Azúcar -Cuchara	15 min
¿Las consecuencias?	-Que los participantes clarifiquen las consecuencias de no seguir el tratamiento que brindan en clínica del dolor	Se hará acompañado de los participantes una lluvia de ideas sobre las consecuencias que existen para los pacientes que no siguen el tratamiento odontológico, que lo realizan de una forma equivocada y que abandonan el tratamiento a mitad de su curso.	-Pizarrón -Plumones de Pizarrón	20 min

<p>Mi médico incompleto</p>	<p>-Que los participantes comprendan la incertidumbre de los pacientes al no conocer las consecuencias de su tratamiento</p>	<p>Se realizará un role playing grupal en donde haya cuatro odontólogos y dos pacientes. Los participantes que interpretan a los especialistas tendrán consignas sobre la información brindada acerca del tratamiento (dar solo consecuencias negativas, solo consecuencias positivas, explicar todas las consecuencias, no explicar consecuencias).</p> <p>Se preguntará a los participantes que interpretan a los pacientes con qué odontólogo sintieron mayor comodidad y empatía.</p> <p>Se hará una reflexión grupal</p>	<p>-Sillas -Plumones de Pizarrón -Pizarrón</p>	<p>20 min</p>
<p>¿Cuáles son las consecuencias del taller?</p>	<p>-Que los participantes recuperen los conocimientos aprendidos a lo largo del taller</p>	<p>Se preguntará a los participantes las consecuencias que han encontrado al formar parte del taller.</p>	<p>-Cuaderno de notas</p>	<p>5 min</p>

## Número de sesión 10

**Objetivo de sesión:** Que los participantes comprendan la responsabilidad que tienen con los pacientes y el tratamiento que se les brinda.

Nombre de la actividad	Objetivo	Descripción de la actividad	Materiales	Duración
Finalizando mi diario	-Cerrar con los participantes los temas abordados en su diario de emociones	Se dará la bienvenida a la sesión.  Se preguntará a los participantes sobre el diario de emociones y lo más relevante que encontraron en él durante las últimas semanas. Lo que aprendieron y lo que han hecho para solucionar sus conflictos.	-Cuaderno de notas	5 min
Pastel médico	-Que los participantes comprendan la responsabilidad de cada profesional en el ámbito médico	Se mostrará a los participantes triángulos elaborados con una cartulina donde al juntarlos se forme un pastel. Se explicará que cada rebanada se compone por un profesional de la salud.  En grupo los participantes deben mencionar las responsabilidades que tienen cada uno de los profesionistas en la salud de un paciente.	-Pastel de responsabilidad  -Plumones  -Colores	20 min
Cuidado de mi diente	-Que los participantes comprendan la responsabilidad que adquieren con un paciente al brindar un tratamiento	Se llevará el diente elaborado por los participantes y se expondrán diversas situaciones de mal tratamiento, errores en diagnóstico, maloclusiones, entre otras. Se discutirán en grupo las responsabilidades que se tiene como odontólogo en cada una de las diversas situaciones.  Se pedirá que narren las complicaciones en el	-Diente elaborado por los participantes  -Cuaderno de notas	15 min

		cuidado del diente y cómo pudo haber afectado a sus demás compañeros		
Mis obligaciones del dolor	-Que los participantes formen un acuerdo sobre las obligaciones y responsabilidades que adquieren en clínica del dolor	Se llevará una hoja de rotafolio con el título “Mis obligaciones y responsabilidades del dolor” entre todo el grupo se discutirán ideas sobre las responsabilidades y obligaciones que tienen al prestar su servicio en clínica del dolor.  Se pedirá que firmen la hoja y se discutirán las medidas a tomar a cabo cuando alguno no cumpla con estas.	-Hojas de rotafolio -Plumones	20 min
Adiós	-Cerrar el taller recuperando los conocimientos aprendidos y los mensajes que se llevan los participantes  -Evaluar el desarrollo de las habilidades empáticas de los odontólogos tras la implementación del taller	Se agradecerá a los participantes su asistencia al taller, se preguntará a cada uno lo que más le gustó y el mensaje que se lleva con este.  Se entregará a los participantes la “Escala de Empatía Médica de Jefferson”  Una vez que terminen de responder el cuestionario, se les entregará un regalo agradeciendo su participación y trabajo en el taller.	-Test -Regalo -Cuaderno de notas	15 min

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El Servicio Social no solo es una forma de retribuir a la sociedad lo que nos otorgó como estudiantes, este también juega un papel de vital importancia en el universitario pues le da la oportunidad de conocer las aplicaciones de sus conocimientos en los problemas a los que se enfrentará en la vida real. De igual forma, le da la oportunidad al alumno de conocer y experimentar sus conocimientos compartiendo con otras áreas; en este caso en el área de sector salud. Este tipo de Servicio Social, permite que tanto psicólogos y odontólogos conozcan las dificultades que pueden presentarse en conjunto y en cada área, y de esta forma complementar con estrategias y herramientas para juntos poder brindar un mejor y más completo tratamiento buscando el bienestar de su paciente.

La frustración a la que se ven expuestos los odontólogos es de niveles muy elevados y como menciona Díaz (2009), al no tener a lo largo de la carrera una formación en la que puedan desarrollar estrategias para mejorar y sensibilizar su trato hacia los pacientes esta frustración aumenta de intensidad generando problemas en la vida del odontólogo no solo en el ámbito laboral y académico, sino en todas las esferas de su vida. Si a esto sumamos la frustración que llegan a tener por el contacto constante con el proceso salud-enfermedad (Bazalar & Balarezo, 2016), cuando este contacto se da con enfermedades crónicas con dolor como lo son los Trastornos Temporomandibulares lleva a los odontólogos a experimentar una frustración de tal magnitud que pueden desarrollar diversos trastornos psicológicos como somatización, ansiedad o depresión.

Por ello es de vital importancia que los odontólogos en su formación tengan un conocimiento básico de los diversos trastornos psicológicos que pueden experimentar ellos de propia mano o a través de sus pacientes. Esto no solo mejorará su práctica profesional, sino también será beneficioso para encontrar diversas estrategias para afrontar los problemas que pueden presentarse en su vida que afectan directamente su ámbito profesional al relacionarse de una forma inadecuada con sus pacientes.

Cuando hablamos de la salud de una persona sabemos que nos referimos a diversas esferas, es por ello que es de vital importancia que los profesionales del ámbito médico conozcan las relaciones que existen entre ellas; de esta forma no solo pueden brindar un tratamiento completo que contemple cada una de ellas; sino también entre los equipos de salud se puede

mejorar la comunicación y el apoyo para buscar el bienestar general en la salud de la población mexicana. Tomando en cuenta las preocupaciones que puede tener una persona al asistir a una cita médica, odontológica o psicológica se pueden implementar programas para generar cambios y que así los pacientes se sientan con la confianza suficiente de hablar cualquier tipo de tema con su equipo médico con la certeza de que buscarán el apoyo necesario y se remitirá con el profesional de la problemática que presenta.

Con lo anterior es importante aclarar que el equipo médico debe tener en cuenta el límite de indagación sobre la vida de los pacientes, es decir, investigar los antecedentes relevantes en las historias clínicas para entender por completo la condición de su paciente. Además de considerar las limitantes en cuanto a su especialidad se refiere; es decir, al tener el equipo médico completo, sabemos que hay temas que se manejan con los médicos, los odontólogos y los psicólogos y se debe respetar cada uno a la preferencia del paciente. Con esto dicho, al brindar información básica de trastornos psicológicos a los odontólogos no quiere decir que los hagamos expertos en el tema; sin embargo, es brindar nociones de estos conocimientos para que ellos tengan la capacidad de detectar cuando un paciente requiere de una atención en conjunto con diferentes especialistas.

Es bien sabido que la adherencia a cualquier tipo de tratamiento, sobre todo odontológico, es muy baja ya que las personas buscan eliminar el dolor y una vez que se logra se abandona el tratamiento a pesar no haberlo completado. Si los odontólogos lograran establecer una relación sólida con sus pacientes, además de lograr explicar las consecuencias que conlleva un tratamiento sin terminar, acompañado de un trato cálido y empático la deserción en estos tratamientos sería cada vez menor. Si a esto le sumamos que se logre un equipo multidisciplinario de atención a la salud, considerando factores ambientales, de tratamiento, del médico, etc., mejoraría la atención médica brindada en nuestro país y de esta forma apoyar al bienestar de la población mexicana.

Con base en mi experiencia y en lo que investigué para poder desarrollar mi propuesta, concluyo que lograr un equipo de trabajo interdisciplinario en cuanto a salud se refiere es de vital importancia en nuestro país, pues es bien sabido que las enfermedades, y sobre todo las enfermedades crónicas van en aumento por el constante estrés al que nos vemos expuestos en la vida diaria. Entre el sector salud debemos de dejar de menospreciar las distintas áreas

pues cada una complementa la función de la otra y como vimos a lo largo de este trabajo si deja de atenderse una de ellas, es muy difícil que el resto se encuentre completamente bien.

## **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

### **-Del Servicio Social**

Uno de los problemas principales a los que me enfrenté durante mi Servicio Social fue el poco espacio con el que cuenta la Clínica, además de un espacio compartido y sin un lugar para poder hablar de temas que los pacientes describían como “complicados”. Es por ello que en muchas ocasiones se mostraban incómodos y un poco renuentes a mencionar diversos temas de su vida privada.

De igual forma, la demanda que tienen los pacientes de Clínica del Dolor por el apoyo psicológico es muy elevada, al ser solo dos psicólogas no alcanzábamos a atender a todos los pacientes. Esto creo que se ve influido al no ser un contacto directo entre la Facultad de Psicología y Clínica del Dolor, ya que al menos en la Facultad de Psicología no es un Servicio Social muy demandado o que reciba mucha atención.

Es decir, pienso que se debe hacer énfasis en la necesidad de tener un contacto directo entre la Clínica del Dolor y la Facultad de Psicología, esto con el fin de darle una mayor difusión al Servicio Social y así intentar cubrir las necesidades que tienen los pacientes de la Clínica en cuanto a un apoyo psicológico y se pueda tener una mayor cantidad de resultados para poder realizar una investigación realmente significativa sobre esta población.

### **-De la propuesta**

Por otro lado, en cuanto a la bibliografía que hay en México sobre la influencia de factores psicológicos en los trastornos temporomandibulares es muy escasa, ya que se concentra la investigación, en su mayoría, en el tratamiento orgánico, de sus limitaciones y del dolor. Sin embargo, en otros países, sobre todo en Sudamérica, la investigación de la relevancia del Eje II está un poco más avanzada que en nuestro país. Es decir, este no solo es un tema innovador en psicología, también es un área de oportunidad para la investigación, pues en la Clínica del Dolor se ha visto el aumento de la prevalencia de este tipo de trastornos y la gran necesidad de un apoyo psicológico en el tratamiento de los pacientes para lograr una mejoría significativa en el bienestar del paciente.

Una de las limitaciones de esta propuesta es que este taller se hizo con base en las necesidades que presentaba el equipo de estudiantes y pasantes de odontología que realizaron su servicio

social en el periodo que yo estuve en la clínica; por lo tanto, la aplicación de este taller requiere de ciertas modificaciones para adecuarlo al equipo de trabajo que esté en ese momento. De igual forma, este taller está pensado bajo protocolos y características de la Clínica del Dolor, si este taller se aplicara en alguna otra clínica requiere de las modificaciones necesarias acerca de protocolos y formatos de la clínica donde se aplique.

En cuanto a las sugerencias, en un primer lugar sería la implementación de este taller para ver si este influye realmente en sensibilizar a los odontólogos y a su vez en aumentar la adherencia al tratamiento de los pacientes; además de verificar la influencia que este tiene en la frustración que experimentan los odontólogos en Clínica del Dolor.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2014). *Anxiety Disorders: DSM-5 selections*. Washington: American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2014). *Depressive disorders: DSM-5 selections*. Washington: American Psychological Association.
- Araneda, P., Oyarzo, J.F., González, M., & Figueroa, C. (2013). Intervención psicológica en trastornos temporomandibulares: Revisión narrativa. *Oral Res* 2(2): pp. 86-90.
- Bazalar, M., & Balarezo. (2016). El síndrome de Burnout en los profesionales de odontología. *PAIDEIA XXI*, 5(6): PP.114-125.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Burris, J., Evans, D., & Carlson, C. (2010, abril). Repercusión psicológica de la comorbilidad médica en pacientes con trastornos temporomandibulares. *Dialnet*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4572105>
- Cázares, F., Montoya, B., & Quiroga, M. (2015). Ansiedad dental en pacientes adultos en el tratamiento odontológico. *Revista Mexicana de Estomatología* 2(2): pp. 2-11.
- Coryell, W. (2016, agosto). Trastornos depresivos. *Manual MSD*. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psi%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- Dawson, P. (1991). *Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales*. Barcelona, España: Mason.
- De la Garza, F. (2006). *Depresión, angustia y bipolaridad. Guía para pacientes y familiares*. México: Trillas.
- Díaz, L. (2009). *Evaluación de la actitud del alumno de clínicas periféricas (FO) hacia los pacientes: empatía, calidad y calidez*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Díaz, M. (1976). *De la emoción a la lesión estructura del proceso psicossomático*. México: Trillas.

Dos Santos, C. (2012). Investigación básica sobre estrés y sistema inmunitario. En Galán, S. & Camacho, E., *Estrés y Salud. Investigación básica y aplicada* (pp. 17-28). México: Manual Moderno.

Eisenberg, N., & Strayer, J. (1992). *La empatía y su desarrollo*. España: Desclée de Brouwer. Encyclopaedia Britannica. Depression (En línea) Disponible en: <https://www-britannica-com.pbidi.unam.mx:2443/science/depression-psychology> (consultado el 13 de agosto del 2019).

Espinosa, S., Lara, M., Lara, A., Saavedra, M., & Vargas, H. (2009). Comparación de los aspectos psicosociales (eje II) de los pacientes con trastornos temporomandibulares, de acuerdo a la combinación de diagnósticos físicos (eje I) de los criterios diagnósticos para la investigación de los trastornos temporomandibulares. *ORAL*, 10(30): pp. 477-481.

Facultad de Odontología UNAM. (2017). Misión y Visión Odontología. Recuperado de: <http://www.odonto.unam.mx/es/mision-y-vision> (consultado el 04 de septiembre del 2019).

Gaedicke, A., & González, J. (2010). Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Memoriza*, 6(1): pp. 1-14.

García, J. (2015). *Dicen que no tengo nada. Las somatizaciones*. España: Siglatana.

Girón, M. (2009). *Asociación de depresión y dolor miofascial en una muestra de pacientes de 18-57 años. Un estudio transversal. UDO. DEPel. FO. UNAM*. (Tesis de licenciatura). UNAM, México, D.F.

Grau, J., García, C., & Vargas, E. (2013). *Perder, Sufrir y Seguir: El Proceso de Duelo*. México: UNIDAPSA.

Greene, C., & Laskin, D. (2013). *Treatment of TMDs. Bridging the gap between advances in research and clinical patient management*. Estados Unidos: Quintessence.

González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Científica Las Condes*, 25(4): pp. 610-617.

Hirose, M., & Díaz, M. (2010). La Facultad de Odontología en el contexto del Centenario de la UNAM. *Revista Odontológica Mexicana*, 14(4).

- Jaime, Y. (2009). *Dolor miofascial con apertura limitada asociado a somatización en una muestra de pacientes de 15-70 años. UDO.DEPEI.FO UNAM. 2005-2007. Estudio transversal.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Kahana, R. (1972). Personality and Response to Physical Illness. En Lipowski, Z. (Ed.), *Advances in Psychosomatic Medicine. Psychosocial Aspects of Physical Illness* (pp. 42-57). Basel: Karger.
- López, B. (2010). *Efecto de una Intervención Cognitivo Conductual para el Manejo de Factores Psicológicos relacionados con el Dolor Crónico.* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Leahy, R., Holland, S., & McGinn, L. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders.* Estados Unidos: The Guilford Press.
- Machado, M., y Fasanella, M. (2009). Ansiedad y disfunción temporomandibular. *Odous científica*, 10(1): pp. 10-17.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica.* España: Desclée.
- Meeder, B., Weiss, V., Maulén, M., Lira, D., Padilla, R., Hormazábal, F., Guerrero, L. (2010). Trastornos temporomandibulares: Perfil clínico, comorbilidad, asociaciones etiológicas y orientaciones terapéuticas. *SciELO*, 26 (4), pp209-216. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852010000400006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852010000400006)
- Mustaca, A. (2018). Frustración y conductas sociales. *Avances en psicología latinoamericana*, 36(1).
- Neira, A., & Olaya, A. (2010). Manejo Farmacológico de Dolor orofacial. Revisión. *Med.* 18(1): pp. 58-66.
- Okeson, J. (1995). *Oclusión y afecciones temporomandibulares.* España: Mosby.
- Okeson, J. (2008). *Dolor orofacial según Bell. Tratamiento Clínico del dolor Orofacial.* Barcelona: Quintessence.

Organización Mundial de la Salud. Depresión (En línea) Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/> (consultado el 12 de agosto de 2019).

Organización Mundial de la Salud. Depression (En línea) Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (consultado el 13 de agosto de 2019).

Ornelas, M. (2018). *Frecuencia y riesgo de somatización para el dolor miofascial*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Penzo, W. (1989). *El dolor crónico*. España: Martínez Roca.

Pérez, F. (2000). *Rendimiento escolar y el manejo de la frustración en estudiantes de una carrera técnica*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Plattner, H. (2016). *Guía Práctica Empatía*. Penssylvania: Dschool.

Quirós, P., Monje, F., & Vázquez, E. (2006). Diagnóstico de la patología de la articulación temporomandibular (ATM). En García, F (Ed.), *Protocolos Clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial* (pp. 267-282). España: Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Raphael, K., & Ciccone, K. (2012). Aspectos psicológicos de dolor orofacial crónico. En. Sharav, Y., & Benoliel, R. (Ed.), *Dolor orofacial y cefalea* (pp. 57-71). España: Elsevier.

Ríos Erazo M, Herrera Ronda A, Rojas Alcayaga G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Odontoestomatol* 2014; 30 (1): 39-46.

Rojas, E. (1998). *La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Madrid: Vivir Mejor.

Ruíz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). La Desensibilización sistemática y Técnicas de relajación. En: Ruíz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 237-260). México: UNED.

Salinas, E. & Nava, M.G. (2012). Adherencia terapéutica. *Enf Neuronal (Mex)* 11(2): pp. 102-104.

Sharav, Y., & Benoliel, R. (2011). *Dolor orofacial y cefalea*. España: Elsevier Mosby.

Shaygan, M., & Shayega, L. (2018). Understanding the relationship between spiritual well-being and depression in chronic pain patients: The Mediating Role of Pain Catastrophizing. *Elsevier*, 20(2019), pp. 358-364.

Silva, E., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana* 30(4): pp. 268-273.

Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A., y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19 (3): pp. 295-320.

Universidad Nacional Autónoma de México. (2013). Boletín: Cuenta la UNAM con Clínica del Dolor Orofacial y Trastornos Temporomandibulares. Ciudad Universitaria. Recuperado de: [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013\\_772.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013_772.html)

Verwoerdt, A. (1972). Psychopathological Responses to the Stress of Physical Illness. En Lipowski, Z. (Ed.), *Advances in Psychosomatic Medicine. Psychosocial Aspects of Physical Illness* (pp. 119-141). Basel: Karger.

**ANEXO 1**  
**“Escala de Empatía Médica” de Jefferson, cuestionario pre-post para evaluar taller de desarrollo de empatía en odontólogos.**

**Escala Médica de Empatía de Jefferson, en su versión al español**

INSTRUCCIONES: (EN RELACION CON EL TRABAJO MEDICO) Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración. Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo			
1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	1	2	3	4	5	6	7
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1	2	3	4	5	6	7
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	1	2	3	4	5	6	7
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1	2	3	4	5	6	7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.	1	2	3	4	5	6	7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1	2	3	4	5	6	7
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.	1	2	3	4	5	6	7
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7