

2ej 2

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Iztacala - U.N.A.M.**

CARRERA CIRUJANO DENTISTA



**VALORACION DE LA ANGUSTIA DEL PACIENTE
ANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

**T E S I S
Q U E P R E S E N T A**

EDUARDO ABURTO CARDENAS

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TEMA:

VALORACION DE LA ANGUSTIA DEL PACIENTE ANTE EL
TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

INTRODUCCION:

I N D I C E

CAPITULO I. - MIEDO

- 1o. - Definición del Miedo
- 2o. - El Miedo a nivel psicológico
- 3o. - Fisiología del Miedo

CAPITULO II. - DOLOR

- 1o. - Psicofisiología del dolor
- 2o. - Transmisión de los impulsos dolorosos
- 3o. - Percepción y Reacción
- 4o. - Umbral del Dolor

CAPITULO III. - CAUSAS DEL MIEDO AL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

- 1o. - Recolección de Datos
- 2o. - Análisis de los Datos (Resultados obtenidos)
- 3o. - Terapia Farmacológica

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

VALORACION DE LA ANGUSTIA DEL PACIENTE ANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

Frecuentemente en nuestra práctica diaria odontológica, el Cirujano Dentista se enfrenta al miedo de sus pacientes, y una de sus principales preocupaciones es y debe de ser el de ayudar a superar ese temor. Podemos decir sin embargo que las investigaciones psicológicas que sobre este tema se han llevado a cabo son relativamente superficiales y por lo tanto es difícil encontrar una investigación científica en nuestro país sobre el miedo al tratamiento odontológico.

Generalmente el Dentista cuyo interés se concentra anatómicamente en la cavidad bucal y los órganos que contiene o lo rodean, se olvida de que su paciente es un ser humano con sensibilidades.

Los alcances y logros de la odontología se amplían todos los días, el Dentista cumple sus funciones de reparación y curación, pero olvida los temores de su material humano y como solucionarlos y entenderlos.

Posiblemente el enfrentamiento constante que el Cirujano Dentista sostiene con el temor de sus pacientes los ha hecho igno

rar o relegar a un segundo plano la extendida actitud de miedo - que la gente mantiene hacia las prácticas odontológicas, olvidándonos que las personas sienten más de lo que piensan.

Esto a su vez ha impedido la posibilidad de realizar un - análisis serio y profundo sobre las situaciones que durante el -- tratamiento odontológico acrecientan este temor y las posibilida- des de solucionar estas situaciones.

La intención de esta tesis está muy lejos de dar solucio-- nes fantásticas a las molestias que sufren los pacientes durante - el tratamiento dental, pero sí nos interesa que nuestra profesión_ se supere, alcanzando el nivel teórico práctico que le corresponde, y esto sólo se logra cuando existe verdadero interés de los Ciru-- janos Dentistas y habilidad para proyectarlo, este interés cuando - es empleado con conocimiento de la realidad en que se desenvuel- ve y técnicas adecuadas, están en posibilidad de planear verdade-- ras estrategias que nos permitan ser mejores profesionistas.

Se considera que este tema es de completa responsabilidad del Cirujano Dentista, debiendo tener este verdadera vocación pro- fesional para manejar adecuadamente la emotividad de sus pacien- tes.

Desco sinceramente que esta tesis sea de alguna utilidad -

para nuestros compañeros profesionales pues es la finalidad.

Los medios de información para lograr integrar esta tesis se pretenden obtener mediante recopilación de datos de biblioteca, hemeroteca y encuestas realizadas en individuos de población heterogénea.

VALORACION DE LA ANGUSTIA DEL PACIENTE
ANTE EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

CAPITULO I

M I E D O

- 1.1 DEFINICION DEL MIEDO
- 1.2 EL MIEDO A NIVEL PSICOLOGICO
- 1.3 FISIOLOGIA DEL MIEDO

1.1 DEFINICION DEL MIEDO

El miedo es la reacción del cuerpo a una amenaza a su bienestar. Es la respuesta a una situación real de la vida.

Es racional. Esta en relación con una experiencia tal como está ocurriendo.

No será posible ni podría ser tratado en forma adecuada todo el patrimonio del miedo, sobre todo porque es utilizado frecuentemente este término para situaciones muy dispares; miedo al dentista, miedo al más allá, miedo a la guerra, por lo que sólo trataremos los "miedos" que consideremos más frecuentes.

- a) MIEDO AL DOLOR ORGANICO
- b) MIEDO TRASCENDENTAL
- c) MIEDO VITAL

- a) MIEDO AL DOLOR ORGANICO

Es decir, miedo al dolor físico; desde la extracción dentaria hasta el dolor del parto; desde una inyección endovenosa, hasta la neuralgia del trigémino.

No sólo encontraremos la diferencia del dolor, sino también la diferencia en las personas, habrá quienes lo soporten todo, y a

quienes sólo de pensarlo les invada la angustia.

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

Primero, su fatalidad. Cuando nos alcanza tenemos que -
pasarlos. El parto por ejemplo, tiene que resolverse a como dé -
lugar, no puede retroceder.

Segundo, cuando sufrimos este dolor no podemos pedir - -
reivindicación a nadie, como no sea a un ser divino (Dios).

Por lo tanto no hay venganza ni bravura que los cancele.

Son estrictamente biológicos o si se quiere naturales, y --
hay que "pasarlos". Frente a la fractura que debemos reducir, -
ni podemos eludir el trance, ni pedir responsabilidades, o en caso
de haberlas, nunca se podran cancelar como deudas de honor.

En todas ellas hay inexorablemente un agente y un paciente
del miedo.

Aquel, el agente puede ser el torno del dentista o un ladrón
que penetró en la casa.

Este, el paciente puede ser un hombre amedrentado ó un - -

titán que no conoce el miedo, es decir; el miedo biológico depen
de fundamentalmente de nuestra reflexología, de nuestro sistema
reticular, de nuestra constelación endocrinológica y de lo que en
conjunto forma esto que llamamos talante, es decir nuestro esti-
lo reactivo, nuestra manera de ser.

La Psique y el Soma, el Alma y el Cuerpo; colaboran el_
uno y el otro en la producción de los misterios que hallamos en
el estudio de la enfermedad.

Toda enfermedad es una combinación de fenómenos corpo-
rales.

Aunque los conocimientos acerca del organismo físico han
adelantado aceleradamente, no sucede lo mismo con el conoci- -
miento de la mente.

El miedo a la enfermedad reside en esta vasta región - -
inexplorada y este abismo entre el estudio de la mente y el estu_
dio del cuerpo cuando se salva mediante el puente de la compren_
sión, puede aliviar una de las grandes pesadumbres del hombre, -
el miedo a la incapacidad crónica causada por la enfermedad, y -
no hay enfermedad física que no tenga su componente correspon--
diente de índole psicológica o emocional.

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

b) MIEDO TRASCENDENTAL

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

Cuando existe un miedo profundo, la reacción dependerá fundamentalmente de su credo y una posición serena surgirá de una argumentación puramente mental.

c) MIEDO VITAL

Entre el miedo orgánico y el miedo trascendental (al que quizá sería mejor llamarle angustia) encontramos el miedo vital.

Es aquel que tiene un agente responsable y definido. Puede ser cierto ó supuesto, remoto ó inmediato pero siempre loca-

lizable en un lugar del espacio social. Es producto de la relación social, del trato de los hombres; miedo al prójimo, miedo a la guerra, miedo al ladrón.

Ahora ya podemos decir muchas cosas del miedo:

_____ El miedo es una enfermedad.

_____ El miedo reviste muchas máscaras, tiene muchos rostros.

_____ El miedo quiere permanecer oculto.

_____ El miedo causa vergüenza.

_____ El miedo no es aceptado socialmente.

_____ El miedo no puede medirse.

_____ Nadie es inmune al miedo.

_____ El miedo nace y se nutre durante la infancia, las amenazas a los niños asustándoles con "la policía", "el doctor", ó "los fantasmas" dejan huellas inborrables en el delicado campo emocional del mismo.

_____ El miedo tiene muchas variantes.

_____ El miedo destruye la felicidad.

_____ El miedo se desarrolla agazapado en la oscuridad de la ignorancia.

_____ El miedo puede actuar sobre los tipos normales de conducta y deformarlos.

_____ El miedo está rodeándonos por todas partes.

_____ El miedo es universal.

1.2 EL MIEDO A NIVEL PSICOLOGICO

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

- Estos son:
1. - Instinto
 2. - Emoción
 3. - Sentimiento

1. - INSTINTO

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

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

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

Los instintos se definen como medio de satisfacer los - - -

impulsos.

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

De acuerdo a algunas definiciones, la conducta instintiva existe como un conjunto de mecanismos nerviosos innata y jerárquicamente organizados, que corresponden a impulsos que la alistan, liberan y dirigen.

El instinto es específico, (el mismo en todos los individuos de la especie), inconsciente y con una finalidad precisa.

Los instintos más importantes son el de la conservación, el de nutrición, el sexual, el materno y el de defensa.

2.- EMOCION

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

Así vemos que un ataque directo, produce los estados emoo

cionales de "rabia" y "miedo".

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

La reactividad emocional primitiva, con el fin de ser eficaz, no puede consistir sino en el ataque o en la huida del peligro.

La observación demuestra la existencia de una tercera forma de respuestas de carácter ineficaz. Esta se desencadena tanto en el animal como en el hombre frente al peligro demasiado -- bruscamente percibido o demasiado intenso e insuperable de manera que esas dos reacciones de protección (huida - ataque) ninguna llega a desencadenarse. Las dos permanecen bloqueadas en el -- cuerpo y sus intenciones contradictorias producen un espasmo, -- inhibiendo la movilidad.

Es como si los impulsos de huida y ataque actuando en -- sentido inverso se anularán mutuamente paralizando toda la reacción y creando así un estado letárgico.

En el nivel de preconscious, la furia (la cólera) que insita al animal al ataque se convierte en sinónimo de valor, contrario al temor.

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

Las emociones elementales miedo y furia, se convierten en el nivel humano, por vía de diferenciación, ya sea en cobardía moral o en valor moral a través de la previsión consciente, rasgo distintivo entre la reactividad automática del psiquismo -- animal y la actividad reflexionada del psiquismo humano.

El hombre no está ya tan expuesto al peligro mortal como a las consecuencias y a las múltiples dificultades que proceden del miedo social.

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

El temor - timidez es un intento de evitar la agresión - mediante la huida en la sumisión, mientras que la cólera intenta, con su amenaza exaltada y desordenada, intimidar al agresor con la esperanza de provocarle así una reacción de abandono.

Investigaciones clínicas de hace algunos años relacionaron los estados de ira con los estados de despertamiento fisiológico que se produce con modulaciones de norepinefrina; se --

pensó que el miedo se parecía a los estados producidos tanto por las inyecciones de norepinefrina como por los de epinefrina.

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

3. - SENTIMIENTO

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

En el ser humano el temor y la cólera no significan peligro de muerte, sino se refiere generalmente al número de obstáculos opuestos a la realización de algún deseo.

Y así, lejos de formar parte de las emociones elementa

les, se convierten en sentimientos, es decir, en estados afectivos extendidos mediante la imaginación a través de un pasado y un futuro.

Así, mientras las conductas emotivas son desorganizadas, las conductas de los sentimientos serán regularizadoras.

Según lo expuesto consideramos que el miedo forma parte de las llamadas emociones y vemos como funciona conductuálm_{en}te en contraposición a la furia.

1.3 FISILOGIA DEL MIEDO

1.3.1 GENERALIDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

1.3.2 LA INFORMACION EN EL CEREBRO

1.3.3 FISILOGIA DEL MIEDO

1.3.1 GENERALIDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso desempeña un doble papel:

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

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

La anatomía y estructura del sistema nervioso en el homin

bre la forman los tejidos nerviosos, que se forman a expensas - del ectodermo y ofrecen dos variedades.

a) Un tejido formado de células, que constituye la substancia nerviosa gris.

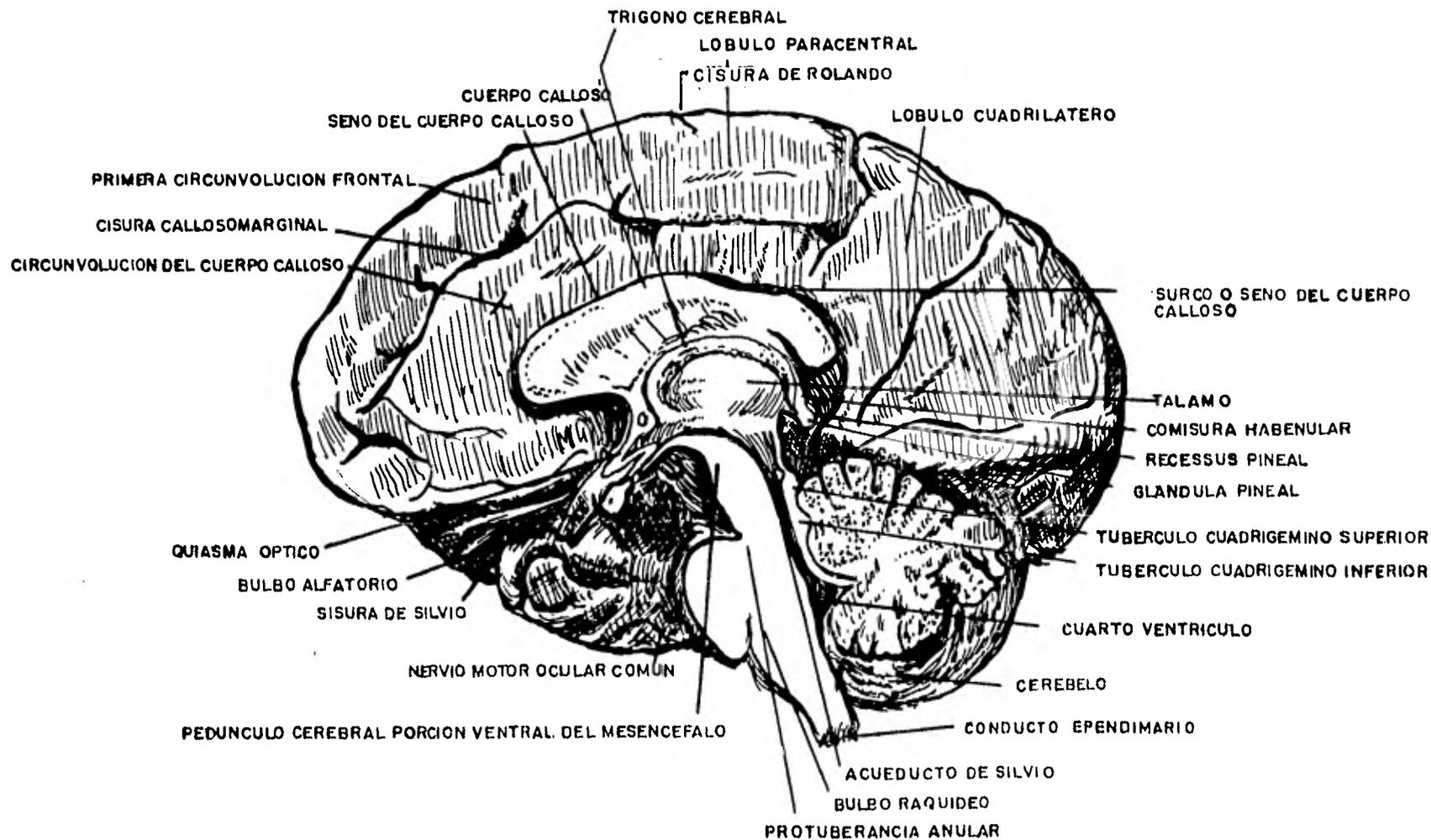
b) Los nervios, constituidos por fibras nerviosas blancas.

La célula nerviosa se compone de protoplasma granuloso y de un grueso núcleo, tiene una o varias prolongaciones protoplásmicas.

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

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

Se distinguen dos clases de fibras; la fibra de mielina, - enfundadas en un manto de células protectoras que contienen una sustancia grasa (la mielina), y las fibras de Remak, que se prolongan dentro de una vaina protoplásmica sin mielina.



CORTE SAGITAL Y MEDIO DEL ENCEFALO

DIVISIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso comprende tres partes: el

1. - Sistema Nervioso Central (S.N.C.)
2. - Los Nervios y
3. - El Gran Simpático.

1. - Sistema Nervioso Central

- a) Médula espinal
- b) Encéfalo

a) Médula espinal. - La médula espinal es un largo cordón nervioso que se extiende por el canal raquídeo desde el orificio occipital hasta la segunda vertebra lumbar.

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

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

1. - El bulbo raquídeo, que une la médula espinal con el encéfalo.

2. - El cerebelo,

3. - El cerebro.

1. - Bulbo raquideo: de la parte posterior del cerebro, - -
constituida por el bulbo, parten los nervios craneanos.

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

2. - El cerebelo. - Es el cerebro posterior y está compuest
to de tres lóbulos; el vermis en medio y dos lóbulos laterales, -
los hemisferios cerebelosos, unidos adelante por la protuberancia
anular.

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

3. - Cerebro. - En el cerebro se hallan:

___ Los dos hemisferios

___ Los cuatro tubérculos cuadrigéminos, que son peque-
ñas masas redondas de substancia blanca con un núcleo gris.

Entre los tubérculos cuadrigéminos está situada la glándula pineal.

___ Los dos tálamos ópticos, unidos por una faja de substancia gris que encierra cuatro lóbulos grises que son de adelante hacia atrás: lóbulo olfatorio, óptico, táctil y auditivo.

El cerebro pesa de 1200 a 1300 gramos; esta formado de substancia blanca en el interior y recubierto por una corteza -- gris de células piramidales. Es liso al principio de su formación, y después va formando repliegues o circunvoluciones que lo dividen en diferentes lóbulos.

FUNCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

- a) De los nervios
- b) De los centros nerviosos
- c) Del encéfalo
- d) Del gran simpático

a) Los nervios.- Estos transmiten las excitaciones.

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

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

Los nervios son excitables por causas diversas como:

Mecánicas, como un choque.

Físicas, como la electricidad.

Químicas, como la acción de ácidos.

Fisiológicas, al recibir las órdenes de los centros nerviosos.

La función de un nervio no varía sino con arreglo a su terminación y se llamarán según la acción que desempeñe en el organismo, por ejemplo; nervios motores, aceleradores, secretores, etc.

b) Los centros nerviosos. - Estos son aglomeraciones de células nerviosas, que determinan actos reflejos, esto es, reacciones orgánicas.

Los centros nerviosos actúan merced al concurso de los nervios centrífugos que llevan la excitación hacia el órgano.

c) El encéfalo.- Se desglosarán cada una de sus partes relacionadas a su función:

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

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

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

4.- Los tubérculos cuadrigéminos, están adscritos especialmente a los ojos.

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

6.- Los cuerpos estriados sirven de intermediarios para las órdenes transmitidas del cerebro.

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

d) El Gran Simpático, - Es un centro reflejo el cual es capaz únicamente de ordenar movimientos involuntarios,

1.3.2 LA INFORMACION EN EL CEREBRO

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

Como misterio que resulta difícil de explicar quizá aún - tratando de hacerlo, lo aquí escrito no responderá ni remotamente a todas las preguntas, pero se tratará de aproximar a una -- explicación sencilla y útil.

"Toda neurona está constituida de por lo menos tres partes; el cuerpo celular, el axón y las dendritas".

Cada neurona vive dentro de una capa iónica que la divide en dos compartimientos separados por una membrana celular; - - entre el exterior y el interior de esta membrana existe un potencial de reposo en el cual en el exterior es positivo y en el interior negativo.

En el momento en que un estímulo activa una membrana - neuronal, esta se modifica y da como resultado la transformación del potencial en reposo, primero en un potencial local y luego, - de acción; esto implica un cambio abrupto y breve (a lo más un milisegundo) de la polaridad normal. En el exterior de la mem-

brana (antes positivo) se transforma en negativo por una entrada masiva de iones sodio al interior de la célula.

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

Los axones de una célula establecen contacto sináptico -- con dendritas o el soma de otras y esto produce cambios gradados en los potenciales de reposo, los que alcanzando cierta magnitud, hacen disparar a los axones de las neuronas que tales - - excitaciones reciben.

Tanto las neuronas como los axones y dendritas flotan en un espacio tridimensional y continuamente estan recibiendo, transmitiendo y alterando la actividad eléctrica por medio de la cual - se comunican.

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

Las redes nerviosas o neuronales tienen diferencias en -

sus características, algunas son convergentes, otras divergentes y otras más se extienden en su densidad lateral. Algunos efectos de transmisión sináptica son facilitadores y otros inhibidores.

La interacción de facilitación e inhibición decide, en última instancia, la respuesta específica de la neurona.

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

De la información que llega al cerebro, las más importantes con respecto a esta tesis son:

- a) La Luz
- b) El Sonido
- c) Otros Sentidos
- d) Imaginación

De acuerdo a Jacobo Grinberg trataremos de explicar brevemente lo anterior.

L U Z

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

La fisiología y bioquímica de nuestra retina ponen en - -
acción sus componentes, ante un rango restringido de estimula--
ción luminosa.

La información retiniana manejable y transmisible, sufre
una serie de transformaciones que dan como resultado una activaci
ción de fibras nerviosas, que viajan a través de los axones del -
nervio óptico.

S O N I D O

Las ondas sonoras, cambios de presión en el aire, líquido
ó sólido, activan un órgano sensorial que las transforma, primero
en vibraciones de su membrana timpánica, seguidas de movimien-
tos de palancas óseas que a su vez provocan cambios de presión -
en un líquido contenido en el oído interno que activa los receptores
auditivos. Estos, al recibir el cambio de presión, transforman la
energía contenida en los movimientos del líquido, en cambios eléc-
tricos que viajan en los axones del nervio auditivo.

OTROS SENTIDOS

Existen sustancias solubles que al ponerse en contacto con
la lengua provocan la sensación de "gusto"; otras volátiles que al _

activar las células olfatorias dan lugar a las sensaciones del - -
"olor", o aún existen cambios mecánicos que se transforman en_
la sensación de "tacto", "presión" y "vibración", en todos los --
casos ocurren las mismas transformaciones energéticas de la - -
luz y el sonido.

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

LA IMAGINACION

Cuando en ausencia de un objeto iluminado, un cerebro es
capaz de duplicar la activación geométrica tridimensional intrace-
rebral provocada por el mismo, decimos que lo ha imaginado.

La imaginación es uno de los muchos procesos de evoca--
ción de información; quizá el más complejo y sofisticado, pero a
fin de cuentas, no más que eso.

Es experiencia común la existencia de diferentes clases -
de evocación de información almacenada,

Una de ellas es el fenómeno asociado con ahorro en el - -

aprendizaje; una segunda clase involucra el reconocimiento de un complejo de estímulos; una tercera ocurre cuando el nombre de un objeto, o por el contrario, cuando la información verbal acerca de él, da lugar a una imagen suya.

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

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

Como hemos visto, cada objeto que es percibido se transforma al nivel de la retina en un patrón de activación neuronal complejo.

1.3.3 FISILOGIA DEL MIEDO

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

Explica esto minuciosamente; el gato presenta: pelo erizo, pupila llameante, aullido y refunfuño, taquicardia, descargas de orina y descargas digestivas.

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

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

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

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

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

La sangre es desviada de los órganos abdominales e irá -

en mayor abundancia al corazón, al encéfalo y a los miembros; es decir se distribuirá por las partes esenciales para el esfuerzo físico.

Con esto se provee al organismo de oxígeno.

La respiración modificada, la sangre redistribuida a presión más alta, y el mayor número de glóbulos rojos liberados por el vaso), son tres factores que proveen del oxígeno necesario para respirar y destruir los residuos ácidos.

"Brevemente, todos estos cambios son directamente útiles y hacen al organismo más eficiente en el violento despliegue de energía que el miedo ó la cólera representan".

CAPITULO II

DOLOR

- 2.1 PSICOFISIOLOGIA DEL DOLOR
- 2.2 TRANSMISION DE LOS IMPULSOS DOLOROSOS
- 2.3 PERCEPCION Y REACCION
- 2.4 UMBRAL DEL DOLOR

2.1 PSICOFISIOLOGIA DEL DOLOR

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

Casi todas las alteraciones del cuerpo causan dolor. La capacidad de diagnosticar diferentes trastornos depende en alto - grado de un buen conocimiento de las diversas calidades de do--lor. Por estos motivos, el presente capítulo se destina al dolor y a las bases fisiológicas de algunos de los fenómenos clínicos - que lo acompañan (1).

Las primeras ideas de dolor se asocian siempre con las sensaciones físicas que le acompañan. Dolores de oído o de - - dientes, la agonía punzante de la gota, la inflamación de los - - miembros ó de los intestinos, las punzantes jaquecas. Todo - - esto son síntomas corporales que reflejan la enfermedad o los - males de la parte orgánica afectada.

(1) Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso

En la práctica dental no existe procedimiento operatorio que pueda realizarse absolutamente sin dolor y el éxito del profesionalista depende fundamentalmente del control que tenga sobre él.

2.2 TRANSMISION DE LOS IMPULSOS DOLOROSOS

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

Las fibras del dolor entran a la médula por las raices - - posteriores, ascienden o descienden de uno a tres segmentos en los fascículos de Lissauer, y terminan sobre neuronas de segundo orden en las astas posteriores de la materia gris medular.

Estas neuronas dan origen luego a fibras que cruzan inmediatamente al lado opuesto de la médula, por la comisura anterior, y ascienden hacia el encéfalo por los haces espinotalámicos lateral y espinotectal.

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

DEFINICION DEL DOLOR

El dolor es un mecanismo protector del cuerpo; se produce siempre que un tejido es lesionado, y obliga al individuo a reaccionar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso. Actividades tan simples como sentarse por largo tiempo pueden causar destrucción tisular, porque el riego sanguíneo de la piel a nivel de las zonas donde apoya el cuerpo queda suprimido por el peso del mismo. Cuando la piel se pone muy dolorosa a consecuencia de isquemia prolongada, inconscientemente la persona cambia la dirección de su peso. Sin embargo una persona que ha perdido sus sensaciones dolorosas, por ejemplo, después de una lesión de médula espinal, no lo percibe y, por lo tanto, no desplaza su peso. Ello tiene como consecuencia la producción de úlceras en las zonas de presión, a menos que se mueva al paciente de cuando en cuando.

El dolor se ha clasificado en tres tipos diferentes: dolor punzante, quemante y continuo.

El dolor punzante se percibe al pinchar la piel con una -
aguja o cuando es cortada con un cuchillo.

El dolor quemante, como lo dice su nombre, es el tipo -
de dolor que se experimenta al quemarse la piel.

El dolor continuo de ordinario no se percibe en la super-
ficie del cuerpo; se trata de un dolor profundo que causa grados
diversos de molestia.

Además puede definirse el dolor "como una sensación de-
sagradable creada por un estímulo inocuo que es allegado mediant
te nervios específicos hasta el sistema nervioso central, general-
mente es interpretado por dos principales procesos involucrados -
en esta experiencia sensorial: percepción y reacción del dolor".

2.3 PERCEPCION Y REACCION DEL DOLOR

Hay que tomar en cuenta que la percepción y reacción al -
dolor son dos fenómenos diferentes que no deben ser confundidos.

Percepción del dolor. - Proceso fisioanatómico por el cual
el dolor es percibido y transmitido a través de mecanismos neu-
rológicos desde los órganos receptores.

Esta fase del dolor surge anatómicamente desde las termin

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

La fibra nerviosa que forma un nervio aferente constituye una vía separada por la cual los impulsos son transmitidos hacia el sistema nervioso central. Cada vía es una unidad y el conj unto de miles de unidades agrupadas constituye el tronco de un ner vio aferente. Cada unidad puede ser estimulada individualmente h asta que todas juntas sean afectadas.

Antes de que haya un dolor debe tener lugar un cambio - ambiental en la excitabilidad de los tejidos vecinos. Este cambio es referido a un estímulo que puede ser eléctrico, térmico, qu ímico o de naturaleza mecánica, y puede ser de intensidad sufi - ciente para excitar las terminaciones nerviosas libres. Tan pron to se alcanza esta mínima intensidad, las terminaciones ner vio - sas libres, son excitadas y un impulso es creado. Este impulso u onda de excitación, cuya difusión a lo largo de la fibra ner vio -

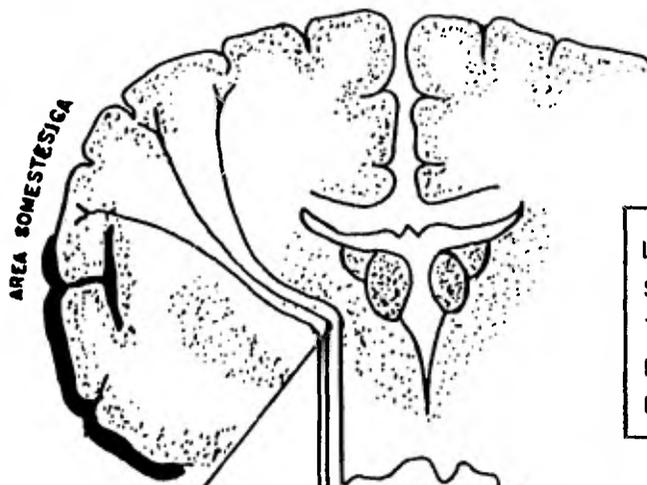
sa es autopropaganda y de igual intensidad es diferente al grado de estimulación y es conocido como la Ley del Todo o Nada, - revelando que un umbral de estimulación creado por un impulso fuerte, obtendra mayor respuesta que un estímulo mucho más - fuerte pero sin ese cambio ambiental previo.

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

REACCION AL DOLOR

Como mencionamos anteriormente la reacción al dolor - - son, aquellas manifestaciones que presenta el paciente cuando tie -- ne contacto con una experiencia física desagradable. Estas - - reacciones abarcan la parte posterior del tálamo y la corteza - cerebral y significan factores físicos, neuroanatómicos y psíquicos. Estas reacciones difieren de pacientes a pacientes y el - choque doloroso provoca diferentes conductas.

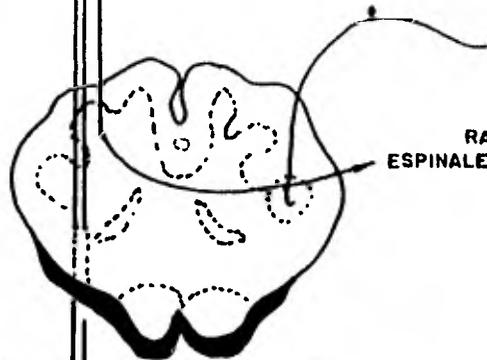
Las manifestaciones generales son: llanto gritos, alteraciones respiratorias, taquicardia, sudoración, vómito, desmayo y otros.



LOS ESTIMULOS DOLOROSOS SE IDENTIFICAN CONSCIENTEMENTE CUANDO LOS IMPULSOS NERVIOSOS LLEGAN AL TALAMO.

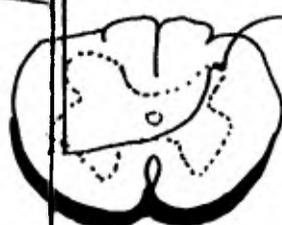
NUCLEO VENTRAL POSTERIOR DEL TALAMO

BULBO



RAIZ Y NUCLEO ESPINALES DE TRIGEMINO

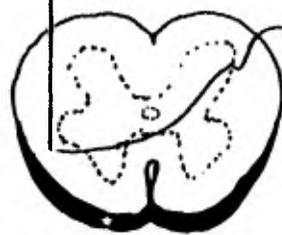
FASICULO ESPINOTALAMICO LATERAL



RAIZ POSTERIOR

MENAL RAQUIDEA

SUBSTANCIA GELATINOSA



DOLOR TEMPERATURA

2.4 UMBRAL DEL DOLOR

Es el menor nivel en que un estímulo dado se considera doloroso, es muy similar en muchos humanos; el umbral está fuertemente incluido por factores culturales, psicológicos y ambientales.

Los numerosos factores que alteran el umbral del dolor son: cambios hísticos, influencias psíquicas, dolores y analgésicos.

Efecto de los cambios hísticos. - El umbral del dolor puede alterarse cuando cambian las condiciones de los tejidos y en la piel; el sudor, la temperatura, las lesiones hacen variar el umbral. Lo mismo sucede con las lesiones nerviosas centrales o periféricas, en las vías de conducción o en las zonas de proyección dolorosa.

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

Dolores. - Hardy, Wolff, Goodell demostraron que un do-

lor natural, o provocado, eleva el umbral de otros dolores simultáneos o preexistentes, este hecho explica porque una persona siente alivio mordiendo los labios o clavando las uñas en las palmas de las manos, cuando quiere combatir un dolor.

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

"Hay una diferencia marcada entre la naturaleza de los dolores superficiales y de los profundos. El superficial es en general un dolor vivo, que incita a la acción de pelear o huir, porque está en la actitud que procura la mayor protección contra los peligros externos. En cambio, el dolor profundo es un dolor sordo, que deprime e incita al reposo.

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

Otra diferencia entre los dolores superficiales y los profundos es que los primeros pueden localizarse con precisión y

están bien delimitados; en cambio, los dolores profundos son di fusos y se irradian a otras zonas distintas de donde se origino el dolor, dando lugar a los dolores referidos.

En relación con el umbral, los dolores superficiales y los profundos son muy semejantes. Se ha comprobado que el umbral de los dolores profundos es constante para un mismo individuo.

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

CAPITULO III

INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DEL MIEDO AL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

3.1 RECOLECCION DE DATOS

3.2 ANALISIS DE LOS DATOS

3.3 FARMACOTERAPIA

3.1 RECOLECCION DE DATOS

a) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Porqué existe miedo al tratamiento odontológico?

b) ELABORACION DE HIPOTESIS

"Existen en México diversos factores independientes al dolor, que provocan miedo al tratamiento odontológico".

c) CONCEPTOS O VARIANTES

___ MIEDO, se verifica por medio de investigación documental en el primer capítulo.

___ DOLOR, se realiza de igual modo que la variable -- anterior en el segundo capítulo.

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

CAMPO DE INVESTIGACION

Se limita al área de adscripción de la Clínica número -- Siete del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) que se encuentra contenida en:

LIMITES

La zona comprendida por la Clínica número Siete del --

I. M. S. S. se inicia en la parte sur de la Unidad Hidalgo (sin - - comprender la misma) en el camino a Santa Teresa, que recorre a toda su longitud por la parte sur hasta la avenida Insurgentes Sur, continúa en la parte suroeste "numeros nones" hasta la calle de Moneda, se dirige hacia el norte por el callejón de Carrasco hasta la avenida San Fernando, durante una cuadra por su parte suroeste para alcanzar la avenida de las Fuentes, rodea para seguir por Tesoreros y 13 Oriente hasta el Anillo Periférico; sigue por éste en su acera sur hasta el trébol de Cantil del Pedregal, por el que se comunica a la liga Insurgentes Tlalpan, sigue por la acera noroeste y alcanza por la calle de Chicomoxtoc a la calle de Toltecas en la colonia Ajusco y de ahí recorre Tepalcatzín, hasta llegar a Popocatepetl y continúa hasta el Centro - - Asturiano al que rodea para seguir por la calle Diego Rivera, -- Xóchitl y Juárez, cruza División del Norte y llega a la calzada de Tlalpan donde sigue hasta Tezozómoc y Origa, continuando - - hasta Canal de Miramontes, de ahí se dirige a la calle de Amacuzac y continua por Ejido hasta llegar a la calzada de la Virgen, sigue por esta hasta el canal Nacional desembocando en Cuemanco, al inicio del Periférico Sur.

Los demás límites, oriente, sur y poniente, lo forman líneas imaginarias que pasan rodeando los puntos más lejanos que

pertenecen a la Clínica y que son los pueblos de San Luis Tla--
sialtemanco, San Pedro Actopan, San Pablo Oxotepec, Topilejo, -
La Cima, pueblos de Ajusco, colonia Miguel Hidalgo hasta llegar
al camino de Santa Teresa al punto de partida.

Consideramos que es una área en la que se encuentran -
niveles sociales y culturales bastante heterogéneos, que nos per
miten una muestra representativa respecto a una área geográfica
del Distrito Federal.

MUESTREO:

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

Esta asciende a un total de 123,580 derechohabientes.

TECNICA DE INVESTIGACION

a) Observación. - Esta se utilizó rutinariamente ya que es
el medio en que se desenvuelve el investigador y fué de gran --
auxilio para la realización del campo teórico y cuestionarios.

b) Fuentes Documentales. - Las Fuentes que se utilizaron --
para obtener la información suficiente fueron:

1. - Bibliotecas

2. - Hemerotecas

3. - Revistas de Asociaciones Dentales

CUESTIONARIO SOBRE TRATAMIENTO DENTAL

ENCUESTA

U. N. A. M.

Le han hecho cirugía menor si _____ no _____

Que tipo de cirugía menor _____

Ha tenido tratamiento odontológico (dental) si _____ no _____

El tratamiento odontológico que ha tenido le ha producido
con respecto a la cirugía menor:

más _____ menos _____ igual temor _____

Por que? diga cinco motivos.

1. -

2. -

3. -

4. -

5. -

EDAD

SEXO

ESCOLARIDAD

OCUPACION

Se realizó la anterior encuesta a 100 personas con las -
preguntas que relacionaban el miedo al dolor en odontología, --
con el miedo a distintas clases de cirugía menor, los resultados
fueron los siguientes:

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

Las causas por las que decían tener temor fueron:

- _____ Al dolor.
- _____ A la anestesia (inyecciones)
- _____ Ruido del aparato
- _____ Molestias por el mal trato del Dentista
- _____ Molestias por la luz
- _____ Tiempo excesivo de espera
- _____ Otros de menor importancia.

De las respuestas se deduce que sí existe un alto grado_
de temor al tratamiento dental sobre todo por el dolor, unido a
factores secundarios como son: la luz, el ruido del motor, - -
tiempo de espera que acrecenta el nerviosismo del paciente y -

mal trato del profesionista dental.

Los datos anteriores fueron de mucha utilidad para la siguiente encuesta.

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

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

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

Esta encuesta se realizó a 100 personas adultas de ambos sexos.

CUESTIONARIO SOBRE TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

U. N. A. M.

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

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

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

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

a.- A limpieza dental en forma rutinaria _____

b.- Cuando descubre usted que tiene caries _____

c.- Cuando el dolor es insoportable _____

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

a.- Le agrada _____

b.- Le es indiferente _____

c.- Se sobrepone al temor por su salud _____

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

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

a. - En la escuela le explicaron la atención que debía darle a
sus dientes? SI _____ NO _____

b. - En su hogar se lo explicaron SI _____ NO _____

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

a. - La luz SI _____ NO _____

b. - El sillón dental SI _____ NO _____

c. - La inyección SI _____ NO _____

d. - La anestesia SI _____ NO _____

e. - La molestia que queda de
la anestesia SI _____ NO _____

f. - El ruido del motor del
aparato dental SI _____ NO _____

g. - Tener mucho tiempo la
boca abierta SI _____ NO _____

h. - Los dentistas que lo han tra
tado en forma inadecuada SI _____ NO _____

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

Cómo realizaría este cambio?

Edad _____ - _____

Sexo _____ - _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

De este cuestionario se obtuvieron los siguientes resultados.

1. - ¿CUANDO ACUDE AL DENTISTA?

	PORCENTAJE
a) Limpieza dental en forma rutinaria.	17%
b) Cuando descubre usted que tiene caries.	37%
c) Cuando el dolor es insoportable.	43%
No contesto.	3%

La intención de esta pregunta fué comprobar el rechazo al tratamiento dental, lo que fue confirmado plenamente, ya que el mayor porcentaje de personas que se presentan al consultorio dental (43%) solo acuden cuando el dolor es insoportable.

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

	PORCENTAJE
a) Le agrada.	17%
b) Le es indiferente.	14%
c) Se sobrepone al temor por su salud.	29%
d) Solo acude al dentista en caso de mucha molestia por el temor que le tiene.	38%
No contesto.	2%

La mayor parte de los entrevistados acuden al dentista -- sólo en caso de mucha molestia (38%) por el temor y un porcentaje menor (29%) se sobrepone al temor por su salud, lo cual - asevera francamente el miedo al tratamiento odontológico.

3. - CUANDO ERA NIÑO:

	RESPUESTAS	
	SI	NO
a) En la escuela le explicaron la atención que debia darle a sus dientes?	59%	38%
	SIN RESPUESTA	
	3%	

	RESPUESTAS	
	SI	NO
b) En su hogar se lo explicaron?	56%	44%
	SIN RESPUESTA	
	0%	

Esta pregunta se aplicó únicamente como control para saber si la parte de orientación afecta en el tratamiento odontológico y dada la falta de comunicación lo anterior se ratifica.

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

	RESPUESTA		
	SI	NO	NO CONTESTO
a) La Luz.	2%	79%	19%
b) El sillón dental.	8%	74%	18%
c) La inyección.	57%	30%	13%
d) La anestesia.	28%	46%	26%
e) La molestia que queda de la anestesia.	38%	42%	20%
f) El ruido del motor del aparato dental.	52%	33%	15%
g) Tener mucho tiempo la boca abierta.	39%	47%	14%
h) Los dentistas lo han trata- do en forma inadecuada.	34%	47%	19%

Como podemos observar el mayor número de porcentaje en cuanto a molestias, corresponde a la inyección con 57%, le sigue el ruido del aparato dental con 52% y por último en tercero y cuarto con 39% y 38% el tener por mucho tiempo la boca abierta y la molestia que queda de la anestesia.

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

	PORCENTAJE
a) Inyección.	28%
b) Ruido del motor.	26%
c) Dolor.	21%
d) Mal trato del dentista.	13%
e) Molestia de la anestesia.	4%
f) Tener mucho tiempo la boca abierta.	3%
g) Esperar mucho al dentista.	3%
h) Todo.	1%
i) La luz.	1%

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

NOTA: SE COLOCARON LAS RESPUESTAS DE MAYOR -
A MENOR PORCENTAJE OBTENIDO PARA UNA MAS CLARA - -
COMPRENSION.

6. - COMO REALIZARIA ESTE CAMBIO?

	PORCENTAJE
a) Que no haga ruido el motor.	19%
b) Eliminar la inyección.	15%
c) Buen trato del dentista.	14%
d) Cambiar la anestesia por otro método.	12%
e) Spray en lugar de anestesia.	10%
f) Mejor preparación del dentista.	9%
g) Quitando el dolor.	8%
h) Utilizar acupuntura.	8%
i) Otros.	5%

En esta pregunta también podemos corroborar las principales causas que ocasionan el temor al tratamiento dental.

Aunque esta pregunta de sugerencias no anuncia realmente cómo se solucionarán estos problemas, apoya las respuestas obtenidas en las preguntas cinco y cuatro.

RELACION CON: edad, sexo, escolaridad y ocupación.

a) EDAD: Las edades de las personas entrevistadas, en su mayoría fluctúan entre 17 y 40 años.

b) SEXO: La mayoría fue de sexo femenino, pues es de mayor asistencia a la clínica.

c) ESCOLARIDAD: Sólo una minoría (7%) carecen de educación primaria terminada.

d) OCUPACION: Es heterogénea, predominando el ama de casa, obrero y empleado.

3.2 ANALISIS DE LOS DATOS

RESULTADOS OBTENIDOS

Según la hipótesis que sostiene "existen en México diversos factores independientes al dolor que provocan miedo al tratamiento odontológico" encontramos:

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

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

Unido a la falta de educación dental, en la pregunta ¿Cómo realizaría este cambio?, las personas entrevistadas solicitan "explicación del dentista sobre el tratamiento a realizar" de lo que se deduce una falta de orientación por parte del Cirujano Dentista.

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

Inyección

Ruido del motor

Molestia de la anestesia

Tener mucho tiempo la boca abierta

3.3 FARMACOTERAPIA

La ansiedad ó angustia es un factor que desempeña un papel importante en la reducción de la tolerancia al dolor ó en la producción de mayor dolor.

El miedo al dolor y la interpretación del dolor por el paciente pueden producir a menudo una situación insostenible para un tratamiento dental adecuado.

Por esta razón, cada vez más se recurre a la sedación de los pacientes utilizando varios métodos y medicamentos.

Sin embargo los fármacos, llevados hasta sus límites debido a dosificaciones excesivas, pueden a veces, ocasionar peligros muy graves.

La mayoría de los procedimientos odontológicos pueden efectuarse con anestesia local o general; pero lo ideal sería poder incrementar hasta lo máximo uno ó varios de los componentes siguientes: Analgesia, para liberar al paciente del dolor; - -

Amnesia, especialmente amnesia retrógrada, para que el paciente no pueda acordarse del procedimiento; tranquilización, para disminuir la aprensión y miedo del paciente, y cierto grado de depresión cortical del sistema nervioso central, desde sedación leve hasta sueño.

Los fármacos sedantes - antiansiedad (ansiolíticos) se utilizan con más frecuencia de cualquier otro grupo de agentes terapéuticos.

Su mecanismo de acción es muy difícil de precisar pues existe una gran cantidad de compuestos con diversidad química.

Las dos categorías más utilizadas son los CARBAMATOS DE PROPANEDIOL (meprobamato y congéneres) y las BENZODIAZEPINAS (diacepan y congéneres).

FARMACOS CONTRA LA ANSIEDAD

<u>NOMBRE GENERICO</u>	<u>ESTRUCTURA QUIMICA</u>	<u>NOMBRE COMERCIAL</u>
a) MEFENESINA	CARBAMATOS DE	a) TOLSEROL
b) MEPROBAMATO	PROPANEDIOL	b) MILTOWN, EQUANIL
c) TIBAMATO		c) SOLACEN, TYBATRAN
d) FENILGLICODOL		d) ULTRAN
e) EMILCAMATO		e) STRIATAN
a) CLORDIACEPOXIDO	BENZODIACEPINAS	a) LIBRIUM
b) DIACEPAN		b) VALIUM
c) OXACEPAN		c) SERAX
d) CLORACEPATO		d) TRANXENO
a) HIDROXICINA	DIFENILMETANOS	a) ATARAX, VISTARIL
b) BENACTICINA		b) SUAVITIL

LIMITES DE DOSIFICACION PARA FARMACOS CONTRA ANSIEDAD

<u>NOMBRE GENERICO</u>	<u>NOMBRE COMERCIAL</u>	<u>LIMITES DE DOSIFIC.</u>
CLORDIACEPOXIDO	LIBRIUM	15 a 100 Mg. DIA
DIACEPAN	VALIUM	5 a 60 Mg. DIA
MEPROBAMATO	MILTOWN, EQUANIL	400 a 1200 Mg. DIA
OXACEPAN	SERAX	30 a 90 Mg. DIA
TIBAMATO	TYBATRAN, SOLACEN	500 a 1500 Mg. DIA
DOXEPINA	SINEQUAN, ADAPIN	75 a 150 Mg. DIA

CONCLUSIONES

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

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

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

4. - Definitivamente existe rechazo al tratamiento odontológico.

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

6. - La percepción del dolor es un fenómeno subjetivo que varía de un individuo a otro y que puede ser aumentado fuertemente por los factores emocionales, especialmente el temor y la espera ansiosa de ese dolor.

7. - Las principales molestias que expresan los pacientes son:

Inyección

Ruido del motor

Molestia de la anestesia

Mantener durante mucho tiempo la boca abierta

Trato inadecuado del Cirujano Dentista

SUGERENCIAS

Las proposiciones que se harán en éste capítulo, serán de un aspecto general, pero indispensables para evitar al máximo las molestias durante el tratamiento odontológico.

1. - Que se tenga un conocimiento profundo de la idiosincrasia (temperamento, modo de ser) de la población que trata el Cirujano Dentista.

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

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

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

5.- Preparación profesional del Cirujano Dentista, constante intercambio de conocimientos profesionales con otros países - por medio de becas, para así mejorar las técnicas de tratamiento.

6.- Promoción universitaria en la investigación de nuevas técnicas odontológicas por todos los medios posibles.

7.- Educación masiva principalmente de la población infantil mediante los medios de difusión, para favorecer la inclinación hacia el tratamiento dental y el control consciente de las molestias que pueda causar.

8.- Nulificación de las técnicas absoletas que aún se usan en México, tales como; ruido del aparato dental, ausencia de anestésicos locales potentes previos a la inyección, etc.

9.- Evitar el alto costo de los materiales y medios necesarios para el tratamiento dental y así poder crear un mayor acercamiento oportuno al consultorio.

