



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EI ROL DE LA PSICOLOGÍA EN LA ENFERMEDAD
PERIODONTAL.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

JUAN MIGUEL GONZÁLEZ MARTÍNEZ.

TUTORA: Esp. MARÍA CONCEPCIÓN ÁLVAREZ GARCÍA.

MÉXICO, D.F.

2014.



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.



Son muchas personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida, Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos. Sin importar en donde estén o si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado.

Esta tesina no es fruto de un simple trabajo individual, sino que es el resultado de una suma de apoyos y esfuerzos. A todas las personas que, aunque no sean conscientes de ello, han hecho posible finalizar esta tesina, mil gracias de corazón.

A mis padres y hermana por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi tutora de tesina, agradezco infinitamente todo su apoyo, por compartir desinteresadamente sus conocimientos, experiencias, consejos y por su amistad, más que una tutora, una gran amiga.

Finalmente a mi ángel de la guarda que desde que se marchó a cuidado y cuidara cada paso que doy en la vida siempre llevando por el camino adecuado para ti mi abuelito Miguel.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVO	8
CAPÍTULO I: PSICOLOGÍA	9
1.1 Concepto de la psicología.....	9
1.2 Psicología clínica.....	9
CAPÍTULO II: ENFERMEDAD PERIODONTAL	11
2.1-Que es la enfermedad periodontal.....	11
2.2 Gingivitis.....	11
2.3-Periodontitis.....	12
2.3.1-Periodontitis crónica.....	12
2.3.2-Periodontitis agresiva.....	13
2.3.3-Prevención y diagnóstico de la enfermedad periodontal.....	14
CAPÍTULO III: PERDIDA DENTARIA	16
3.1-Que es una perdida dentaria.....	16
3.2-Causas de la pérdida dentaria.....	16
3.3-Caries.....	17



3.4-Enfermedad periodontal.....	17
3.4.1-Periodontitis.....	18
3.5-Traumatismos y fracturas dentales.....	18
3.6 - Lesiones que involucran dientes y tejido periodontal.....	18
CAPÍTULO IV: COMO AFECTA LA PERDIDA DE UN DIENTE LA VIDA DIARIA	
4.1-Problemas funcionales y psicológicos.....	20
4.2-Problemas estéticos.....	20
4.3-Problemas psicológicos.....	21
4.3.1 Aspectos psicológicos de la pérdida de dientes.....	21
CAPITULO V: ESTRÉS Y ANSIEDAD PROBLEMAS PSICOLOGICOS.	
5.1-Estrés y Ansiedad.....	23
5.2-Causas.....	24
CAPÍTULO VI: EL ROL DE LA PSICOLÓGIA EN LA PERIODONCIA	
6.1-La psicología y la enfermedad periodontal.....	26
6.2-Papel del estrés en la etiopatogenia de la enfermedad periodontal.....	27



6.3-Mecanismo patogénico de la asociación estrés enfermedad periodontal.....	28
6.4-Estrés y ansiedad impacto que causa en la vida.....	29
6.5-Ansiedad dental.....	32
6.5.1- Causas.....	33
6.6-Relación de la psicología con la periodoncia.....	34
6.7-El duelo.....	36
6.7.1-Tipos de pérdidas.....	36
6.7.2-Etapas principales del duelo.....	37
6.7.3-Duración del duelo.....	39
6.8-El duelo en la enfermedad periodontal.....	39
6.8.1-La importancia del esquema corporal.....	40
6.8.2-El duelo y sus vicisitudes.....	42
CONCLUSIONES.....	51
FUENTES DE INFORMACION.....	52



INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal, representa un problema de salud pública que afecta a la mayoría de la población. Se ha observado que a pesar de los esfuerzos que han realizado la Secretaría de Salud y las Instituciones Educativas para disminuir este problema de salud, no se han obtenido los resultados deseados.

Es por ello, la necesidad de implementar programas de educación para la salud bucal, dirigida a poblaciones más vulnerables, es decir los que tienen mayor riesgo de presentar enfermedad periodontal.

En el presente trabajo se revisaron las diversas reacciones psicológicas ante la pérdida de un órgano dental por enfermedad periodontal las etapas de la enfermedad periodontal y las causas de la pérdida de un órgano dental.

El estrés y ansiedad que causan dicha pérdida así como la manera en la que afectan la vida diaria del paciente y de quien convive con el paciente de manera personal, laboral, problemas físicos, estéticos y psicológicos que resultan de esta pérdida, la mejor forma de superación ante dicha pérdida, es usar diversas técnicas de duelo corporal para sanar la ausencia del órgano dental perdido por enfermedad periodontal y por lo tanto la tanatología en la enfermedad periodontal acompañada de un proceso de duelo que nos permita conocer paso a paso el proceso de superación.



Tomando en cuenta el esquema corporal y la importancia que se le da a cada órgano dental y el dolor que causa dicha perdida y usando adecuadamente cada etapa del duelo ayuda a la pronta recuperación emocional, psicológica, social, laboral y personal en tanto este proceso se lleva acabo o concluye.

Nosotros como profesionista de la salud tenemos que aprender a comprender y comunicarnos de una manera apropiada con el paciente que está pasando por este proceso y de cierta forma ayudar en medida de nuestra experiencia y conocimiento a superar la pérdida dental.



OBJETIVO

- Describir las diferentes etapas de pérdidas así como la reacción de los pacientes ante la inminente pérdida de un órgano dental por enfermedad periodontal y la superación de la pérdida del órgano dental.
- Conocer las diferentes reacciones psicológicas y el daño emocional y social que causa la pérdida de un órgano dental por enfermedad periodontal



CAPITULO I PSICOLOGIA

1.1 CONCEPTO DE LA PSICOLOGÍA.

La Psicología es la ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales. Trata de describir y explicar todos los aspectos del pensamiento, de los sentimientos, de las percepciones y de las acciones humanas. Por ser una ciencia, la Psicología se basa en el método científico para encontrar respuestas a la conducta y la experiencia de como los seres humanos y los animales sienten, piensan, aprenden, y conocen para adaptarse al medio que les rodea. ⁽¹⁻²⁾

Etimológicamente, Psicología, proviene del griego *psique*: alma y *logos*: tratado, ciencia. Literalmente significaría *ciencia del alma*; sin embargo, contemporáneamente se le conceptualiza a la Psicología como una parte de las Ciencias Humanas o Sociales que estudia:

- El comportamiento de los organismos individuales en interacción con su ambiente.
- Los procesos mentales de los individuos.
- Los procesos de comunicación desde lo individual a lo micro social.

1.2 Psicología Clínica:

La psicología clínica es la que se encarga del estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal. Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento. Por ello las funciones del psicólogo clínico consisten en la prevención, diagnóstico y tratamiento de todo tipo de trastornos de la conducta que pueda presentar una persona. ⁽³⁾



El campo de acción de la psicología clínica es muy grande se puede encargar desde pequeños desajustes en la relación del individuo con su medio (neurosis, fobias, timidez, etc.), hasta patologías que puedan destruir por completo la personalidad del sujeto como la esquizofrenia. Los problemas clínicos se formulan en términos de hipótesis para ser comprobadas a través de los encuentros con los pacientes que dan cuenta de su estado mental. ⁽¹⁻²⁻³⁾

La psicología clínica engloba la terapia de la conducta o Terapia Cognitiva, Psicoanalítica o Psicodinámica, Humanista, y Terapia Familiar Sistémica. La práctica central de esta disciplina es el diagnóstico de los trastornos psicológicos y la psicoterapia, así como también la investigación, enseñanza, consulta, testimonio forense, desarrollo de programas y administración. ⁽¹⁻³⁻⁴⁾



CAPITULO II ENFERMEDAD PERIODONTAL

2.1 QUE ES LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a los tejidos blandos y a las estructuras de soporte de los órganos dentales. La bacteria presente en la placa dentobacteriana es la causante de la enfermedad periodontal. Si no se retira, frecuentemente con el cepillo y el hilo dental la placa dentobacteriana se calcifica y se convierte en un material duro y poroso llamada calculo dental (también conocido como sarro).⁽⁵⁻⁷⁾

2.2 GINGIVITIS:

La gingivitis es la inflamación de la encía, afecta únicamente los tejidos gingivales y no causa destrucción de ligamento periodontal, cemento, o hueso alveolar.⁽⁵⁻⁷⁻⁸⁾

Se presenta como una banda de color rojo brillante a lo largo de la encía marginal, puede acompañarse de eritema difuso en la encía insertada y alveolar.⁽⁵⁻⁷⁻⁸⁾

Los signos que presenta la gingivitis son:

- Sangrado de la encía.
- Apariencia roja brillante o roja púrpura de la encía.
- Encías sensibles al tacto, pero por lo demás indoloras.
- Úlceras bucales.
- Encía inflamada.⁽⁵⁻⁷⁾



Algunos factores que aumentan el riesgo de padecer gingivitis son:

- Mala higiene dental.
- Embarazo(los cambios hormonales aumentan la sensibilidad de las encías)
- Diabetes no controlada.
- La mal oclusión y la aparatología oral mal colocada.⁽⁵⁻⁷⁾

2.3 PERIODONTITIS:

La periodontitis es la inflamación del periodonto donde se ha producido la destrucción del hueso alveolar, cemento y ligamento periodontal, al igual que la de los tejidos gingivales.

La periodontitis se caracteriza por la pérdida de tejidos blandos y de inserción, así como por pérdida ósea y perdida dentaria.⁽⁵⁻⁸⁾

2.3.1 periodontitis crónica

La periodontitis crónica tiene mayor prevalencia en adultos, aunque puede aparecer en individuos de cualquier grupo de edad, es decir, se produce tanto en la 1º como en la 2º dentición.⁽⁵⁻⁸⁾



Presenta diversas manifestaciones clínicas como:

- Inflamación del tejido gingival.
- Presencia de bolsas periodontales.
- Sangrado gingival espontáneo o provocado
- Movilidad dentaria
- Migraciones del epitelio de unión
- Exudado purulento
- Halitosis.

Las características clínicas de la periodontitis crónica:

- Pérdida del nivel de inserción
- Aumento de la profundidad de bolsa
- Inflamación gingival
- Pérdida ósea.
- Pérdida dental ⁽⁵⁻⁷⁻⁸⁾

2.3.2 Periodontitis Agresiva

Esta periodontitis difiere de la forma crónica básicamente por la rapidez de progreso.

La periodontitis agresiva también es una infección inducida por placa dentobacteriana, comprende una forma progresiva, rápida, y severa de periodontitis caracterizada por presentarse a temprana edad, los agentes etiológicos son capaces de causar considerables pérdidas de inserción y destrucción ósea en tiempo relativamente corto.



Puede presentarse en forma localizada y generalizada. Presenta una agresión familiar y la cantidad de placa bacteriana es inconsciente con la severidad de la destrucción periodontal. ⁽⁵⁻⁷⁻⁸⁾

2.3.3 Prevención y diagnóstico de la enfermedad periodontal.

Una técnica de cepillado correcta así como el uso de hilo dental diariamente ayudarán a prevenir la enfermedad periodontal.

Una limpieza profesional, cada tres o seis meses, realizada por un odontólogo o un experto en higiene dental removerá la placa y el sarro en áreas difíciles de alcanzar que consecuentemente son susceptibles a la enfermedad periodontal. ⁽⁵⁻⁸⁾

El diagnóstico de la enfermedad periodontal comprende un exhaustivo examen clínico, microbiológico y genético.

El diagnóstico clínico comprende un detallado estudio de la historia médica, exploración clínica por parte del odontólogo y examen radiológico complementario.

Al tratarse de una enfermedad infecciosa de origen bacteriano, es importante conocer la flora bacteriana patógena responsable de la infección. Por ello, realizamos un examen microbiológico individualizado para detectar las bacterias presentes en cada paciente, así como su predisposición a padecer la enfermedad.



El objetivo principal del tratamiento consiste en frenar la pérdida de soporte dentario. Para ello, es importante erradicar la infección mediante la eliminación de bacterias con técnicas periodontales específicas. Una vez estabilizada la enfermedad es fundamental que el paciente continúe en un estricto programa de fase de mantenimiento. ⁽⁵⁻⁸⁾



CAPÍTULO III PÉRDIDA DENTAL

3.1 QUE ES UNA PÉRDIDA DENTAL.

La pérdida de dientes puede ser la consecuencia final de la enfermedad periodontal destructiva. Los dientes perdidos como secuela de la enfermedad periodontal obviamente no son registrados en los estudios epidemiológicos y eso lleva a subestimar la prevalencia y la gravedad de la enfermedad periodontal. El concepto epidemiológico bien establecido de sesgo en la selección (también denominado efecto de supervivencia de los órganos dentarios sanos, que indica que los sujetos comparativamente más sanos se presentan para ser exterminados mientras que los más enfermos pueden negarse a participar o no presentarse debido a la morbilidad misma) es aplicable en este contexto al nivel de diente individual puesto que los dientes severamente afectados ya pueden haberse extraído o perdido. ⁽⁷⁻⁹⁾

3.2 CAUSAS DE LA PÉRDIDA DENTARIA

Las principales causas de la pérdida de uno o más órganos dentarios son por:

- Enfermedad periodontal
- Lesiones cariosas
- Traumatismo. ⁽¹²⁾



3.3 CARIES

La caries es una enfermedad infecciosa que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros de los órganos dentales, originada por los ácidos producidos por las bacterias de la placa dentobacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta. ⁽⁹⁾

El resultado de este proceso general son los ácidos que atacan la superficie de los órganos dentales. ⁽⁹⁾

La lesión cariosa se inicia a través de la placa dentobacteriana, de manera general, ya que la placa dentobacteriana es un conjunto de colonias bacterianas que se adhieren firmemente a los órganos dentarios. ⁽⁹⁾

La característica principal del proceso carioso, es la formación de cavidades en los órganos dentales. La enfermedad da inicio en la superficie del esmalte y va penetrando paulatinamente a la dentina, afectada posteriormente a la pulpa y finalmente a los tejidos periodontales. ⁽⁹⁾

El progreso de la caries es variable, ya que puede desarrollarse en solo unos meses o puede requerir de varios años para su formación. ⁽⁹⁾

3.4 ENFERMEDAD PERIODONTAL

La infección periodontal afecta a la encía y estructuras de soporte del diente. Están producidas por bacterias provenientes de la placa dentobacteriana que son esenciales para el inicio de la enfermedad periodontal, pero existen factores predisponentes del hospedador bacteriano y microbiano que influyen en la patogénesis de la enfermedad periodontal.



La microbiota bacteriana periodontopatogénica es necesaria pero no suficiente para que exista enfermedad periodontal, siendo necesaria la presencia de un hospedero susceptible. La enfermedad periodontal se clasifica en gingivitis y periodontitis. ⁽⁷⁻⁸⁾

3.4.1 PERIODONTITIS:

La periodontitis es la inflamación del periodonto donde se ha producido la destrucción del hueso alveolar, cemento y ligamento periodontal, al igual que la de los tejidos gingivales.

La periodontitis se caracteriza por la migración del epitelio de unión y por consecuencia la pérdida dentaria por enfermedad periodontal. ⁽⁵⁻⁷⁻⁸⁾

3.5 TRAUMATISMO Y FRACTURAS DENTALES.

Los traumatismos dentarios son situaciones de urgencia odontológica que imponen al odontólogo a la atención rápida, en la mayoría de las veces es necesario mantener al paciente en fase de mantenimiento por un largo período. La incidencia de este tipo de injuria varía de 4 a 30% de la población en general. ⁽¹⁰⁾

3.6 LESIONES QUE INVOLUCRAN LOS DIENTES Y TEJIDO PERIODONTAL.

- **Concusión:** Pequeña lesión del periodonto sin desplazamiento del diente ni movilidad
En la concusión. Las fibras del Ligamento Periodontal se encuentran intactas, no hay sangrado por el surco gingival. El diente se vuelve sensible a la percusión y la masticación. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾



- Subluxación: lesión del periodonto sin desplazamiento pero con ligera movilidad. El diente se vuelve sensible a la percusión y a la masticación. Las fibras del ligamento periodontal son desintegradas (rotas) hay sangrado por el surco gingival. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾
- Extrusión y Luxación Lateral: Fuerzas Horizontales dislocan la corona palatalmente y el ápice vestibularmente. Además del rompimiento del Ligament Periodontal y de complejo neurovascular, observa la compresión del Ligamento Periodontal en la porción palatina de la raíz.
- Intrusión: El impacto axial lleva a un traumatismo máximo a la pulpa y al periodonto.
- Avulsió: Desplazamiento total del diente fuera de su alveolo. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾



CAPÍTULO IV

COMO AFECTA LA PERDIDA DE UN DIENTE POR ENFERMEDAD PERIODONTAL LA VIDA DIARIA

4.1 PROBLEMAS FUNCIONALES Y PSICOLOGICOS

La pérdida de los dientes así como la enfermedad periodontal acarrea serios problemas estéticos y psicológicos, además de una considerable dificultad en la masticación y en la pronunciación de las palabras. Por ello es necesario el tratamiento periodontal así como la restaurar protésicamente. ⁽¹²⁻¹³⁾

4.2 PROBLEMAS ESTETICOS

La pérdida de todos los dientes da lugar a defectos estéticos muy severos. El tercio inferior de la cara sufre un notable cambio la barbilla se torna saliente y tiende a acercarse a la nariz; los labios pierden su turgencia y su parte rosada se ve reducida a una línea más o menos desdibujada; las comisuras de la boca se vuelve hacia abajo; todos los músculos se tornan flácidos por la pérdida de tono muscular; indirectamente, se produce también una disminución de la cavidad oral; la lengua se retrae hacia la garganta y este desplazamiento determinan el cierre de las trompas de Eustaquio, lo cual puede afectar al oído y sus funciones auditivas. ⁽¹²⁾

La pérdida de los dientes frontales, sobre todo los incisivos superiores, rompe de forma evidente la armonía del labio superior; la perdida de los caninos da lugar a un aplanamiento de la zona bucal y resta agresividad a la expresión del rostro; la falta de los molares sobre todo en ambas arcadas, da lugar a hundimiento de las mejillas. ⁽¹²⁾



Existen también problemas de masticación y de fonética, quizá menos eminentes, pero con toda seguridad no menos importantes. ⁽¹²⁾

En la masticación, no es correcto relacionar dicha función únicamente con los dientes, pues intervienen también en ellas la lengua y los carrillos. Si estos se encuentran hundidos por que la musculatura que los sostiene esta flácida y si la lengua se encuentra retraída hacia atrás, estos dos elementos apenas serán capaces de cooperar con los dientes en una masticación eficaz. ⁽¹²⁾

En relación a la fonética puede decirse que la falta de un incisivo frontal superior o inferior ocasiona notables trastornos, ya que provocan una pronunciación silbante; la ausencia de todos los dientes determina esa típica forma de hablar mascullante. ⁽¹²⁾

4.3 PROBLEMAS PSICOLOGICOS

Por cuanto respecta a la psicología, la pérdida de los dientes se siente como una minusvalía vital, señal tangible de deterioro orgánico. Esta pérdida es traducida en desproporcionadas reacciones depresivas y rechazos sociales lo cual orilla a la persona al aislamiento. ⁽¹³⁾

4.3.1 Aspectos psicológicos de la pérdida de dientes

No es de extrañar, que cuando una persona pierde sus dientes en la realidad puedan aparecer ciertas preocupaciones que afectan directamente a su personalidad y le pueden acarrear problemas psicológicos y sociales. ⁽¹³⁻¹⁴⁾



Los efectos psicológicos del edentulismo completo, que van desde afectaciones mínimas a un estado de neurosis. Si bien es verdad que las dentaduras completas son capaces de resolver las necesidades de muchos pacientes, existen algunos cuyas vidas se ven significativamente afectadas. (13-14)

Los principales efectos de la pérdida de los órganos dentales son aspectos sociales que afectan directamente al sujeto. Muchas personas ven truncadas sus relaciones amorosas porque les preocupa besar o relacionarse con personas que desconocen de su discapacidad oral. (13-14)

Esto va directamente relacionado con la pérdida de autoestima y la insatisfacción del aspecto físico personal. Hasta tal punto que algunas personas evitan el contacto social y salen poco de casa o intentan hablar lo mínimo posible. (13-14)

Este último aspecto se debe a que el 88% de los edéntulos totales con prótesis removibles reconocen algunas dificultades para hablar y el 25% refiere problemas significativos. La incomodidad de las prótesis también es uno de los causantes indirectos de estos problemas, ya que solo el 80% de edéntulos dice poder llevar ambas prótesis removibles todo el tiempo. Algunos pacientes llevan solo una prótesis, normalmente la maxilar, mientras que un 7% son incapaces de portar a toda hora sus dentaduras y se vuelven “inválidos orales”. (13-14)



CAPÍTULO V

ESTRÉS Y ANSIEDAD PROBLEMAS PSICOLÓGICOS.

5.1 Estrés y Ansiedad.

El estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir frustrado, furioso o ansioso. ⁽¹⁵⁾

La ansiedad es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación, la fuente de estos síntomas no siempre se conoce. ⁽¹⁵⁾

El estrés es una sensación normal que, en bajas dosis, puede ayudarlo a uno a hacer las cosas y no afecta a todo mundo de la misma manera.

Algunos síntomas de estrés en el cuerpo son dolor abdominal, dolores de cabeza y dolor o tensión muscular. ⁽¹⁵⁾

Cuando se está muy estresado se produce:

- Una frecuencia cardíaca más rápida
- Latidos cardíacos fuertes.
- Respiración rápida
- Sudoración
- Temblores
- Mareo

Dificultad para concentrarse, sentirse cansado la mayoría de las veces o perder los estribos con mayor frecuencia.



El estrés también puede causar problemas sexuales e igualmente puede ocasionar problemas para conciliar el sueño o quedarse dormido y pesadillas. ⁽¹⁵⁾

5.2 CAUSAS

Se produce estrés cuando hay necesidad de adaptarse o cambiar.

Los sentimientos de estrés y ansiedad son comunes en personas que se sienten deprimidas y tristes. ⁽¹⁵⁾

El uso de algunos fármacos puede causar o empeorar los síntomas del estrés.

Estos pueden abarcar:

- Algunos medicamentos para inhaladores usados para tratar el asma
- Fármaco para la tiroides
- Algunas pastillas para adelgazar
- Algunos remedios para el resfriado

La cafeína, la cocaína, el alcohol y los productos del tabaco también pueden causar o empeorar los síntomas de estrés o ansiedad. ⁽¹⁵⁾

Cuando estos sentimientos suceden con frecuencia, una persona puede tener un trastorno de ansiedad.



Otros problemas que pueden incluir estrés son:

- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno de pánico
- Trastorno de estrés postraumático. ⁽¹⁵⁾



CAPITULO VI

EL ROL DE LA PSICOLOGIA EN LA PERIODONCIA

6.1 La psicología y la enfermedad periodontal.

La psicología y la odontología son disciplinas que pudieran parecer distantes y ajenas una de la otra: sin embargo la presencia y la participación de variables psicológicas en cada momento de la vida de las personas es innegable, más aún cuando se trata de la relación e interacción con las demás a todos los niveles y en diferentes contextos. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

En el ejercicio de la odontología, y por entender en el área de la periodoncia, se entrelaza sutil e inevitablemente la psicología, cuya influencia se manifiesta de muy diversas formas en la salud física y emocional, y en el comportamiento de cada uno de los pacientes que tratamos. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

Los periodoncistas deben estar conscientes de que cada uno de nuestros pacientes reacciona y afronta de manera diferente los eventos, ordinarios y extraordinarios, a los que se enfrenta lo cual determina entre otras cosas la manera en la que se comportara. Se ha comprobado que el estrés y la ansiedad dos variables de tipo psicológico, puede participar en el desarrollo, la prevalencia y la gravedad de las enfermedades periodontales lo cual por lo general se le atribuye al efecto bioquímico que estos desencadenan en el organismo.



Sin embargo es fundamental considera que la falta de motivación, la soledad y la desesperanza que padecen las personas que sufren ansiedad crónica, influyen en el interés que tienen en su cuidado personal y por consiguiente, en la calidad de las medidas de higiene que realizan, incluyendo de la cavidad oral. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

En el caso de la enfermedad periodontal, existe una correlación positiva entre la presencia del estrés y el desarrollo o evolución de la enfermedad periodontal, lo cual explica, desde el punto de vista bioquímico, por la liberación del cortisol provocada por el estrés, el cual desencadena, a su vez, la liberación de mediadores de inflamación cuya participación es determinante en la enfermedad periodontal que afectan a los tejidos de soporte. Por otra parte desde el punto de vista psicológico en las personas que se encuentran sometidas a un estrés crónico, disminuye el interés por el autocuidado y por consecuencia por realizar una adecuada y efectiva higiene bucal, lo cual propicia el acumulo de placa bacteriana, aumentando así las probabilidades de desarrollar enfermedad periodontal. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

6.2 PAPEL DEL ESTRÉS EN LA ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

En el carácter crónico de la enfermedad periodontal está determinada la influencia de condiciones o factores de riesgo en la progresión de este cuadro patológico. Entre estas se encuentran diabetes, tabaco, desordenes genéticos, etc.



Recientemente diversos estudios (Márquez y col 2004) han intentado relacionar el estrés psicológico a la prevalencia y progresión de la enfermedad periodontal, con distintos resultados en la población estudiada, así como de las capacidad de aislar este posible factor de riesgo de otros que pudieran influir directa o indirectamente en los resultados.

Las bases moleculares y celulares de la interacción entre el sistema inmune y el sistema nervioso central y la relación que interviene directamente en el mecanismo homeostático del estrés en aspectos tanto inmunológicos como de comportamiento. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

6.3 MECANISMO PATOGENICO DE LA ASOCIACIÓN ESTRÉS-ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Esta ampliamente reconocido el impacto que produce el estrés agudo y crónico sobre el sistema inmune. El estrés agudo tiene un efecto estimulante sobre el sistema inmune, mientras que en el caso del estrés crónico (fundamentalmente con depresión) la regulación del sistema inmune podría estar disminuida. De todos modos existe una variabilidad individual en la respuesta inmunológica al estrés. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

La defensa inmune contra antígenos se ve influenciada por la interacción entre comportamientos (estrés), sistema nervioso central y células del sistema inmune. ⁽¹³⁻¹⁴⁾



Estas interacciones están mediadas por un “complejo inmuno-neuro-endocrino”. La reacción está basada en las uniones de las fibras neuronales del sistema nervioso autónomo y también en el eje hipotálamo-pituitaria-corteza suprarrenal y citosinas. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

6.4 ESTRÉS Y ANSIEDAD IMPACTO EN LA VIDA

En la actualidad, los seres humanos estamos expuestos diariamente a presiones de tipo social, laboral, emocional, las cuales generan frecuentemente niveles variables de estrés y ansiedad capaces de desencadenar en el organismo respuestas fisiológicas semejantes a las que se activan en situaciones de peligro. ⁽¹³⁻¹⁶⁾

En torno al fenómeno del estrés, al análisis de sus causas, efectos y consecuencias, se han incrementado de manera significativa en las últimas décadas; gracias a los avances en el área médica y el acceso a nuevas tecnologías ha sido posible comprender mejor los eventos neurofisiológicos, bioquímicos y psicológicos que se relacionan con la capacidad de adaptación de los seres vivos en situaciones de tensión y a la vulnerabilidad y destrucción generada por la severidad y duración de la misma enfermedad. ⁽¹³⁻¹⁶⁾

En el caso de la enfermedad periodontal, estudios demuestran (Márquez y col 2004) que existe una correlación positiva entre la presencia de estrés y el desarrollo o evolución de la enfermedad periodontal, lo cual se explica.



Desde el punto de vista Bioquímico, por la liberación de cortisol provocada por el estrés, el cual desencadena, a su vez, la liberación de mediadores inflamatorios cuya participación es determinante en la enfermedad periodontal. ⁽¹³⁻¹⁶⁾

Por otra parte desde el punto de vista psicológico en las personas que se encuentran sometidas a un estrés crónico, disminuye el interés por el autocuidado y consecuentemente por realizar una adecuada y efectiva higiene bucal lo cual propicia el acumulo de placa bacteriana aumentando así las probabilidades de desarrollar enfermedad periodontal. ⁽¹³⁻¹⁶⁾

Ahora bien las reacciones que se asocian al estrés se deben a la participación de dos sistemas que se encuentran íntimamente relacionados: el sistema simpático-adrenal y el eje hipotálamo-hipófisis-corteza suprarrenal (HHS). ⁽¹³⁻¹⁶⁾

Cuando el cerebro detecta una situación o evento que es reconocido o valorado como (amenazante o dañino) esta información se trasmite al hipotálamo en el cual se procesan las emociones y algunos de los impulsos básicos, como el metabolismo, el apetito, la sed, el sueño, temperatura, entre otros. ⁽¹³⁻¹⁴⁻¹⁶⁾

El hipotálamo dispara una de las primeras respuestas al estrés: la activación del sistema nervioso simpático, corresponde a la respuesta descrita por Walter Cannon que es conocida como fight or flight (pelear o huir.) ⁽¹³⁻¹⁴⁻¹⁶⁾



Posteriormente, la activación del sistema nervioso simpático estimula a la medula suprarrenal la cual empieza a secretar catecolamina, donde la epinefrina y la norepinefrina son las más importantes, siendo las responsables de varios de los efectos característicos en la respuesta al estrés como elevación de la tensión arterial, aumento en la frecuencia cardiaca, sudoración y vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos. (13-14-16)

Además de la activación del sistema nervioso simpático, se activa de manera paralela el eje hipotalámico-adenohipofisario-corteza suprarrenal (HHS), cuya participación fue descrita por Hans Selye en lo que él llamó etapas de alarma resistencia y agotamiento y constituye su teoría del síndrome de adaptación general. (13-14-16)

Ahora ¿Qué relación tienen las variables psicológicas como el estrés y la ansiedad, con la enfermedad periodontal? Los seres humanos estamos sometidos a numerosos estresores de manera rutinaria y muchas veces sin percatarnos de ellos, hay situaciones que desencadenan una importante carga adicional de tensión ansiedad y estrés, como sucede en la odontología. (13-14-16)

De hecho existe un tipo específico de ansiedad conocida como ansiedad dental y se describe como la intranquilidad que experimentan ciertas personas a veces con el solo hecho de imaginarse sentado en el sillón del consultorio. (13-14-16)



6.5 ANCIEDAD DENTAL

El miedo al dentista se refiere al temor de recibir atención dental. Una forma grave de este miedo (fobia específica) se llama indistintamente fobia dental, odontofobia, dentophobia, fobia al dentista, o ansiedad dental. Sin embargo, se ha sugerido que no se utilice el término “fobia dental” para las personas que no sienten que sus temores sean excesivo o irracionales y se asemejan a las personas con un trastorno de estrés post-traumático, causado por experiencias traumáticas dentarias anteriores. ⁽¹⁶⁾

Se estima que hasta un 75% de los adultos experimentan algún grado de temor dental, de leves a graves. Aproximadamente del 5 al 10% de los adultos experimentan fobia dental, es decir, que están tan temerosos de recibir el tratamiento dental que evitan la atención dental a toda costa. Muchas personas, dentalmente temerosas, sólo buscan atención dental cuando tienen una emergencia dental, como un dolor de muelas o un absceso dental. Las personas que son muy temerosas de la atención dental a menudo experimentan un “ciclo de evasión”, en el que se evitan los cuidados dentales debido al miedo hasta que experimentan una emergencia dental que requiere tratamiento invasivo, que puede reforzar el miedo de la odontología. ⁽¹⁶⁾

Las mujeres son más susceptibles a reportar más miedo dental que los hombres, y las personas más jóvenes tienden a demostrarse más dentalmente temerosas de las personas mayores. Las personas tienden a demostrar más temor de los procedimientos más invasivos, como la cirugía oral. ⁽¹⁶⁾



6.5.1 CAUSAS

Experiencias directas:

La experiencia directa es la forma más común en que las personas desarrollan miedos dentales. La mayoría de las personas dicen que el miedo dental se inició después de una experiencia dental traumática, difícil y/o dolorosa. Sin embargo, las experiencias dolorosas o traumáticas dentales por sí solas no explican por qué las personas desarrollan fobia dental. La forma percibida del dentista es una variable importante. Los dentistas que se consideraban “impersonales”, “despreocupados”, “desinteresados” o “fríos” dieron lugar a altos temores dentales en los pacientes, incluso en ausencia de experiencias dolorosas, mientras que algunos estudiantes que habían tenido experiencias dolorosas no desarrollaron miedo dental si percibían a su dentista cariñoso y cálido. ⁽¹⁶⁾

Experiencias indirectas

- Aprendizaje vicario: el miedo dental puede desarrollarse cuando las personas escuchan las experiencias traumáticas de los demás o puntos de vista negativos de la odontología (aprendizaje vicario).
- Medios de comunicación: la imagen negativa de la odontología en los medios de comunicación y los dibujos animados también pueden contribuir al desarrollo del miedo dental.



- Generalización del estímulo: el miedo dental puede desarrollarse como resultado de una experiencia traumática anterior en un contexto no-dental. Por ejemplo, las malas experiencias con los médicos o entornos hospitalarios pueden hacer que las personas teman las batas blancas y los olores antisépticos, que es una de las razones por qué los dentistas hoy en día a menudo optan por llevar menos ropa “amenazante”. Las personas que han sido sexualmente abusadas física o emocionalmente también pueden encontrar la situación dental como “mortal”.
- Desamparo y percepción de falta de control: Si una persona cree que no tiene medios de influir en un evento negativo, experimentará impotencia.
- La creencia opuesta, que uno tiene control, puede conducir a disminuir el miedo. Por ejemplo, la creencia de que el dentista se detendrá cuando el paciente da una señal de stop disminuye el miedo. La impotencia y la falta de control también pueden ser resultado de experiencias directas, por ejemplo, un incidente en el que un dentista no se detiene ni siquiera cuando la persona estaba en obvio dolor. ⁽¹⁶⁾

6.6 RELACION DE LA PSICOLOGÍA CON LA PERIODONCIA

Los seres humanos estamos sometidos a numerosos estresores de manera rutinaria y muchas veces sin percatarnos de ellos, hay situaciones que desencadenan una importante carga adicional de tensión, ansiedad y estrés, como sucede en la odontología. ⁽¹³⁾



Está bien sabido que la visita al odontólogo han sido descritas tradicionalmente como eventos desagradables y poco placentero, idea que prevalece entre muchas personas a pesar de los avances en esta área de salud. Tal pareciera que los esfuerzos realizados por los odontólogos para crear un ambiente de tranquilidad y confianza en el consultorio dental no tienen efecto en los pacientes. ⁽¹³⁾

De hecho existe un tipo específico de ansiedad conocida como ansiedad dental y se describe como la intranquilidad que experimentan ciertas personas a veces con el solo hecho de imaginarse sentados en el sillón del consultorio. ⁽²⁵⁾

En cierta forma puede ser considerado como una forma de estrés, el cual cuando se padece en forma desmedida e irracional, es conocido como fobia dental. ⁽²⁵⁾

Algunas de estas consecuencias que se derivan de estas condiciones psicológicas son la evasión a los tratamientos dentales, desarrollo de actitudes desfavorables hacia el personal involucrado (odontólogo y demás asistentes) y falta de responsabilidad en el cuidado e higiene personal incluyendo la higiene oral. ⁽²⁵⁾



6.7 EL DUELO.

El **duelo** es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, etc.). Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia. ⁽¹⁵⁻¹⁷⁻¹⁸⁾

En la actualidad se encuentra en discusión el tema de si otras especies también tienen sentimientos de duelo como los seres humanos, y en algunas de ellas se han observado comportamientos peculiares ante la muerte de sus congéneres. ⁽¹⁵⁻¹⁷⁻¹⁸⁾

6.7.1 TIPOS DE PÉRDIDA.

- **Perdidas pequeñas:**

Estas no se tiene en cuenta y pasan por nuestra vida muy desapercibidas como por ejemplo: la muerte de una planta, la separación momentánea de un ser querido.

- **Perdidas inesperadas:**

Son algo sorpresivo como, Un robo, la pérdida de un empleo.

- **Perdidas inevitables :**

- Estas comienzan desde temprana edad como, la pérdida de un diente, la pérdida del cabello.

- **Grandes pérdidas :**

Estas pérdidas tienen retorno como, la ruptura de una gran amistad, el fin de una relación amorosa. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾



6.7.2 ETAPAS PRINCIPALES DEL DUELO.

- **Fase de Negación.** Negarse a sí mismo o al entorno que ha ocurrido la pérdida
- **Fase de Enfado, Indiferencia o Ira:** Estado de euforia por no poder evitar la pérdida. Se buscan razones causales y culpabilidad.
- **Fase de Negociación.** Negociar consigo mismo o con el entorno, entendiendo los pros y contras de la pérdida. Se intenta buscar una solución a la pérdida a pesar de conocerse la imposibilidad de que suceda.
- **Fase de Dolor Emocional.** Se experimenta tristeza por la pérdida. Pueden llegar a sucederse episodios depresivos que deberían ceder con el tiempo.
- **Fase de Aceptación.** Se asume que la pérdida es inevitable. Supone un cambio de visión de la situación sin la pérdida; siempre teniendo en cuenta que no es lo mismo aceptar que olvidar. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

El duelo puede incluir tanto síntomas físicos como emocionales. Existe una gran superposición con los síntomas de la depresión. Por ejemplo, los síntomas emocionales podrían incluir los siguientes:

- Ira.
- Miedo.
- Ansiedad



- Shock.
- Desorganización.
- Ataques de pánico.
- Irritabilidad.
- Culpa.
- Soledad.
- Negociación.
- Aturdimiento.
- Confusión.
- Tristeza.
- Negación.

Los síntomas físicos del duelo incluyen los siguientes:

- Episodios de llanto.
- Diarrea.
- Mareos.
- Latidos cardíacos rápidos.
- Sentir que tiene un nudo en la garganta.
- Alucinaciones.
- Dolores de cabeza.
- Hiperventilación.
- Náuseas.
- Falta de apetito.



- Inquietud.
- Falta de aire.
- Problemas para dormir.
- Opresión en el pecho.
- Cansancio pérdida o aumento de peso. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

6.7.3 DURACION DE EL DUELO

El duelo suele durar entre 2 y 12 semanas, aunque puede persistir hasta los 6 meses cuando se trata de la pérdida de un ser querido muy allegado (Madre, hijo, cónyuge...). En el caso de que los síntomas no cesaran después de los períodos de tiempo anteriormente citados y provocaran problemas al afectado/a para desenvolverse en su vida rutinaria, es de vital importancia acudir cuanto antes a buscar la ayuda de un profesional de la psiquiatría y/o psicología, ya que la persona afectada puede estar sufriendo un episodio de depresión crónica, lo que implicaría un duelo patológico. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

No siempre se cumplen todas las etapas, ni necesariamente ocurren en el orden señalado. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

6.8 EI DUELO EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Estamos acostumbrados a asociar el concepto de duelo a la labor mental que tiene que realizar un individuo ante la pérdida de un ser querido.



Esta es la única vivencia de dolor psíquico ante una pérdida. Quisiera centrarme en estas líneas en una pérdida específica que desgraciadamente es más frecuente día a día que es la pérdida de un órgano dental ocurrida por enfermedad periodontal excluyendo de esta situaciones aquellas pérdida dentales ocurridas ante un proceso patológico, siendo en estos casos la pérdida de un órgano dental el resultado de una tardía atención de la enfermedad periodontal. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

6.8.1 LA IMPORTANCIA DEL ESQUEMA CORPORAL.

Será necesario detenernos en el estudio de la importancia y significación del cuerpo del esquema corporal en definitiva, para la vida mental. El esquema corporal es un elemento fundamental en el proceso de desarrollo y crecimiento, en la individualización y diferenciación de la persona hasta adquirir su propia identidad. El esquema corporal participa no solo de todos los pormenores y circunstancias de la evolución y crecimiento mental, sino que además es básico para los procesos de maduración y aprendizaje. Su participación en estos procesos es tanto como sujetos de maduración como objetos de la experimentación y de la realización práctica. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

El dolor también desempeña una relevante función en esta toma de conciencia corporal, ya que a través de las enfermedades y su acompañamiento doloroso adquirimos conciencia de los órganos internos y su estado. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾



Mediante este conjunto de estímulos y sensaciones polimorfos llegamos a obtener una representación general del propio cuerpo. Esta representación será la síntesis de:

1.-La aportación sensorial.

2.-De la imagen postural del cuerpo en movimiento, se refiere a todo lo que nos rodea lo cual nos permite adquirir experiencia de las capacidades motrices mediante la manipulación del medio, obteniendo pruebas de su agilidad, coordinación, habilidades entre otras.

3.- De la figura estética mediante la identificación de los elementos tales como la voz y el olor propio del cuerpo. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

El conjunto de sensaciones y estímulos corporal se proyecta en el yo. Adquiriendo así el carácter de representación mental del cuerpo, dando lugar a una imagen corporal que formara parte indisociable del mismo, que se nuclea alrededor de la proyección de esas experiencias. El cuerpo como superficie es la matriz a partir de la cual se desarrollara la noción de una identidad personal. Llamaremos esquema corporal a esta representación del cuerpo en la mente, constituyendo como objeto nuclear del conjunto de la personalidad, influenciándola mediante las expresiones que se producirán en su recorrido o experiencia vital. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾



6.8.2 EL DUELO Y SUS EVENTUALIDADES.

Freud (1917) nos sugiere que el duelo es por regla general una reacción frente a la pérdida de un ser querido o de alguna abstracción como la patria, la libertad, etc. Caracteriza al duelo como una labor psíquica que se manifiesta por la presencia de:

- Un sentimiento de dolor psíquico intenso.
- Una pérdida de interés por el mundo exterior que rodea al sujeto que ha sufrido la pérdida.
- Una pérdida de la capacidad de amar.

Y una inhibición de toda productividad que no tenga que ver o que gire alrededor de la memoria de la persona perdida. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

Posteriormente se pregunta por qué se distingue el duelo como en la elaboración del duelo como esfuerzo psíquico específico:

1.- una gradual retirada de la libido de todos sus enlaces con ese órgano dental perdido, verificando una y otra vez que el órgano dental ya no existe.

2.- esta labor requiere tiempo y energía psíquica, a veces de manera absorbente, lo que supone todo un esfuerzo, dedicación y compromiso emocional. Klein (1935-1940) apunta que la misma manera de afrontar las pérdidas y de realizar la labor del duelo, dependerá de tres experiencias vitales.



- Haber tenido y vivenciado buenas experiencias infantiles de ser cuidado de haber experimentado una buena relación con el mundo exterior, de confiar en él, le permite tener una mayor confianza de afrontar las pérdidas y de restablecer un equilibrio en su mundo interno.
- Haber experimentado la preferencia de los sentimientos amorosos hacia los demás y hacia uno mismo, sobre los sentimientos de frustración, odio y rabia que ayudaran a perder los sentimientos de confianza y aceptación, sustituyéndolos por sentimientos de desconfianza, generándose ansiedades paranoides hacia el mundo exterior.

Y que haya experimentado la capacidad de reparar el daño efectuado a los demás y el parecido internamente, lo que estimulara sentimientos de confianza y resignación ante las perdidas y una disposición a trabajar en la aceptación. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

El individuo gradualmente y poco a poco tiene que ir comprobando que ese órgano dental ya no existe, que la perdida es una realidad y que la tiene que ir aceptando lentamente, a costa del dolor emocional causado por el reconocimiento de que una parte de su cavidad oral ya no existe.

No solo tiene que aceptar la perdida, hecho que por sí mismo es laborioso, sino también que es una parte de sí mismo la que se ha perdido, como un anticipo de la muerte como pérdida total de sus funciones. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾



El significado de la pérdida de un órgano dental como una pequeña o parcial muerte anticipada es lo que caracteriza la dificultad del duelo en estas circunstancias. Si a esto le añadimos que la pérdida se ha producido de una forma súbita e imprevista de peligro para la propia integridad total y absoluta, podemos entender los obstáculos que tiene que enfrentar el paciente en su labor de duelo. (19-20)

La pérdida simboliza la muerte parcial de la muerte total que hubiera podido suceder y que en muchos casos han alcanzado a otros compañeros q sufren el mismo problema dental. La enfermedad periodontal ha significado una pérdida de un órgano dental, una muerte parcial de una parte de sí mismo. (19-20)

Inicialmente predominara un estado de euforia de haber superado la enfermedad de haberla vencido, en el peor de los casos esa euforia estimulara y facilitara una huida maniaca, negando pérdidas y triunfando sobre la enfermedad, venciendo subconscientemente la enfermedad y sus secuelas, lo que representara la imposibilidad de elaborar el duelo por lo sucedido. No es esta la evolución más frecuente sino temporalmente, dependiendo de la personalidad.



Habitualmente la persona va enfrentando los hechos, asumiendo el dolor por lo sucedido, tomando conciencia de lo que ha pasado y de lo que le habría podido ocurrirle, entrando en una fase depresiva, indicándonos así el inicio de su labor de duelo hasta lograr metabolizar y aceptar la pérdida. (19-20)

El dolor psíquico puede ser tan abrumador que el paciente busca un culpable que le permita asimilarlo, un culpable a quien responsabiliza, como tentativa de encontrar una explicación para algo de tan fuertes y dolorosas consecuencias. Si se aferra a estas actitudes iniciara un desarrollo que puede cristalizar en una idea paranoide orientada a la búsqueda de una satisfacción por el daño sufrido. Si los sentimientos hacia la propia persona y hacia el propio cuerpo era sobre valorado, puede generar autor reproches y se buscara un culpable, que a diferencia de lo descrito anteriormente ya no lo encontrara fuera si no dentro de él mismo. El propio paciente se hace culpable y responsable de la pérdida una dificultad más al dolor depresivo. (19-20)

Esta actitud puede generar conductas expiatorias para calmar o intentar calmar el auto reproches, mediante el mantenimiento del sufrimiento físico, obstaculizando inconscientemente las medidas y el mantenimiento del sufrimiento físico, obstaculizando inconscientemente las medidas rehabilitadoras o cualquier otra terapéutica encaminada a la mejora de su calidad de vida. (19-20)

Si entre los factores que predominan en la personalidad del paciente encontramos rasgos y perfiles narcisistas la pérdida dental resulta intolerable.



La pérdida supone tal herida narcisista que su aceptación resulta imposible, indigerible, bloqueando el duelo. La experiencia es de humillación y vergüenza ante los demás. Los gestos y comportamientos se orientan hacia la disimulación de la pérdida dental llegando en ocasiones a no salir de casa para no ser visto por vecinos, amigos, manteniéndose aislados y encerrados en una situación autista. Se le culpa a la pérdida dental, por el fracaso vital. No se culpa a nadie ajeno a sí mismo, sino a la pérdida dental como causante del cambio y de la transformación en su ritmo de vida. Este reproche puede dar lugar a conductas autolesivas, castigando a esta pérdida considerándola responsable, así como empeorando aún más entrando en un círculo vicioso de difícil solución que llevara a más pérdidas de órganos dentales. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

El duelo puede verse obstaculizado en aquellas personas que se encuentran en la pérdida y sus repercusiones, la causa es justificar su fracaso en la vida. Sus limitaciones personales pueden verse negadas en su fracaso encuentra su razón de ser por la pérdida dental que se convierte así en el motivo exculpatorio de tantos sinsabores vitales. Se proyecta en la pérdida dental la responsabilidad de no haber logrado determinadas metas en la vida.

Esta persona inconscientemente ha obtenido el accidente que necesitaba y el mismo fue en búsqueda de la pérdida dental hasta lograrla. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

El aforismo freudiano de que la sombra del objeto recae sobre el yo, contiene la idea de la incorporación del objeto en el yo.



Freud parece considerar que esta incorporación es un fracaso del duelo en la medida en que el sujeto no ha logrado desligarse libidinalmente del órgano dentario y sustituirlo por una rehabilitación protésica adecuada. (19-20)

La introyección del órgano dental perdido y albergado en el yo, forma parte de la labor de duelo y tiene la finalidad emocional de mantenerlo vivo en su interior. Si este proceso de introyección se realiza predominando los sentimientos amorosos al órgano dentario, el yo saldrá enriquecido psíquicamente de esa experiencia, pero si predominan los sentimientos de hostilidad, el camino que seguirá el duelo ira hacia un cuadro melancólico. (19-20)

El duelo debería facilitar que mediante esta introyección se mantenga vivo internamente el órgano dentario o la función que este realizaba permitiendo la reorganización emocional de la personalidad que abra nuevas posibilidades de contenidos para su vida futura. (19-20)

Estos pacientes que han sufrido una experiencia de pérdida dental que los han confrontado con el terror, sueñan repetidamente con la situación traumática. Sus sueños vuelven una y otra vez el suceso, despertando con renovado terror. Soñando repetidamente con lo acaecido buscan recuperar el dominio de algo que desborda su capacidad de asimilación. (19-20)

Por ello buscan canalizarlo, metabolizarlo, dominar esa experiencia inopinada, y desarrollan una angustia mental que le permita tratar lo inesperado y lo súbito como algo anticipado y así prepararse a recibirlo. (19-20)



En ocasiones el paciente no puede ni soñar con la pérdida manteniéndola como una experiencia emocionalmente congelada. En estos casos podemos augurar un peor pronóstico en la medida en que se encuentran inermes para canalizar y dar salida psíquicamente a tales impactos emocionales.

Su respuesta es la negación. Negar la realidad de lo sucedido negar la pérdida dentales y sus consecuencias emocionales de dolor y depresión.

Se encontraran exaltados, ligeramente hipomaniacos, dedicándose en los primeros días y semanas incluso de animar a los familiares. Esto es una huida psíquica y cuanto mayor sea esta huida mayor será la dificultad para la elaboración del duelo. Esta huida psíquica en la negación repercutirá gravemente en el proceso de rehabilitación. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

El dolor del miembro fantasma es la expresión del dolor de la memoria o la memoria del dolor en esta primera etapa, la presencia del fenómeno del miembro fantasma es aquel órgano dental repentinamente perdido, está al servicio del mecanismo de la negación, ya que su presencia es vivida como una demostración que anula la pérdida. El órgano dental sigue ahí, sus sensaciones no le engañan y dan pie a la creencia de la restauración de su imagen corporal, que más que una restauración es una recreación negadora, maniaca y omnipotente de sí mismo. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾



En otras circunstancias o en otros momentos evolutivos del duelo por la pérdida de un órgano dental, el fenómeno del miembro fantasma nos indica los esfuerzos compensatorios para restaurar la imagen corporal, poniendo de manifiesto la estrecha relación existente entre este fenómeno y la inervación motora voluntaria ya que donde no existe un movimiento voluntario intencional no se produce el fenómeno del miembro fantasma. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

El aparato psíquico se resiste a aceptar la pérdida y el miembro fantasma es una manera gradual de encontrar la compensación a la misma hasta que poco a poco se impone el principio de realidad y la labor del duelo se va estableciendo. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

Poco a poco se inicia un acercamiento a la realidad, dando lugar a sentimientos de desesperación y de cólera por lo que ha sucedido, de hundimiento emocional, de melancolización que estimula las conductas y comportamientos regresivos, predominando el egocentrismo, compadeciéndose de sí mismo. Las vivencias emocionales es que se han cometido una gran injusticia con ellos, no era justa la pérdida dental ni la forma en que se ha producido, surgiendo un resentimiento hacia los demás. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾

Se localiza en la parte lesionada la hostilidad y responsabilidad de la degradación del sujeto. En estas circunstancias se hacen insoportables las pérdidas, se convierten en un estigma acusador y prueba palpable de la herida narcisista que no podrá cicatrizar.



Se acompañara en ocasiones de manifestaciones autorreferenciales, consistentes en el sentimiento de que los ojos de todos los que nos rodean están focalizados en las heridas, que estas resulta lo más evidente de su cuerpo y que serán señalados así por los demás.

Esa hostilidad puede llevar incluso a agresiones físicas que complican la evolución médica de las heridas. Se le hace responsable del cambio en la vida de las personas y como causantes de tales desgracias deben sufrir castigos.

Esa rehabilitación protésica se trasforma en ajena, no pertenece al propio esquema corporal y por lo tanto se transforma en un objeto malo, odiado, y perseguidor, del que debe defenderse mediante actividades claramente autolesivas. ⁽¹⁹⁻²⁰⁾



CONCLUSIONES

- Después de la revisión de la literatura concluyo que la pérdida de un órgano dental es realmente significativa para los pacientes por que los cambios físicos, psicológicos y en su entorno social y laboral así como la mutilación de su propio cuerpo es un proceso difícil de aceptar y superar.
- La falta de información ya que es mínima y muy poca personas le dan la importancia que realmente merece a esta perdida por que el valor que se les dé a los órganos dentarios es mínima y se piensa que es algo que no tiene ninguna importancia.
- Se desconoce por completo lo que es un proceso de duelo y las etapas en las que consiste y la gran ayuda que brinda el proceso de duelo ante una perdida dental.
- Basado en la poca información encontrada sobre el tema así como la educación y los hábitos que lleva a la pérdida de un órgano dental por enfermedad periodontal nos damos cuenta que es un tema de poca importancia para los pacientes ya que no le dan el lugar que le corresponde a la pérdida dental y a la enfermedad periodontal.



FUENTES DE INFORMACION

- 1.- MILLON, T (1985) : La personalidad y sus trastornos . Martínez Roca, Barcelona, 1994 . Pp 489-492
- 3.- MILLON, T (1995) : Trastornos de la personalidad . Mas allá del DSM-IV . Masson, Barcelona, 1998 Pp. 14-16.
- 4.- EYSENCK , H.J (1952) : The effects of psychoterapy : An evaluation . Journal of Consulting Psychology, 16,319-324.
- 5.- CARRANZA S. A; Newman M. G., Takei H. H. Periodontología clínica. 9° ed. Mexico, McGraw-Hill, 1993. Pp. 443_444.
- 6.- Orban B. Periodoncia de orban. 4°ed. México Editorial Interamericana, 1975. Pp. 108-109.
- 7.- Lindhe,J., Niklaus,J. *Periodontología clínica e implatología odontológica*. 2009. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana. 5ª edición.
- 8.- Bascones A. Periodoncia básica. 1° ed. Cd. México, Editorial Lerdo, 1999. Pp. 35-45, 47-50, 64-72.
- 9.- Higashida B. Odontología preventiva. 1°ed. Cd México, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2004. Pp. 141-156.
- 10.- Anderson, J.O, Lesiones traumáticas de los dientes, Editorial labor. Barcelona 1980. Pp 113-119.



- 11.- Cohen, Stephen, Burns, Richard. Pathways of the pulp. 8°ed. Mosby St Louis, 2012. Pp 103.
- 12.- Javier, V. (2013) Las consecuencias de perder un diente, revista odontologica buccasana.es, Pp 16-24.
- 13.- Jessenia, Valencia(2009). Blog spot México. La psicología en la practica odontológica. Pp 16-32.
- 14.- Ubrey, H . Belinda, N. (2006) Evaluacion de los factores sociales y psicológicos en la enfermedad periodontal, Ed Español vol 14, Periodontology 2000, Pp 118-131.
- 15.- Diana, L.Ajjan. la curación natural de estrés, ansiedad y la deprecion 4° ed robin book, Barcelona 1994. Pp 12-34.
- 16.-Stefano, V. Luz Myriam, B. Maribel, V. (1998) Ansiedad en el paciente dental, Revista latinoamericana de psicología, vol 30, num 1, 1998, Pp 66-82.
- 17.-Allouch,Jean, erotica del duelo en tiempos de la muerte seca 1° ed. Buenos aires, ediciones literarias, 2006, Pp 16-28.
- 18.-Melanie,K. (1995) Amor, Culpa y Reparación. 4° Ed. Ediciones paido México, Pp 346-349
- 19.-Jose Luis, L.E (2001) Publicaciones científicas del centro de la congregación hospitalaria del sagrado corazón. Duelo y Pérdida Corporal. Pp 43_56.



20.-Lilo, J. (2000) Duelo y perdida corporeal 2° Ed editorial Boston ally.
Cap10