

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACION

**LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE Y EL CONTROL
DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES**

AUTORES:
Néstor Enrique Prado Ortiz
Elizabeth Rodríguez Pana

Asesor Metodológico:
Dr. Carlos Sierra

Valencia, enero de 2003

INDICE

	pp.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
Justificación	6
CAPITULO II. EMOCIONES DEL ADOLESCENTE DERIVADAS DE LAS RELACIONES ODONTÓLOGO-PACIENTE EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	8
CAPITULO III. EL MIEDO Y LA ANSIEDAD Y SU RELACION CON LA CONDUCTA ADOPTADA POR LOS ADOLESCENTES EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	12
Miedo y ansiedad.....	12
Diferencias entre Miedo y Ansiedad	13
Ansiedad: principales síntomas	14
CAPITULO IV. CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO ANTE UN PACIENTE ADOLESCENTE EN LA CONSULTA.....	21
Tiempo de Trabajo.....	24
Descripción de las sensaciones	25
Presencia de los padres	25
Requisitos del Equipo de Trabajo.....	26

CAPITULO V. ALTERNATIVAS VIABLES A OBJETO DE MEJORAR LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS QUE PRESENTAN ALGUNOS PACIENTES EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	27
Relación Odontólogo-Paciente	27
Técnicas más usadas	31
CAPITULO VI. INVESTIGACIONES INTERNACIONALES RELACIONADAS CON LA INTERACCION ODONTÓLOGO-PACIENTE Y EL CONTROL DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD EN PACIENTES ADOLESCENTES.....	34
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA.....	47

Dedicatoria

A Dios, que nos iluminó el camino para el logro de esta meta.

A nuestros padres, razón de mi existencia.

A Diana, mi esposa, por su constante y permanente apoyo.

A Laura, mi hija, quien, con su presencia, dio ánimo a mi vida para seguir adelante.

A Alfredo, mi esposo, por su constante y permanente apoyo.

A nuestros demás familiares, amigos y Profesores gracias.

Agradecimiento

A los Profesores; Azorena Martínez y Carlos Sierra, por sus valiosas orientaciones como tutores en la realización de este trabajo.

A la Sra. María Ortiz, por su apoyo en la transcripción de la tesis.

Al Sr. ITO, por su ayuda y colaboración en momentos necesitados.

A todos mis compañeros de estudio por la unión que mantuvimos para alcanzar esta meta.

A todos, gracias

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE**

**DESCRIBIR LA RELACION ODONTÓLOGO-PACIENTE EN LA
CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS-
MIEDO-ANSIEDAD**

Autores: Néstor Enrique Prado
Elizabeth Rodríguez Pana

Tutor: Dr. Carlos Sierra
Enero de 2003

RESUMEN

La presente investigación es de tipo documental, tuvo como propósito describir la relación odontólogo-paciente en la consulta odontológica, en los aspectos psicológicos del miedo y ansiedad. La adolescencia es conocida como una etapa de transición en la vida del hombre, por lo tanto en el individuo se presenta psicológicamente un estado conflictivo entre sus pensamientos, razonamientos y conocimiento. Estos pacientes están predispuestos al tratamiento odontológico, presentan inseguridad, miedo, predisposición al dolor físico, dificultad de comunicación, etc, lo cual hace más difícil la relación odontólogo-paciente. La pubescencia es una etapa de rápido crecimiento, maduran las funciones reproductivas y aparecen los caracteres sexuales secundarios. El final de la adolescencia está determinado por factores psicológicos y sociales tales como la independencia. El miedo y la ansiedad son estados de desorganización del organismo. Entre ellos existen claras diferencias; en el miedo el sujeto conoce el objeto al cual teme, en la ansiedad el sujeto desconoce el objeto que lo amenaza. Esta situación se presenta como consecuencia de que los padres llevan al niño al odontólogo cuando tiene un problema dental. El odontólogo debe explicar a sus pacientes el propósito del tratamiento, utilizar técnicas de relajación, distraer al paciente del campo que opera y reflejar una conducta positiva. Se concluye que el odontólogo debe transmitir a sus pacientes la suficiente confianza permitiendo dejar el temor y recuperar la tranquilidad necesaria para continuar su labor. Esta actitud positiva permitirá al paciente continuar con el tratamiento bajo un clima de confianza y seguridad

INTRODUCCIÓN

Indiscutiblemente, para niños, jóvenes y adultos, la consulta odontológica se convierte en un agente estresor, que funciona como estímulo para ocasionar ansiedad, miedo, y rechazar al odontólogo y al ambiente que lo rodea. Tales estímulos pueden negar la calidad del trabajo odontológico y hasta disminuir la afluencia de pacientes.

De tal modo que para el dentista es de vital importancia aprender a identificar los diferentes estímulos e internalizar los que provocan respuestas positivas y aprender a desechar los que interfieren negativamente en su labor.

El ambiente es un factor importante que ayuda a transmitir confianza, Un consultorio debidamente acondicionado, unido a técnicas y estrategias utilizadas por el odontólogo y su auxiliar, tales como una conversación amena, con un tono de voz agradable, videos de paisajes que trasladen al paciente a escenarios naturales, terapias musicales de melodías que permitan el relajamiento, pueden servir como herramientas para que el paciente se sienta a gusto y desee la próxima consulta.

El odontólogo debe prepararse psicológicamente para evitar el miedo y la ansiedad que genera el equipo profesional: (taladro, inyectora, sillón...). Para ello ofrecerá a sus pacientes un cúmulo de virtudes que se traducen en: tolerancia, paciencia, afecto, calidez, bondad, amistad, etc).

Obviamente el ser humano es esencialmente complejo cuando de actitudes se trata. Cada uno es un caso particular que el dentista

deberá controlar y manejar para llevar a cabo una tarea que produzca resultados positivos en el menor tiempo posible.

El presente estudio pretende contribuir a optimizar la relación paciente-odontólogo, especialmente en adolescentes. Como se sabe, esta es una etapa de profundas complejidades que debe ser coordinada a través de los padres, el profesional de la salud, en este caso el odontólogo y el paciente, para erradicar, en lo posible, el miedo y la ansiedad, factores negativos en la consulta odontológica.

Esta investigación, en su parte inicial está referida al Planteamiento del Problema; seguidamente trata sobre emociones del adolescente derivadas de las relaciones odontólogo-paciente en la consulta odontológica; luego se refiere a la conducta del odontólogo ante un paciente adolescente en la consulta; asimismo, describe la ansiedad y el miedo y su relación con la conducta adoptada con los adolescentes en la consulta odontológica; igualmente se proponen alternativas viables a objeto de mejorar los aspectos de carácter psicológico que presentan algunos pacientes en la consulta odontológica.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

A lo largo de los años se han podido observar, en las salas de espera, pacientes adolescentes que aguardan ser atendidos, durante este tiempo estos pacientes desarrollan poco a poco muchos miedos y ansiedades hacia el tratamiento odontológico que creen que van a recibir, debido a esto al momento de entrar al consultorio presentan una mala disposición con su odontólogo.

Son entonces, el miedo y la ansiedad, las razones que llevan a pacientes adolescentes a desarrollar en el momento de la consulta una actitud negativa caracterizada por inseguridad, predisposición al dolor físico, dificultad de comunicación, agresividad, incapacidad de cooperación e indecisión, actitudes éstas que dificultan al odontólogo, no preparado para atender a estos pacientes y hacen más difícil la situación tanto para ellos como para sus pacientes.

Este problema se desarrolla en forma diferente en cada paciente, los cuales exteriorizan su miedo, en el momento de la consulta odontológica, sobre la base de las experiencias externas obtenidas durante la niñez. A éstas se suman factores íntimos tales como: la personalidad, los procedimientos, el miedo a lo desconocido, a sufrir daños físicos y a perder el control, entre otras cosas.

Los factores anteriormente mencionados aunado a la carencia de información por parte del odontólogo, para actuar con un paciente adolescente propicia en la mayoría de los casos, una situación poco favorable para el buen desenvolvimiento de la relación odontólogo-paciente.

También contribuye a este problema el ambiente físico del consultorio, como por ejemplo, largas distancias entre la sala de espera y la entrada al consultorio, los ruidos, tanto externos como internos, la iluminación, etc.

Se hace énfasis en la importancia de este tema ya que de no corregir las fallas actuales al atender adolescentes, continuará existiendo en el país una gran cantidad de jóvenes con un lamentable estado de salud bucal, trayendo como consecuencia adultos desdentados. Esta situación acarrea problemas digestivos debido a la dificultad masticatoria, lo cual repercute en enfermedades digestivas, nerviosas, psicológicas, etc., lo que produciría, entonces, una disminución en la capacidad de vida del venezolano.

De lo anteriormente expuesto se desprende que el propósito de esta investigación es determinar ¿Cómo es la relación odontólogo-paciente y el control del miedo y la ansiedad en los adolescentes?.

Objetivo General

Describir la relación Odontólogo-Paciente en la consulta odontológica en los aspectos psicológicos (miedo-ansiedad).

Objetivos Específicos

- Explicar las emociones del adolescente derivadas de la relación Odontólogo-paciente en la consulta odontológica.

- Describir la ansiedad y el miedo y su relación con la conducta adoptada por los adolescentes en la consulta odontológica.

- Describir la conducta del Odontólogo ante un paciente adolescente en la consulta.

- Proponer alternativas viables a objeto de mejorar los aspectos de carácter psicológico que presentan algunos pacientes en la consulta odontológica.

- Comentar investigaciones internacionales con la interacción Odontólogo-Paciente y el control del miedo y la ansiedad en pacientes adolescentes.

Justificación

La realización de este trabajo de investigación, ha surgido por la necesidad de verificar cómo es la relación entre el odontólogo y los pacientes adolescentes en el momento de la consulta odontológica.

Se considera de suma importancia, tanto para el odontólogo como para el estudiante de odontología, la revisión y lectura de este trabajo con el objetivo de poder modificar su actitud y tener un comportamiento diferente con estos pacientes así como despertar la iniciativa de promover la realización de cursos de actualización y perfeccionamiento sobre los odontólogos y la adolescencia e incluso ampliar en las universidades las cátedras de “Atención odontológica al niño y al adolescente” para que, en su programa, se incluya información más detallada de cómo atenderlos.

En vista de la situación planteada, se espera con este trabajo, aportar conocimientos científicos con los cuales se forme conciencia a nivel de todo profesional de la odontología de que, al atender a estos pacientes, se deben tener los conocimientos básicos, técnicos, científicos y psicológicos para que así puedan ofrecer una atención odontológica realmente óptima.

El estudio de la atención odontológica en los adolescentes, tanto a nivel privado como de universidades resultará, entonces, en un futuro próximo en un beneficio general para toda la comunidad, ya que cada odontólogo estará mejor preparado para atender a la juventud venezolana y así habrá, más adelante, personas adultas con mejores condiciones de salud bucal, salud general y por lo tanto mayor

capacidad productiva y mayor estado de ánimo que le permitirá crecer en su familia, en su trabajo y en su propia vida.

CAPITULO II

EMOCIONES DEL ADOLESCENTE DERIVADAS DE LAS RELACIONES ODONTÓLOGO-PACIENTE EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

La adolescencia marca el renacer del ser humano, por todos los cambios físicos que conlleva y por ser el anuncio de lo que será la edad adulta. La totalidad de la forma corporal cambia de tal modo que parece ya un adulto, aunque sus emociones y sus capacidades intelectuales no se encuentren al mismo nivel de madurez.

Este proceso se inicia con la pubescencia. En esta etapa de rápido crecimiento maduran las funciones reproductivas, los órganos sexuales y aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Esta etapa finaliza cuando el individuo es totalmente maduro y capaz de reproducirse. Aunque la edad media de la pubertad son los doce (12) años para la mujer y los catorce (14) para el varón, existe un muy amplio margen de edades que pueden ser consideradas normales. El final de la adolescencia es todavía más difícil de determinar, ya que está definido por factores psicológicos, sociales y legales, tales como: la independencia, la elección de carrera, la capacidad de votar, el ingreso en el ejército, casarse o como define un padre “la edad adulta”, no pedir dinero en casa nunca más.

Estos repentinos cambios desconciertan a los jóvenes y los hacen preguntarse qué personas han sido hasta ahora y en quiénes se están convirtiendo. Se preguntan: ¿Soy la misma persona que solía ser?, y

tratan de descifrar su mayor preocupación: realizarse en la vida. Están en peligro de sentirse confusos, razón por la cual es éste un período de agitación y tensión.

Esta situación motiva para que muchos jóvenes se sientan abrumados y mal preparados para tratar con los nuevos acontecimientos, nuevas tecnologías y los nuevos roles, razón por la cual son propensos a resistir con fortaleza salvaje propia de los animales y se sienten, de repente, forzados a defender sus vidas. (Solanes, J., 1989, p. 144)

Se infiere que el Odontólogo debe, necesariamente, prepararse, desde el punto de vista psicológico, sociológico, para tratar de comprender las actitudes que presentan los pacientes adolescentes.

En este sentido, se observa que, cuando se trabaja con este tipo de pacientes, se realizan contratos conductuales en los que se les permite asumir un papel más activo en la negociación de los privilegios contingentes a la ejecución de ciertas conductas, así como en la selección de las conductas que tanto ellos como sus padres deben modificar. El intercambio de conductas positivas entre los padres y el adolescente se realiza sobre una base recíproca. (Ibídem, p. 144)

El odontólogo, en consecuencia, debe estar capacitado para manejar esta situación y en tal sentido lograr la reciprocidad de una reacción afectiva que beneficie a todos los involucrados en el hecho (odontólogo-adolescente-padres).

Mc. Donald, R., (1996) dice que la importancia de la relación odontólogo-adolescente constituye el objetivo primario durante los procedimientos odontológicos, y consiste en llevar a los adolescentes

paso a paso para que desarrollen actitudes positivas hacia el odontólogo.

La mayor parte de los adolescentes progresa con facilidad y agradablemente a través de la visita al odontólogo, sin que se ejerzan presiones indebidas sobre ellos mismos o sobre el equipo odontológico. Estos éxitos pueden ser atribuidos a la confianza del adolescente, su preparación adecuada desde su niñez por parte de los padres para la visita o bien a las excelentes cualidades comunicativas del equipo odontológico.

Por otra parte las experiencias de algunos adolescentes en el consultorio les provocan miedo y ansiedad y el principio de una actitud negativa hacia el odontólogo. A veces estos pacientes controlables, pero agresivos, pueden ser tratados sin medicación, siempre que se empleen las técnicas psicológicas apropiadas.

Sin embargo, la comprensión plena y la consciente implementación de las estrategias pueden llevar a mejorar, de manera significativa, la capacidad para abordar a los pacientes adolescentes.

Ante los conflictos, los jóvenes pueden experimentar diversos sentimientos, tales como: soledad, vergüenza y culpabilidad, los que a su vez generan miedo, angustia o ansiedad. Asimismo, en la mayoría de los casos, la buena orientación de estos temores hace que estos pacientes los vayan superando con la madurez, pero en otros casos, el miedo a la soledad se convierte en ansiedad; y es tal la intensidad de este sentimiento, que lleva al adolescente a sacrificar sus criterios, principios y libertad con tal de evitar el enfrentamiento con su odontólogo.

Es esta una etapa de grandes conflictos en donde el individuo penetra en un mundo hacia la búsqueda de sí mismo y en este sentido, se va a proyectar en unos niveles de inseguridad que lo conducen a enfrentar con dificultad la relación con su odontólogo. Por lo tanto es aquí, donde se requiere que el odontólogo tenga una preparación adecuada para que pueda proporcionar a sus pacientes bienestar, tranquilidad y seguridad.

CAPITULO III

EL MIEDO Y LA ANSIEDAD Y SU RELACION CON LA CONDUCTA ADOPTADA POR LOS ADOLESCENTES EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Miedo y Ansiedad

El miedo es una emoción desagradable causada por una amenaza real o imaginaria de peligro. Es una respuesta primitiva que protege al individuo contra daños. Además, la ansiedad es un estado de desorganización del organismo mismo. Cuando se acompaña de ciertas sensaciones corporales, como palidez, sudoración, sensación de vacío en el estómago y otras, se transforma en angustia.

Fisiológicamente implica cambios bioquímicos y fisiológicos, con participación del sistema nervioso de la vida de relación, el sistema endocrino y el sistema neurovegetativo. Esto significa que, proporcional a la intensidad de la ansiedad, el funcionamiento interno del individuo se desorganiza y la relación de la persona con el mundo objetivo se debilita hasta el punto, que en casos severos experimenta una “disolución de sí mismo” (Ripa, B., 1984, p. 41).

Es de hacer notar que las reacciones de los pacientes adolescentes, en el consultorio odontológico, desde el punto de vista de las reacciones provocadas por una alteración del sistema neurovegetativo, del sistema endocrino y a su vez, el sistema nervioso, son totalmente normales, y se producen por la situación que tiene el

paciente que enfrentar en el interior de un consultorio odontológico. Es por lo tanto natural que una persona tenga reacciones histéricas, emocionales, que lo lleven a rechazar el tratamiento, y a asumir una conducta inapropiada consigo misma, - dada su aparente madurez - y con su odontólogo.

Tanto la ansiedad como el miedo son reacciones globales de la personalidad, pero entre ambas existen claras diferencias:

- En el miedo: el sujeto conoce al objeto al cual teme, como la amenaza es externa, sabe de dónde viene el peligro: no hay conflicto presente y su duración es aguda.

- En la ansiedad, el sujeto desconoce el objeto que lo amenaza, pues esta proviene del sujeto mismo, su duración es crónica, siempre está latente en el individuo y el conflicto está presente.

Diferencias entre Miedo y Ansiedad

	MIEDO	ANSIEDAD
OBJETO	Conocido	Desconocido
AMENAZA	Externa	Interna
DURACIÓN	Aguda	Crónica
CONFLICTO	Ausente	Presente

(Ibídem, pp. 40, 41)

Según Freud, citado por Ripa, B. (1984), los mecanismos de defensa contra la ansiedad son:

La represión consiste en alejar del campo de la conciencia los impulsos, tendencias o recuerdos que puedan producir ansiedad. Esta

exclusión o represión puede realizarse sobre objetos reales, y hay una negación de la realidad externa; también puede revisarse sobre alguna parte del cuerpo.

Racionalización: es una forma de negación en la que, para evitar el conflicto, se dan razones o argumentos para las conductas de individuos. Generalmente, éste proporciona razones socialmente aceptables a su propia conducta, pues la razón verdadera no es admisible en su conciencia, y si llegara a ella provocaría dolorosos sentimientos de culpa que le proporcionaría fuerte ansiedad. Por ejemplo, el padre que castiga duramente a su hijo, diciendo que lo hace por su bien, cuando realmente lo hace para desahogar la ira que siente contra el niño. (p. 42)

Ansiedad: principales síntomas

Se puede definir la ansiedad como una respuesta emocional o conjunto de respuestas que se manifiestan en cuatro (4) áreas de la persona: conectiva o de pensamiento, conductual, motora y psicofisiológica.

Las reacciones de ansiedad pueden ser provocadas tanto por estímulos internos como externos, es decir por hechos ocurridos a la persona, por pensamientos, o por ideas o imágenes mentales que son percibidos por el individuo como amenazantes.

La ansiedad, como reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro está presente a lo largo de toda la vida y en ocasiones sirve de protección ante posibles peligros.

Los cambios corporales que tienen lugar durante la reacción emocional o estado de ansiedad, como el aumento del ritmo cardiaco y de la presión sanguínea, la elevación del tono muscular, el aumento del ritmo de la respiración, la disminución de la función digestiva y sexual, etc, sirven para llevar a cabo con más posibilidades el éxito de una reacción de huída o ataque ante aquello que suponemos una amenaza. Un ruido inesperado, pasos en una calle solitaria...puede producir, de forma inmediata, una reacción de ansiedad que prepara a las personas para la acción. (Felbau, E., 1989, p. 75)

Esta reacción de huída es la que experimentan los pacientes adolescentes cuando se enfrentan a la consulta odontológica y es allí, donde se hace necesario la presencia del odontólogo quien, a través de una terapia psicológica natural que debe poseer de manera intrínseca y que contribuya a disminuir la ansiedad.

El odontólogo debe, en todo momento, tratar de lograr que sus pacientes se sientan a gusto. Conversar con ellos. Es importante que el sonido de su voz sea agradable para llevarlos a un estado de relajamiento profundo. Es su tarea, disminuir la ansiedad y, en tal sentido, debe poseer conocimientos de técnicas de relajación a través de las cuales debe enseñar a sus pacientes a modificar la manera de respirar, solicitándoles que lo hagan lentamente, lo más natural posible, permitiendo que el aire entre y salga de los pulmones, con alivio, con tranquilidad y paz, para alcanzar el éxito deseado.

La preocupación, la inseguridad, el miedo o temor, la aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, tomar decisiones,

sensación de desorganización, pérdida de control, dificultad para pensar con claridad, son algunas de las respuestas inadecuadas que motivan la ansiedad.

Por lo tanto, las situaciones de sudoración, taquicardia, dificultad respiratoria, rubor facial, náuseas, vómitos, diarreas, molestias digestivas, tensión muscular, temblores, fatigabilidad excesiva, etc, se van a presentar en un paciente cuyo sistema nervioso se enfrenta a lo que considera una situación de peligro, como es, en este caso, el consultorio odontológico.

Se requiere que el odontólogo tenga un cúmulo de paciencia, tolerancia, comprensión ante un adolescente que experimente las reacciones señaladas en párrafos anteriores.

Además de lo descrito anteriormente, también se observan reacciones de tartamudeo, paralización, temor que hacen que el paciente rechace la unidad odontológica. Se presenta, entonces, en el interior del organismo del paciente una búsqueda constante de su equilibrio.

Desde el momento del nacimiento, el ser humano queda expuesto a una serie de situaciones en su relación con el medio externo, lo que obliga al organismo a buscar constantemente un equilibrio, el cual ha sido denominado por los estudiosos, "equilibrio homeostático".

La pérdida del equilibrio homeostático crea un estado de tensión en el individuo. Bleger, (1996) sostiene que la tensión recibe distintos nombres, según su predominio en algunas de las áreas de manifestación de la conducta, si aparece en el área de la mente, se denomina ansiedad, se aparece como fenómeno predominante en el

cuerpo, se denomina angustia y si aparece ligada a un objeto concreto se llama miedo. (p. 86)

La conducta es, por lo tanto, una respuesta al estímulo y a la vez una defensa, por cuanto protege al individuo de la desorganización.

Los conflictos se plantean en la vida diaria de cada individuo, como consecuencia de las situaciones naturales y sociales y éste reacciona con diversas conductas, que son reacciones del organismo ante la situación total.

Lewin, (1990) ha estudiado tres tipos de conflictos:

- El de atracción-atracción: en donde el sujeto se enfrenta con dos objetos atractivos, que él desea pero que son incompatibles entre sí, por ejemplo, decidir entre dos carreras que le son igualmente atractivas.

- El conflicto rechazo-rechazo: en donde el sujeto se ve obligado a escoger entre dos objetos o situaciones desagradables para él, por ejemplo, el soldado que debe decidir entre matar a otro para defenderse o huir y pasar por cobarde.

- El conflicto de atracción-rechazo: en donde el sujeto se enfrenta con dos tendencias o actitudes contradictorias, dirigidas hacia el mismo objeto. Esta tendencia contradictoria hacia el mismo objeto se llama Ambivalencia. Por ejemplo: amar y odiar al mismo tiempo a la misma persona.

La conducta del individuo es la respuesta de su organismo a estímulos provenientes del medio que lo rodea, y que lógicamente estas conductas van cambiando a medida que el individuo crece y

madura. Las reacciones emocionales primarias están representadas básicamente por la ira y el miedo.

La ira tiene manifestaciones corporales, como el llanto, enrojecimiento del rostro, pataleo y otras. En el miedo, en cambio, ocurre palidez, paralización momentánea, posturas fetales, etc.

Por lo que, estos estímulos o situaciones se le pueden plantear en forma de conflictos, que son situaciones amenazantes para su vida emocional.

Los seres humanos, en sus primeros años de vida, dependen de otras personas para su subsistencia. Temen, por tanto estar solos, y la separación de la madre, por ejemplo, constituye para él una amenaza mortal pues, ella es fuente de alimento, protección y sobre todo, de amor.

La privación del amor materno es una fuente que genera conflictos existenciales y puede dar origen a casos de neurosis infantil. Esto permite inferir que en la medida en que el niño crece va reflejando sentimientos de inseguridad que lo llevan a manifestar una sensación de angustia que se hace intolerante, pues en la adolescencia el joven siente vergüenza de hacer el ridículo ante situaciones extremas y reacciona intensamente frente a ellas.

Esta reacción puede llegar a ser irracional es decir, la forma de reaccionar frente al estímulo (unidad) puede ser excesiva pues, el paciente “no logra controlar voluntariamente el miedo y recurre a un mecanismo de evitación” (Conger y Peterson, 1984, p. 92). Las fobias llegan a ser tan intensas que provocan reacciones fisiológicas graves

que interfieren las actividades cotidianas. En el contexto odontológico, pueden ocasionar episodios de síncope agudos (Ibídem, p. 104)

El proceso para resolver una odontofobia verdadera puede requerir “un largo período de psicoterapia individual y farmacológica coadyuvante, sin embargo, es posible combatirlo, de donde se infiere que es primordial establecer un trato adecuado entre médico y paciente. (p.104)

Una fobia es un temor intenso e irracional. Los temores fóbicos hacia uno o más objetos son bastante comunes, pero si son tolerables o no afectan la vida normal no hacen daños. Así por ejemplo, hay quien siente temor por los lugares altos, pero como no tiene necesidad de estar en ellos, las pasa bien. Pero si una persona siente fobia de lo que no puede evitar, su sufrimiento puede ser grande. Es el caso del joven adolescente cuando se encuentra en el interior de un consultorio, los momentos de espera pueden provocar en él una conducta irracional, muchas veces estimuladas por traumas ocurridos durante la infancia.

Un famoso poeta y profesor de la universidad de Wisconsin, William Ellery, (1927) sentía fobia al alejarse de su casa. Durante años, su temor lo convirtió en prisionero dentro de una minúscula área geográfica, aunque ignoraba las causas que le provocaba este miedo...Con la ayuda del psicoanálisis recordó un incidente que lo asustó en su niñez. Se había alejado de su casa, caminaba sobre vías férreas cuando un tren que iba por otra vía lo quemó con un chorro de vapor...(Morgan, 1989. p. 295)

Es frecuente encontrar personas con fobia, como en el caso anterior que presenten situaciones “traumáticas” o aterradoras que

generalmente han ocurrido durante la infancia y es, en la adolescencia donde se van a manifestar con mayor intensidad.

CAPITULO IV

CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO ANTE UN PACIENTE ADOLESCENTE EN LA CONSULTA

El niño es un ser en constante desarrollo, su evolución es cualitativa y cuantitativamente más importante que la del adulto. Este proceso de desarrollo depende de las continuas interacciones con el ambiente que le rodea, de tal forma que el joven interactúa con su ambiente, modificándolo, y este ambiente a su vez influye sobre él y lo modifica.

El niño tiene frecuentes oportunidades para experimentar las sensaciones propio-receptivas relativas a la fiebre, malestar general, cefalea, etc, y adquirir experiencia sobre los recursos terapéuticos – jarabes, inyecciones, pastillas, etc.-, debido a que en la infancia se sufren múltiples experiencias de enfermedades.

Este tipo de experiencias le permite conocer los procedimientos y técnicas diagnósticas y el papel de los profesionales de la salud. Según Sanabria, (1986) “Las ideas sobre la salud, enfermedad y el funcionamiento del organismo que tiene el niño van variando a lo largo de los años en función de sus experiencias y los conocimientos teóricos que van incorporando” (p. 198)

El concepto de enfermedad va conformándose a medida que se adquieren nuevas experiencias en las diferentes etapas de la vida. En la situación ideal, los niños deberían visitar la consulta dental seis (6) meses después de la erupción de los primeros dientes.

Lamentablemente, las primeras experiencias en la consulta dental, en la mayoría de los casos, se deben a un problema concreto que las madres consideran que tiene el niño o una lesión de la que el niño se queja espontáneamente. Una visita en la que no se controle adecuadamente la ansiedad dental, y no se ayude al pequeño paciente a vivir la experiencia como algo positivo pueden ser de considerable relevancia en la futura actitud de ese paciente ante el odontólogo.

En el manejo de la ansiedad dental, el papel de la auxiliar dental, con una formación adecuada, representa un recurso de incalculable valor. Las técnicas de distracción, conjuntamente, con las de: decir, mostrar y hacer, son actualmente, en odontología pediátrica las que se usan con mayor éxito, y para que funcionen adecuadamente, se precisa de auxiliares con conocimientos básicos en las diferentes etapas del desarrollo del niño.

Con dos (2) años, el niño realiza actividades motoras generales, le gusta ver y tocar las cosas, juega solo, su vocabulario es limitado y no le gusta esperar. Las órdenes y las técnicas han de ser lo más cortas posibles.

A los tres (3) años es menos egocéntrico, intenta agradar y es capaz de comprender y realizar órdenes verbales. También a esa edad hay que dar órdenes sencillas y se debe premiar la conducta positiva.

A los cuatro (4) años intenta reafirmarse, imponerse, puede tener acceso de ira, en ocasiones intenta escaparse. Participa en pequeños grupos sociales y posee una gran imaginación. Son pacientes que necesitan mucha firmeza pero intentando razonar con ellos. (Ibídem, p. 198)

Los cinco (5) años son un período de consolidación de la personalidad, el niño reflexiona, es confiado y está bien equilibrado. La madre es el centro de su mundo y le gusta estar cerca y agradecerla. Con estos pacientes se debe ser firme y utilizar elogios y alabanzas.

A los seis (6) años, es un período de cambios, en el cual puede darse rabietas violentas y temores exagerados a lesiones en el cuerpo, no aceptan bien las críticas, necesitan tener razón y ganar. En esta edad debemos elogiarlos mucho, dar explicaciones detalladas y muchas alabanzas.

A los siete (7) años, el niño es más caprichoso, exige mucho de sí mismo, piensa que los demás están en su contra y que los padres son injustos. Tratan de cooperar porque desea aprobación, necesita comprensión sin demasiada indulgencia.

Los ocho (8) años es la edad de exploración intelectual, es expansivo y rápido pero le gusta dramatizar las cosas. Se debe tener en cuenta su nivel intelectual, manteniendo firmeza.

Con nueve (9) años, el niño es independiente y confía en sí mismo, le interesa más los amigos que la familia, puede ser rebelde a la autoridad y tolerante en general. A esta edad es importante no criticar demasiado y fomentar que se haga responsable de su conducta.

A los once (11) años, existe una creencia en la justicia, el trabajo en equipo, en esta etapa se debe intentar interesarle y tratarle con justicia.

Entre los doce (12) y dieciocho (18) es la búsqueda de identidad, el rechazo a la autoridad de los padres, temor a ser etiquetado y

diferente, tiene interés por el aspecto personal. Se debe tratar como a un adulto.

Lo anteriormente expuesto no son más que esbozo de las tendencias de la conducta en las diferentes edades. Es la capacidad de observación la que permitirá al o la auxiliar dental valorar en el momento y con cada paciente la actitud que permita conseguir hacer al paciente la visita más agradable.

Es importante comprender que ciertos comportamientos son lógicos a ciertas edades, pero no a otras y que la edad cronológica no va a ser forzosamente un predictor de la conducta.

Tiempo de Trabajo

Los espacios de tiempo en el que el niño presta atención o se mantiene quieto van a ser diferentes según la edad y experiencia del niño. Por ello es preferible planificar de antemano períodos de intervención cortos que se podrán ir prolongando en la medida que el tratamiento dental avance.

En los niños menores de cinco (5) años no es conveniente trabajar tiempos superiores a cinco (5) minutos seguidos y sesiones con tiempo superior a treinta (30) minutos.

Descripción de las sensaciones

El niño puede tener problemas a la hora de describir las sensaciones interoceptivas, lo que puede dar lugar a confusiones (dolor-hormigueo en anestesia troncular) o errores terapéuticos (insuficiente anestésico).

Debemos proporcionar al niño un vocabulario (notas como un “hormigueo”, “parece que está dormido”)... que designe el tipo de sensaciones nuevas que está experimentando por primera vez. (Mc. Donald 1996, p. 140).

Presencia de los padres.

La presencia de los padres en la consulta es un tema controvertido, en general, los profesionales se sienten incómodos ante la mirada ansiosa de los padres.

Se afirma que la presencia de los padres es útil en niños menores de cinco (5) años. La decisión, en definitiva, debe ser un acuerdo entre el odontólogo o estomatólogo, los padres y el niño. Sin embargo, la auxiliar puede ser muchas veces un punto de apoyo importante para el profesional y un individuo más próximo a los padres. La manera en cómo la auxiliar actúa en ir a buscar al niño a la sala de espera puede ser en ocasiones, determinante.

En resumen, todos estos acontecimientos y muchos más, debe tener una auxiliar para ayudar de forma eficiente al odontólogo en el

control de la ansiedad de los niños y de los padres ante una visita odontológica.

Requisitos del Equipo de Trabajo

Los miembros del equipo de trabajo de odontopediatría deben tener capacidad para tratar al niño durante su visita a la clínica, para que éste puede recibir las atenciones odontológicas más inmediatas y para que a largo plazo vaya aprendiendo a mantener la salud dental de forma natural.

Pero también deben conocer las características psicosociales y habilidades generales más frecuentes que pueden presentar los niños en las diferentes etapas de la vida para poder comprender y prever la conducta que se puede esperar de ellos.

En odontopediatría se establece una relación conocida como el triángulo de tratamiento odontopediátrico. (Wright, G., 1991, p. 94)

El niño figura en el vértice del triángulo, representando el foco de atención de la familia y del equipo de trabajo de la clínica. La relación de los elementos del triángulo es dinámica y cambiante y la comunicación debe ser recíproca. Para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño en la consulta, el equipo de trabajo debe comprender su conducta y la de sus padres, también debe ganarse la confianza del niño y de los padres, para ello en la primera visita se debe conseguir toda la información posible en este sentido.

CAPITULO V

ALTERNATIVAS VIABLES A OBJETO DE MEJORAR LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS QUE PRESENTAN ALGUNOS PACIENTES EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Muñoz, S., (1996) afirma que la adolescencia es una etapa de crisis ya que implica adaptarse a cambios físicos, psicológicos y medioambientales, por lo que da las siguientes recomendaciones a seguir durante la relación entre el odontólogo y el paciente:

Relación Odontólogo-Paciente

1. Las metas primarias del odontólogo son: aliviar el sufrimiento, y mejorar la salud de sus pacientes, manteniendo la dignidad de su persona. El comportamiento ético hacia los pacientes es el que en gran medida promueve e impulsa estas metas y fortalece la relación odontólogo-paciente.

2. Cuando no hay emergencia, la relación generalmente se inicia al escoger el paciente a su odontólogo y éste acepta la responsabilidad de su atención, esto se facilita cuando la selección es libre por ambas partes.

3. En el ejercicio de su responsabilidad el odontólogo debe interesarse en su paciente y tratarlo como un individuo único, con respeto y amabilidad.

4. El paciente debe ser informado y educado sobre su problema para entender y aprobar su tratamiento. A su vez él debe, con responsabilidad, participar en su propio manejo manifestándolo de una manera verbal, por escrito o a través de un responsable familiar.

5. El odontólogo tiene derecho a una compensación económica por sus servicios, sin embargo, no debe anteponer la remuneración como determinante de sus acciones. Su mayor cometido es el paciente.

6. El odontólogo es también un sujeto moral y no se puede exigir que actúe en contra de sus propios principios, motivo por el cual puede o no estar de acuerdo con todo lo que el paciente le puede solicitar o exigir, especialmente cuando va en contra de normas de ética establecidas y reconocidas. (p. 35)

Sogbe., R. (1996), en su descripción sobre la calidad de la consulta odontológica, estructura la visita al odontólogo de la siguiente manera:

1. El odontólogo le explica al paciente el propósito del tratamiento odontológico, y los objetivos específicos de cada visita.

2. Se le describe al paciente cada fase del tratamiento, dando una estimación del tiempo que durará, para lo cual deberá usarse un método apropiado para el nivel de madurez del paciente.

3. Se divide cada procedimiento en etapas y se le dice al paciente cuándo una etapa está completa. Así, durante un procedimiento de operatoria, las fases a ser descritas podrían incluir la colocación del dique de goma, la eliminación de caries, la colocación de la matriz, la condensación, el tallado, y así sucesivamente. Se prepara al paciente

para cada cambio de sensación antes de que la experimente. Esto incluye la modificación de la posición del sillón, los olores y/o sabores de algunos materiales, la luz, el ruido y/o la vibración de la pieza de mano, etc.

4. Se informa al paciente acerca de lo que se le realizará en la próxima cita.

De lo anterior se desprende que el miedo y la ansiedad son factores que inciden en la conducta de un ser humano, pero, estas manifestaciones se presentan con mayor intensidad en los adolescentes, pues, es indudable que el ambiente del consultorio y los minutos de espera provocan en el organismo un desorden nervioso alterando la psiquis, estimulando su angustia hacia una situación, si se quiere, insoportable.

Es aquí donde opera la capacidad de comprensión que debe poseer un dentista. Al observar las reacciones de inseguridad, de temor, inmediatamente ha de crear un ambiente óptimo de confianza, demostrando preocupación por su estado al tiempo que le muestra el deseo de ayuda y le brinda apoyo.

Entra en juego la psicología del dentista. Atraer al paciente para que narre los aspectos de su vida, que le permitirán conocerlo mejor. Si es posible, ayudarlo a pasar de los sucesos generales a los particulares. Escuchar con atención, sin tomar en cuenta el tiempo que el paciente tarda en el consultorio. Cada paciente presenta un caso diferente y el odontólogo ha de tener la suficiente habilidad, inteligencia y comprensión para poder manejar cada caso en particular.

Es importante tomar en cuenta que el miedo y la ansiedad, relacionados con la odontología, nacen de diferentes causas; entre otras, experiencias traumáticas, preocupación por el ambiente, escasa resistencia al dolor, actitud del dentista y ciertos factores culturales. Sin embargo, de acuerdo con el Dr. Weiner (1996), los cambios en la tecnología dental y la nueva relación entre paciente y dentista, han creado un desplazamiento en las causas de dicha ansiedad.

El paciente debe exponer las preguntas o dudas que tenga y recibir una explicación a fondo. Tiene derecho a la información que le ayude a entender y aceptar técnicas nuevas. (p. 47).

La nueva lista de inquietudes se resume en un mensaje inconfundible: en vez de desear escapar del consultorio a la carrera, lo que el paciente desea es que el dentista pase más tiempo con él.

Hay tres factores principales que podrían inducir el proceso de ansiedad dental, que son: novedad, incertidumbre y expectativa.

Las nuevas experiencias traen incomodidad dado que requieren la necesidad de adaptar a la nueva situación; lo desconocido no es agradable al ser humano; y la expectativa causa un aumento en el nivel de ansiedad.

Es trabajo del dentista tener en cuenta el estado de ansiedad del paciente. El uso de técnicas podría minimizar la incomodidad y el dolor asociado con el tratamiento dental:

Técnicas más usadas:

1) Informando al paciente con respecto a los procedimientos dentales.

2) La conducta positiva modelada.

3) Distrayendo al paciente del campo que opera.

4) Técnicas de relajación.

1) Informando al paciente con respecto a los procedimientos dentales

El paciente tiene derecho a recibir información detallada de lo que puede ocurrir durante los procedimientos odontológicos, de esta manera logra enfrentar el temor a lo desconocido y a la pérdida de control. Del mismo modo, es conveniente “proporcionar información sensorial, es decir, cuáles sensaciones físicas puede experimentar y las técnicas mismas” (Feldbau, 1989, p. 4). El conocimiento ayuda a que el sujeto mejore su capacidad para afrontar esta situación.

2) La conducta positiva modelada.

El odontólogo debe mantener una actitud atenta, amistosa e incluso, de simpatía con el paciente. Sin embargo también debe ser objetivo e imparcial con él y con sus problemas ya que, si no establece una relación imparcial, es posible que el sujeto le transmita ansiedad, tristeza, indiferencia, resentimiento, etc. Si el odontólogo percibe que el paciente adolescente muestra cualquiera de estas conductas debe controlar sus propias emociones con el fin de evitar posibles conflictos al formular un juicio clínico y hacer las recomendaciones para el plan terapéutico.

3) Distrayendo al paciente del campo que opera.

Es una técnica muy positiva sobre todo en pacientes que reflejan alteraciones nerviosas que los pueden llevar a sentir náuseas, mareos o problemas de índole respiratorio. Es altamente importante para el odontólogo conocer la historia clínica del paciente para indagar situaciones traumáticas de la infancia.

Es posible que durante la infancia fue anestesiado, sufrió problemas de asfixia, sofocación o ahogamiento y alguno de estos sucesos desencadenó la ansiedad excesiva que ahora experimenta al sentir algún cuerpo extraño dentro de la boca.

En tal sentido, dice Feldbau (1989) “Enseñar al sujeto a respirar por la nariz, puede hacer que sienta confianza en que es capaz de mantener una ventilación constante e ininterrumpida, incluso, cuando se manipula dentro de su boca”. También recomienda el mismo autor, solicitar del paciente que fije su vista en un objeto determinado, es una técnica valiosa en especial, cuando se toman radiografías o durante el examen bucal breve. (Ibídem,)

4. Técnicas de relajación.

Para que el paciente muestre receptividad en el tratamiento que va a recibir, es importante enseñarle técnicas para que se relaje y acepte los procedimientos dentales. Dirigir las frecuencias de las inspiraciones y espiraciones ayuda a que la respiración se normalice y con ello disminuya la ansiedad.

Por otra parte, es importante insistir en que la voz del dentista ha de ser agradable, hablando con su paciente, haciéndolo sentir a gusto, poco a poco, paulatinamente lo va llevando a sentir un relajamiento

profundo, solicitándole que trate de sentirse a gusto. Beneficia al paciente que el odontólogo preste mucha atención a su modo de respirar y debe solicitarle que lo haga “con regularidad, de manera lenta y natural, deje que el aire entre...y salga...entre...y salga, hasta que tome conciencia de cada inspiración y espiración”. (Ibídem p. 11).

Con los repetidos ejercicios de inspiración y espiración, el paciente se da cuenta de los cambios que va experimentando, y de lo bien que se siente ahora con respecto a como estaba anteriormente. ”Permítale movimientos de reacomodo en el sillón, coloque mejor sus brazos y busque su comodidad...(Ibídem, p. 11)

CAPITULO VI

INVESTIGACIONES INTERNACIONALES RELACIONADAS CON LA INTERACCIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE Y EL CONTROL DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD EN PACIENTES ADOLESCENTES.

La relación odontólogo-paciente lleva en sí misma a una regresión a etapas anteriores: la oral, por ejemplo, el paciente está en transferencia, repite modalidades de vinculación con el otro de acuerdo con sus imagos parentales a nivel inconsciente y en el momento de la atención reactualiza la historia infantil: temores al contagio, al dolor, y distintas fobias que aún conserva de niño y persisten durante su adolescencia que pueden ser recreadas sin saberlo realmente.

Además está el beneficio secundario del síntoma, mas allá del dolor y de la insatisfacción, tal vez de chico cuando le dolía algo o estaba enfermo recibía más cuidados, era mimado y atendido.

Por eso es tan importante conocer la historia biopatográfica, ya que el síntoma no es casual ni arbitrario; en la boca están expresadas las emociones más primitivas de placer, dolor, agresión y pérdida, recordemos que el primer contacto con el mundo exterior es a través de ella.

La relación odontólogo-paciente durante la entrevista,«rapport»: La personalidad del odontólogo, cómo se comunica y la identificación que logre con el paciente, son factores decisivos para el buen desarrollo de las entrevistas y el éxito en la educación del paciente.

Existen tres tipos de relaciones entre odontólogos y pacientes:

a) Relación activa-pasiva: el odontólogo tiene toda la responsabilidad.

b) Relación de guía-cooperación: el paciente está dispuesto a seguir las recomendaciones del odontólogo.

c) Relación de mutua participación: el paciente y el odontólogo comparten la responsabilidad de optimizar la salud.

El odontólogo debe recordar que una conducta crítica provocará en el paciente una posición defensiva-negativa que obstaculizará la posibilidad de una buena relación y la comunicación con el paciente, la empatía con su ser y sentir, es requisito indispensable para una buena relación odontólogo-paciente.

Para lograr que el paciente cambie su conducta es necesario que el odontólogo valore la prevención, que rompa las barreras estructuradas, derivadas de su formación profesional, que le inducen a pensar en terapia, reparación, restauración con poco énfasis en educación y prevención.

La información que se transmite al paciente deberá ser: exacta, comprensible y apropiada; utilizando recursos instruccionales adecuados a las características personales y psicológicas del paciente. Se debe ir de lo simple a lo complejo, procurando siempre resaltar los beneficios a obtener cuando se aplica adecuadamente lo informado.

Para lograr el cambio de conducta, la educación deberá ser personalizada, se ajustará lo que se enseña y cómo se enseña a las aspiraciones, valores, necesidades, edad, sexo, profesión y condición socioeconómica del paciente. Las acciones que se realicen deberán

lograr motivaciones. El paciente debe ser inducido al cambio. El profesional debe buscar las acciones motivadoras que utilizará para que el paciente reaccione. La motivación producirá una reacción en cadena que se iniciará con el deseo interno de satisfacer necesidades que dan lugar a la fijación de metas, que provocan acciones tendientes a su logro y por ende, a la satisfacción de esas necesidades.

El odontólogo debe crear en el paciente conciencia de que el éxito del proceso requiere, fundamentalmente, del esfuerzo odontólogo-paciente. Deben tener voluntad, perseverancia y trabajar para alcanzar las metas propuestas.

Montserrat Catalá: (2001), ha analizado las causas más frecuentes por las que entre un 5% y 20% de la población tiene miedo a la hora de ir al odontólogo. Para Catalá, no sólo es importante una adecuada educación bucal en el entorno familiar, sino que es necesaria una correcta preparación del odontólogo en el trato y la comunicación con el paciente.

Montserrat Catalá, ha explicado que “El miedo depende en gran parte de la preparación y adiestramiento del profesional para condicionar en el sujeto una actitud positiva hacia el tratamiento dental, pero también puede estar condicionado por influencias familiares y sociales”.

Además Catalá ha destacado que “El miedo dental puede contemplarse desde una doble perspectiva exógena y endógena: por un lado, como reacción fóbica aprendida y condicionada por una experiencia previa o aprendizaje social, a veces sin ni siquiera haber pasado nunca por la consulta del odontólogo; y por otro, como

respuesta adicional a otros miedos en estados tendientes a padecer desórdenes psicológicos”.

Para Catalá es muy importante reflexionar sobre las condiciones en que aparece el miedo dental como una conducta aprendida, ya que su origen se presenta desde la infancia y persiste en la adolescencia como consecuencia de una experiencia traumática.

Lo cierto es que la percepción individual del dolor tiene un importante papel en la ansiedad y el miedo dental, pero también hay contextos que influyen en la respuesta a la experiencia desagradable.

La aparición del miedo no se gesta solamente, por haber vivido una mala experiencia, sino que también se asocia al trato con el odontólogo y la percepción de errores en el tratamiento, por lo que el profesional tiene una enorme responsabilidad en la prevención de esas fobias.

Los segmentos de la población que más generan en la actualidad asistencia bucal son niños y jóvenes, son precisamente los que pasan más miedo, por lo que la experta reclama una calificación específica para atender a este colectivo. “El odontólogo debe aprender técnicas de comunicación que introduzcan gradualmente los procedimientos de menor a mayor complejidad, en técnicas de distracción para alejar a los niños de estímulos que provoquen ansiedad y en estrategias de escape controlado”. Además estas destrezas se desarrollan en un ambiente relajado, de conversación agradable y potenciando la comprensión, la sinceridad y evitar hacer daño, manteniendo la relación odontólogo-paciente.

Por otra parte, el profesional tiene que diseñar sus propias estrategias para evaluar la percepción individual y familiar del dolor y del trauma, ya que, lo que para unos niños-adolescentes puede ser un procedimiento inocuo, para otros puede resultar extraordinariamente molesto. Además, el odontólogo debe intentar evitar producir dolor y reconocer las situaciones en que esto no sea posible. En primer supuesto, comprobando que la anestesia tiene el efecto deseado antes de comenzar el procedimiento, y si no, utilizando técnicas de relajación, sedación o analgésica.

Para que la relación odontólogo-paciente sea efectiva, debe utilizar una comunicación afectiva, aun cuando estén en la sala de espera. El lenguaje a utilizar debe ser en forma clara y comprensiva para todos y que no sólo es importante lo que se diga, si no también el tono afectivo que se use. Los cambios en el tono facilitan lograr la atención.

Existen estímulos que son potenciales productores de ansiedad, que pueden generar respuestas internas como el miedo y la ansiedad o externos como el llanto o la huida del consultorio.

Las situaciones nuevas producen miedo en el niño-adolescente, así por ejemplo los movimientos bruscos de la silla, los ruidos, los sabores, la introducción de instrumentos y materiales en la boca, así como el temor a perder el control, puede generarlo.

La historia médica en general y la historia odontológica en particular brindan informaciones que nos permiten predecir con alguna seguridad, las repuestas del paciente a los estímulos y ayudan a

aclarar el origen de los temores que puede hallarse en experiencias traumáticas anteriores.

Cuando el profesional puede interpretar las dificultades en la adaptación de su paciente, no como una agresión hacia él, sino como parte de los problemas puntuales, no se incomodará, y facilitará a su paciente las expresiones de temor presentadas en forma directa o enmascarada, y como es de esperarse, le ayudará al manejo de ellas.

Cadavid, P., (1999), expresa: Es conveniente para el odontólogo, mantener una relación con el paciente para poder manejar el comportamiento del paciente y por ende poder llevar a cabo la aplicación de técnicas apropiadas que permitan brindar un tratamiento seguro y de alta calidad.

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), (1990) el manejo del comportamiento, es una interacción continua entre el niño-adolescente y el odontólogo, dirigida hacia la comunicación y educación, con el fin de calmar la ansiedad y el miedo y así lograr una buena salud oral que favorezca el entendimiento del proceso mediante el cual se logra ésta.

Hasta el momento, se ha reportado una gran variedad de técnicas para el manejo del comportamiento del niño-adolescente, las cuales se clasifican en dos (2) grupos: Técnicas no farmacológicas y farmacológicas. Recientemente se han evaluado otras alternativas debido a las limitaciones de las técnicas tradicionales de comportamiento. Dadas estas limitaciones, se han sugerido nuevas alternativas como modelado en vivo y video por ser técnicas

comunicativas que crean un ambiente más favorable para el éxito del tratamiento.

En odontología, la técnica de modelado consiste en permitir al niño observar otros niños, adaptarse a un tratamiento odontológico y así prepararlos para aceptar el tratamiento y mostrarles lo que se espera de ellos. Se ha demostrado que el modelado reduce el temor en niños y niñas entre 3 y 13 años de edad. Los niños, con experiencia odontológica previa, han mostrado beneficiarse menos con la técnica que aquellos que no la han tenido. Sin embargo, el modelado en combinación con otras técnicas como decir-mostrar-hacer, o refuerzo positivo, sí parece ser efectivo.

Otra alternativa con la cual se relaciona la odontología, para tratar el miedo y la ansiedad en niños-adolescentes es la “hipnodoncia”. Esta consiste en la aplicación de técnicas hipnóticas para superar intervenciones dentales traumáticas o para calmar la ansiedad del paciente cobrando vigencia en todo el mundo gracias a una serie de investigaciones científicas que la respaldan.

El primero en acuñar el término fue el psiquiatra norteamericano Aarón Moss, hoy de 92 años, quien publicó el libro Hipnodoncia: Hipnosis en odontología, en 1950 y que sirvió como referencia a todos los médicos, odontólogos y psicoanalistas interesados en la técnica. En 1958, la revista Life, estimaba en 250 el número de profesionales de la salud que practicaba la hipnosis y hoy se calcula que llegan a 7.500 sólo en Estados Unidos. Ello, gracias al Instituto Americano de Hipnosis, creado en 1962 y el primero en impartir cursos formales en la materia.

Moss cuenta que la popularidad de la hipnosis dental se debe a que permite reemplazar casi en un 100% a la anestesia convencional, si el procedimiento es exitoso, ya que en un 90% de los casos logran tranquilizar a los individuos que deben entrar a una consulta.

El profesor de hipnosis clínica de la escuela de psicología de la Universidad de Valparaíso, Ricardo Voss, afirma que la hipnosis odontológica pre y post operatoria no debe suplir la anestesia farmacológica porque la idea es disminuir la fobia al dolor y no anularlo. Con ese propósito, Voss, (1984) combina diferentes técnicas para hacer que el paciente entre en trance. Esto se logra a través de la agresión, en la que el operador le pide al sujeto que vaya “anclado” (fortalecido con una experiencia puntual que lo haya hecho sentir orgulloso de sí mismo) al momento en que se generó la fobia. De esa manera llegará al trauma con una sensación de dominio sobre el temor.

Es importante que todo este proceso, lo viva dissociado “desde afuera” de tal manera que una vez que encuadre la escena conflictiva, pueda reducirla y apagar sin sentirse involucrado.

La odontóloga Francisca García, explica que la hipnosis es más sencilla de lo que se piensa. “Muchos creen que estar en trance hipnótico significa estar dormido. Pero no es así, pues el paciente sigue percibiendo todo lo que sucede a su alrededor, sólo que está concentrado en un objeto específico. Es similar a lo que sucede a alguien que está en el cine, estás tan absorto sobre la historia y de repente no te das cuenta cómo te comienza a caer lágrimas.”

Si bien es cierto que más del 80% de los profesionales ligados a la medicina saben de qué se trata la hipnosis clínica, no todos saben practicarla. Algo muy peligroso, porque un mal uso de la técnica puede inducir a recuerdos erróneos de ciertas escenas pasadas.

Gelder, G. (1988), en Oxford, Inglaterra, realizó un estudio titulado “La Ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones, cuyo objetivo fue demostrar que algunas situaciones de carácter normal, pueden determinar reacciones estresantes. Dicho estudio lo realizó con una población de 65 pacientes y concluyó que la ansiedad se origina y se prolonga por la incertidumbre ante la espera previa al cubículo del odontólogo y propuso como terapia para reducirla música relajante y videos con imágenes cargadas de paisajes hermosos que produzcan en el paciente la confianza necesaria para el hecho que va a enfrentar.

Wander (1998), odontólogo británico, realizó una investigación titulada: “Reacción de los pacientes motivada por el ambiente del consultorio odontológico” cuyo propósito fue describir la conducta de los pacientes en el consultorio; llevó a cabo un estudio con una población de 52 pacientes a quienes les aplicó anteojos y audífonos estéreos integrados y llegó a la conclusión de que estos elementos pueden transportar al paciente de la desagradable realidad del consultorio a un agradable mundo en tercera dimensión, en una pantalla.

Druttman, (1999) en Londres, desarrolló un estudio al cual denominó “Técnicas de relajación para el tratamiento del estrés” con la finalidad de producir distracción en los pacientes mientras él trabaja y

así, a través de una minúscula cámara fotografía la boca y proyecta una imagen ampliada en una pantalla. Esta investigación la realizó con una muestra de 38 pacientes y concluyó que la cámara puede resultar especialmente útil para pacientes que manifiesten alteraciones nerviosas y en consecuencia su imaginación lo traslada a otros ambientes de relajación y alcanzar la tranquilidad deseada.

Dentro de sus investigaciones hace referencia a las Dras. Paula C. y Claudia G., odontólogos CES y U., quienes realizaron un estudio cuasi-experimental ciego donde se evaluó la eficacia de la técnica de modelado preoperatorio con video para lo cual se seleccionaron 15 niños de difícil manejo pre-clasificados por los investigadores como definitivamente negativos y levemente negativos, según la escala de Frank, con el fin de obtener un juicio consistente con respecto a la clasificación del comportamiento de los niños en cada cita y así sus diferentes momentos operatorios así como en forma global. Se analizó cada momento independientemente y se realizaron comparaciones donde se evaluó si existían diferencias estadísticas significativas, elaborando tablas de distribución de frecuencia y se realizó la prueba de signo a distribución libre o de (fisher).

CONCLUSIONES

Del estudio realizado se desprenden las siguientes conclusiones:

1. adolescencia es un período complejo que se sitúa entre la infancia y la edad adulta. Es una etapa de transición, de inestabilidad, de reforzamiento de los caracteres secundarios. Los cambios repentinos surgen como una tormenta.

La inseguridad y el miedo en pacientes adolescentes, son factores que dificultan la labor del odontólogo en el consultorio. Estos pacientes presentan angustia, agresividad, indecisión, dificultad de comunicación e incapacidad para cooperar, motivo por el cual se hace indispensable una preparación adecuada en el odontólogo para colaborar con sus pacientes y ayudarlos a superar la crisis presentada.

2. Determinado está que es la adolescencia un período complejo que se sitúa entre la infancia y la edad adulta y que allí comienza el joven a tener conciencia de su aceptación social y su apariencia física. Hay cambios físicos y psíquicos que generan tensión y fuertes agitaciones psicosomáticas que requieren de una elevada interacción conductual entre los parientes y el odontólogo.

Algunos autores, entre ellos Mc Donald, R., (1996) refiere que el objetivo primario de los procedimientos odontológicos consiste en llevar a los pacientes, paso a paso, para que desarrollen actitudes positivas hacia el odontólogo.

3. El miedo es libre y cualquiera lo posee, más aún en personas cuya madurez está en proceso. Los desequilibrios que presenta la personalidad en estas circunstancias llevan al individuo a buscar

mecanismos de defensa representados por el llanto, el enrojecimiento, el miedo, la ira, palidez y hasta un estado de shock. Sin embargo, entre el miedo y la ansiedad existen sus diferencias:

En el miedo: el sujeto conoce al objeto al cual teme, como la amenaza es externa, sabe de dónde viene el peligro: no hay conflicto presente y su duración es aguda.

En la ansiedad, el sujeto desconoce el objeto que lo amenaza, pues ésta proviene del sujeto mismo, su duración es crónica, siempre está latente en el individuo y el conflicto está presente.

4. Es indudable que el medio ambiente que rodea al niño influye en su conducta, dadas las circunstancias que le toque vivir. En tal sentido, la salud bucal debe ser fuente de preocupación por parte de los padres. En la situación ideal, dice Sanabria, (1986) los niños deberían visitar la consulta dental seis (6) meses después de la erupción de los primeros dientes. Lamentablemente, la primera visita al odontólogo se hace cuando el niño presenta un dolor severo.

5. Es fundamental concluir en este trabajo, que la actitud del odontólogo es fundamental en su relación con el paciente; que su meta primaria consiste en aliviar el sufrimiento y mejorar la salud de sus pacientes; que el respeto y la amabilidad con que lo trate contribuye a mejorar su relación, conversar, relajando al paciente, distrayéndole, son técnicas que facilitan su trabajo y favorecen su resultado.

6. Finalmente, la historia clínica es altamente importante para el conocimiento de las emociones que afectan el estado psíquico del paciente. La entrevista previa, además de brindar la relajación

necesaria, permite brindar una relación de mutua participación entre el paciente y su odontólogo.

Actitudes negativas de gritos y violencia, han de ser descartados, el odontólogo debe ser paciente y comprensivo y recurrir a cualquier medio y terapias para alcanzar el éxito de su labor.

La hipnodoncia, dice la odontóloga Francisca García es más sencilla de lo que se cree. El video, la música y sobre todo el afecto. Es el cariño y el control psicológico del odontólogo lo que hace su labor sencilla y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN AMERICANA DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. (1990)** *La motivación y los mecanismos de la conducta.*
- BLEGER, J. (1996)** *Psicología de la conducta.* Segunda Edición. Buenos Aires: Paidós.
- CADAVID, P., (1989)** *Ansiedad y Angustia: Causas, síntomas y tratamiento.* Madrid: Pirámide.
- CONGER Y PETERSON (1984)** *La psicoterapia infantil.* Academia americana de psiquiatría de niños y adolescentes. Washington D.C.
- DRUTTMAN (1999).** *Técnica de relajación para el tratamiento del estrés.* Tesis de Grado. Universidad Johns Hopkins. Baltimore.
- FELDBAU, E. (1989).** *Cátedra de Odontopediatría. Facultad de Odontología de la UCV. Conceptos básicos.*
- GELDER. (1988).** *La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, la fobia y las obsesiones.* Oxford, Inglaterra.
- GOMEZ HERRERA. (1998).** *Trastornos de la ansiedad.* México: Fondo de Cultura Económica.
- KAUFMAN Y ZIGLER (1987).** *Desorden de pánico en niños y adolescentes.* Barcelona, España. Editorial Paidós.
- LEWIN (1990).** *El miedo y la ansiedad.* México: Fondo de Cultura Económica.
- LIFE, (1958)** Revista. *Trastornos de angustia. Hipnoterapia.*
- Mc. DONALD. (1996).** *Odontología pediátrica y el adolescente.* Quinta Edición. s/e.
- MONSALVE, S. (1995).** *Ansiedad y miedo.* Barcelona, España: Editorial Paidós.
- MONSERRAT CATALA. (2001).** *El origen del miedo dental.* Disponible en www.odontohomesite.com <<http://www.odontohomesite.com>>.

- MORGAN. (1989)** *Psicología*. Bogotá: Mc. Graw-Hill
- MOSS, A. (1950)** *La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Madrid: Ediciones Tema de hoy.
- MUÑOZ, A. (1996).** *Medicina humanística*. Segunda Edición. Universidad Autónoma de Guadalajara. México.
- PEARCE. (1997).** *Ansiedades y miedos*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- RIPA, B. (1984).** *Manejo de la conducta odontológica del niño*. Buenos Aires: Editorial Mundi.
- SANABRIA, A. (1986).** *Clínica Neurológica*. Tercera Edición. Ediciones de la biblioteca de la UCV. Caracas
- SOGBE, R. (1996).** *Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica*. Cátedra de Odontología Pediátrica. Facultad de Odontología U.C.V. DIGNILINED C.A.
- SOLANES, J. (1989).** *El campo de la psicología médica*. Barcelona, España: Editorial Esposande.
- VOSS, R., (1984)** *Hipnodoncia*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- WANDER (1998).** *Reacción de los pacientes motivada por el ambiente en el consultorio odontológico*. Trabajo de investigación. Universidad de Oxford, Inglaterra.
- WEINER. (1996).** *Terapias en comportamiento en psicología del adolescente*. Caracas: Mediciencias.