

LA IATROSEDACIÓN Y LA IMPORTANCIA DE SABER ESCUCHAR EN ODONTOLOGÍA

Carlos Garcia Pango¹

RESUMEN

El presente artículo, recoge algo de información relacionada con los sentimientos y sensaciones vinculados a los tratamientos dentales en general, desde la perspectiva del paciente; así como la actitud del profesional frente a esta variada gama de posibles emociones, como factores influyentes y determinantes a la hora de planificar y ejecutar el tratamiento odontológico.

I. INTRODUCCIÓN

El odontólogo enfrenta día a día diferente casuística; surgen tan variadas dolencias estomatológicas como variadas son las formas de enfrentar el miedo y la aprensión por parte de los pacientes. No obstante, el común denominador siempre es el temor a lo desconocido, o peor aún, a lo conocido.

Para que el profesional, asista adecuadamente al paciente con el menor daño psíquico y físico, es necesario reconocer cuatro elementos negativos fundamentales: dolor, ansiedad, estrés y enfermedades preexistentes (1).

La existencia de estos factores suelen diferir sólo en intensidad, ya que existen en prácticamente todos los casos.

II. EL DOLOR:

Es una respuesta humana a un estímulo que podría ser nocivo para los tejidos y que entraña el doble aspecto de la percepción sensorial y del sufrimiento. (1)

La Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP), define así: "experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma".

Se sabe que dolor es en esencia algo subjetivo, en donde tiene mucha importancia el informe verbal del sujeto.

Según Barcia Goyanes, existen en el dolor cinco elementos:

1. Sensación. Por modificación de los receptores.
2. Reconocimiento por el sujeto de ese dolor.
3. La propia percepción dolorosa, es decir, la identificación como experiencia dolorosa del sujeto.
4. Reacción del organismo frente a la sensación.
5. Actitud personal de aceptación o rechazo.

Tiene gran importancia el aprendizaje, fundamentalmente en el comportamiento frente al dolor. Las reacciones o conductas frente al dolor desde el punto de vista conductual, son en gran medida aprendidas, tanto si aplicamos el aprendizaje

por observación o modelado, como el aprendizaje latente.

Los rasgos y el tipo de personalidad intervienen activamente en la conducta de dolor, especialmente la personalidad ansiosa, hipocondríaca, obsesiva e histérica.

La presencia o ausencia de sintomatología ansiosa ante determinadas intervenciones clínicas, está íntimamente ligada con la percepción de dolor ante las mismas. (2)

III. ANSIEDAD

Se la define como incómoda sensación de aprensión o peligro inminente en presencia de una amenaza de dolor desproporcionada en comparación con la amenaza real y que produce una respuesta emocional exagerada. La ansiedad origina un frenesí, expresiones rígidas o distorsionadas y a menudo hosquedad y exclusión de cualquier actividad útil, que puede conducir a un estado próximo a la parálisis sensorial y motora. El miedo, en cambio, es una reacción defensiva apropiada, una agudización de los sentidos y una preparación para responder a un peligro real en el ambiente.

Se sabe que el dolor y la ansiedad son experiencias humanas interrelacionadas. Cuanto mayor sea la ansiedad, más probable es que el paciente interprete a los estímulos como dolorosos. (1)

El concepto de miedo como un término diagnóstico de enfermería, aprobado por la NANDA, (North American Nursing Diagnosis Association.) "sentimiento de terror relacionado con una fuente identificable, que el paciente puede concretar. Las características que lo definen pueden ser subjetivas u objetivas. Las subjetivas son: tensión intensa, aprensión, impulsividad, terror, pánico y disminución de la autoseguridad. Las características objetivas son: aumento del estado de alerta y concentración en la fuente del miedo, conducta agresiva, atacante, con los ojos muy abiertos, o la retirada del origen del miedo, y excitación cardiovascular, vasoconstricción superficial y dilatación pupilar". (3)

Según esta misma Institución define la Ansiedad de esta manera:

"sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, in-

(1) Cirujano Dentista, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N. "Jorge Basadre Grohmann" de Tacna.

certidumbre y miedo, que aparece al prever una situación de amenaza o de peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo y cuya causa suele ser desconocida o no admitida. Las características que la definen pueden ser subjetivas u objetivas. Las características subjetivas comprenden sensaciones de aumento de la tensión, desamparo, inadecuación, miedo, sobreexcitación, desasosiego y preocupación. Las características objetivas son excitación cardiovascular, vasoconstricción superficial, dilatación pupilar, inquietud, insomnio, escaso contacto ocular, temblor, tensión facial, voz trémula, retraimiento, aumento de la sudación y manifestaciones de preocupación respecto a los cambios en los acontecimientos vitales".(3)

No obstante hay quienes consideran al miedo, aprensión, temor difuso, pavor y demás, como ansiedad en diferentes niveles de intensidad, todas inmersas o pertenecientes al abanico de ansiedad, la cual es necesaria en cantidades adecuadas, como motivador importante en la ejecución de tareas o supervivencia.

Definitivamente la ansiedad afecta sensiblemente el rendimiento y funcionamiento del individuo desde el punto de vista conductual. (4)

Es evidente que la ansiedad incontrolada se transfiere a la perturbación fisiológica que conocemos como "respuesta de estrés". Se comprobó que los metabolitos urinarios de la adrenalina y la noradrenalina plasmática son mucho más elevadas en pacientes dentales con fobias, que en los pacientes testigos.(1)

IV. EL TEMOR Y LA ODONTOLOGÍA

La generalidad de pacientes siente temor ante el tratamiento dental, sea del tipo que sea.

Pero cuales son los temores que afligen al paciente . Lo más frecuente es :

-Miedo al dolor

-Miedo al torno o taladro

-Miedo a la aguja; aquí se manifiestan múltiples argumentos entre los cuales se suele escuchar " miedo a la inyección demasiado profunda, al daño a los tejidos, al adormecimiento" y otros más.

También es frecuente aludir el temor a la pérdida de dientes.

Se sabe que el temor al dentista es un fenómeno que se aprende a partir de experiencias anteriores, a raíz del comportamiento de dentistas anteriores, de lo que podemos desprender que la clave para disipar ese temor, se basa en el comportamiento del dentista actual.

El miedo puede adquirirse por experiencia directa o indirecta.

La experiencia directa es aquella en que el individuo sufre algún incidente traumático real o presunto en una situación terapéutica odontológica o médica.

La experiencia indirecta es aquella en que el miedo se

adquiere en forma vicariante. La fuente vicariante más frecuente es la familia: padre, madre, hermano. El niño adquiere el temor observando la experiencia de un progenitor o entrándose de ella. Lo mismo sucedería en el caso de pariente o amigos. Otras experiencias vicariantes provienen del cine, televisión y caricaturas de escenas dentales dolorosas y amenazadoras.(1).

V. IATROSEDACIÓN

Acto de calmar por medio de la conducta del médico. En este sentido, por conducta se entiende un amplio espectro de comunicaciones verbales y no verbales.

A. CONDICIONAMIENTO :

En algunos casos, el miedo excesivo al clínico y a la experiencia dental, puede contemplarse como una respuesta condicionada, similar a la que ocurre en los reflejos condicionados de Pavlov. Los interrogatorios de muchos pacientes revelan modalidades de adquisición de miedo sugestivas de que ocurre algo más que la simple asociación del odontólogo con el dolor o con el instrumento que causa dolor, porque el comportamiento del odontólogo parece ser un componente fundamental de la experiencia traumática. Los temores normales a la impotencia, la dependencia y lo desconocido se intensifican mucho y, junto con el dolor, entran a formar parte de la respuesta condicionada. En consecuencia, el odontólogo es un estímulo condicionado que puede desencadenar una respuesta condicionada, que incluye todos los otros temores. Sin embargo, al miedo se lo rotula simplemente como miedo al dolor.

Basta un solo acontecimiento traumático para que una respuesta condicionada de gran ansiedad perdure toda la vida, a menos que se haga reeducación o contracondicionamiento. La iatrosedación, tiene la finalidad de reducir o eliminar la gran ansiedad mediante reeducación (contracondicionamiento).

B. COMPONENTES DEL PROCESO IATROSEDANTE :

Entrevista iatrosedante : La primera reunión del odontólogo con el paciente, es una entrevista en el verdadero sentido de la palabra. Si en esta comunicación, el paciente indica de manera verbal o no verbal que está ansioso, el odontólogo responde iniciando una entrevista iatrosedante. El procedimiento se encamina a identificar el problema del miedo, hacer un diagnóstico e iniciar tratamiento. El nivel de miedo ha de descender a medida que la entrevista progresa, de modo que al concluirse se habrá conseguido una disminución sustancial. En general la entrevista no completa el proceso de reeducación, en que el temor se elimina o se reduce al máximo. Esto sucede en la segunda fase del proceso iatrosedante : los encuentros clínicos iatrosedantes.(1)

Estrategias de la entrevista : Tenemos dos, la verbal, en que se averiguan e interpretan los hechos y la no verbal, basada en la empatía. La estrategia verbal se divide en dos

partes: reunir información y proporcionarla. Para recoger una buena información, hay que saber preguntar para captar lo fundamental, saber escuchar y discernir la esencia de la comunicación del paciente. Después de haber reunido información, el profesional informa a su vez. Ahora le toca el turno de hablar y el paciente debe escuchar. La información es devuelta al paciente de tal manera que éste adquiera noción de aspectos específicos de su temor, de cómo lo adquirió y como puede disiparlo. El profesional explica lo que ha de hacer y qué efectos espera que ejerza su comportamiento sobre la aptitud del paciente para reeducarse. Esta comunicación verbal, más la no verbal empática, iniciará la sensación de confianza. Si la confianza se mantiene y después se refuerza con los encuentros clínicos iatrosedantes, el temor puede disiparse porque el miedo se diluye en la confianza.

Se conocen diferentes métodos psicológicos que pueden ayudar a controlar y manejar aquellos cuadros donde la ansiedad y la tensión sean un componente importante del dolor. Se puede proyectar el tratamiento psicológico desde la vertiente cognitiva, actuando sobre la comprensión y el pensamiento del paciente. Al tener mayores conocimientos sobre psicología, las posibilidades y herramientas a nuestro alcance para el control del dolor y ansiedad, se incrementan y nos amplían horizontes. Se podría abordar la conducta del sujeto con terapias conductuales como la técnica del modelado, condicionamiento operante, controlabilidad percibida, biorretroalimentación, detención de pensamiento, etc.(1) (2)

Encuentros clínicos iatrosedantes : El primer encuentro clínico es crucial. El paciente y el odontólogo van a enfrentar juntos lo que el paciente percibe como peligroso. La técnica conductual del profesional debe estructurarse de modo que armonice con sus técnicas clínicas para infundirle al paciente la máxima sensación de seguridad. Muchas veces esta primera interacción clínica produce una eficaz experiencia clínica que disipa el temor por completo; es decir, lo reduce hasta un nivel que se considera dentro de la gama de ansiedad normal. Si no sucede esto, en encuentros clínicos sucesivos el temor seguirá disminuyendo hasta obtener el efecto máximo de iatrosedación.

Hay casos en que la entrevista iatrosedante no deprime en la medida suficiente el nivel de miedo, y el paciente requiere alguna fármacosedación para enfrentar su primer encuentro clínico. La modalidad más adecuada se elige junto con el paciente, sobre la base de experiencias anteriores y las impresiones de éste sobre el uso de drogas y los métodos para administrarlas.

Dentro de las patologías psiquiátricas, se conocen trastornos de ansiedad diversos y de variada intensidad, muchos de los cuales responden bastante bien con benzodiazepinas. (1) (4).

VI. CONCLUSIONES

1. La evaluación de la personalidad es importante ya que esta influye determinantemente en la reacción del sujeto ante una amenaza potencial.
2. El temor al odontólogo y los procedimientos dentales causan temor en la generalidad de las personas.
3. Este temor se aprende, a partir de experiencias negativas anteriores.
4. Es importante que los profesionales de la salud adquieran conocimientos básicos sobre psicología y denominen técnicas de relajación además de terapia psicológica básica.
5. Los pacientes odontológicos con patología sistémica son potenciales víctimas de emergencias médicas de consecuencias fatales en el consultorio dental, por lo que se deben extremar los cuidados en el control del estrés.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mc CARTHY, Frank. "Emergencias en Odontología" 3ra. Edición. Edit. El Ateneo
2. BASCONES, Antonio. "Dolor brofacial" 1ra. Edición. Edic. Avances. 1997
3. DICCIONARIO MOSBY. 5ta. Edición. Edic. Harcourt.
4. FARRERAS – ROZMAN "Medicina Interna" 14va. Edición. Edic. Harcourt.2002.