

LA MUSICOTERAPIA EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA SEGUN LA CLASIFICACION DEL COMPORTAMIENTO PSICOLOGICO

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Andrade, G. López, C. Montoya, C. Ramos, C. Serna, G. Vanegas, C.*
Rostrom, A.**
González, M.A.***

RESUMEN

El hombre primitivo sabía muy pocas cosas acerca del mundo exterior, pero creía muchas cosas sobre el mundo interior y el otro mundo, es así como utilizaban palabras o sonidos entonados durante los ritos de sanación, a fin de comunicarse y estar en contacto con dioses, espíritus y fuerzas sobrenaturales, de esta forma a la música, se le atribuyeron efectos terapéuticos, basándose en que esta hace estremecer los miembros y mitiga el dolor. La música a través del tiempo se ha usado como terapia relajante en el ser humano, es a partir de los años 50 cuando se utiliza el término de musicoterapia, esta ha sido estudiada en las diferentes ramas de la medicina, obteniendo resultados, pero en la odontología no ha sido analizada, existiendo en ella un gran campo de acción; no siendo ningún secreto que al momento de asistir a la consulta odontológica se genera estrés, ansiedad, temor, angustia, en los pacientes y al mismo tiempo el odontólogo no desempeña sus labores satisfactoriamente. Por esto es de gran importancia valorar y conocer la clasificación psicológica de los pacientes y por medio de diferentes ayudas encontrar un estado de relajación emocional para este y para el profesional.

Palabras claves: Consulta odontológica, música, musicoterapia, depresivo, ansioso, melancólico, colérico.

INTRODUCCION

Durante mucho tiempo asistir a la cita odontológica a generado para muchos pacientes temor, ansiedad, angustia y estrés. La música ha sido utilizada desde épocas remotas como medio terapéutico para aliviar dolencias. Muchos lo veían como ayuda para la tranquilidad y evasión, es decir le atribuían un efecto relajante. Es a partir de los años 50 cuando se utiliza el término de música, musicoterapia. Un grupo de profesionales de los Estados Unidos, después de ver los resultados positivos que la música producía en los excombatientes de guerra, entienden el valor y la necesidad de crear un tipo de organización específica para hacer de la música un instrumento de terapia. En Colombia dentro del área de la salud, se han realizado muchos estudios pero específicamente en odontología no hay literatura publicada sobre

musicoterapia por esta razón cabe preguntarse, ¿Es posible utilizar la musicoterapia en odontología como medio terapéutico para pacientes con comportamientos psicológicos alterados y comportamiento normal?. Es de gran importancia e interés, para el odontólogo observar los diferentes efectos e influencias favorables generados con la musicoterapia en la odontología y plantear de esta forma una nueva alternativa para reducir todos aquellos problemas de carácter psicológico que se puedan presentar antes, durante y después de la cita odontológica, tales problemas se originan por diversos factores: entre otros la falta de educación, el temor a los procedimientos, el estrés que producen los ruidos propios de la manipulación del instrumental y aparatos, ausencia de conciencia de la importancia de la higiene oral.

* Estudiantes X Semestre de Odontología – Colegio Odontológico Colombiano.

*** Asesor Científico, Musicólogo

**** Asesor Metodológico, OD. Magister en Administración de Salud.

El profesional debe utilizar esta herramienta individualmente en cada tipo de paciente con el fin de crear un ambiente de tranquilidad, originado en un manejo estratégico de la musicoterapia. Se debe observar el comportamiento de estos ante el estímulo que producen las diferentes melodías.

En la presente investigación se pretende dotar al odontólogo de información científica que explique el funcionamiento de la musicoterapia, aplicándola en las diferentes etapas de la consulta por medio de herramientas musicales, logrando un satisfactorio resultado en el paciente y mejor desempeño del profesional.

Es un factor importante en la formación de la personalidad humana, no solo porque crea un clima particularmente favorable para despertar las capacidades creativas, sino también puede estimular la mayor parte de las facultades del individuo y favorecer el desarrollo (Willems. E 1995).

También se define como una actividad consiente y deliberada ejercida con el concurso de elementos sonoros y dirigida a la expresión y el goce anímico. Dicho de otra manera la música implica la existencia de sonidos, su producción y percepción consiente con la voluntad de atribuirle una significación estética en la que se complace. (Torres J 1976).

Según Coplant A. 1994, la música se percibe en tres planos objetivos, teniendo en cuenta las condiciones anímicas subjetivas. El sensual, el expresivo y el intelectual. Estos planos de percepción musical pueden afectar positiva o negativamente al individuo, en su comportamiento psicológico y su apreciación racional de la realidad.

Las propiedades puras del sonido, frecuencia, intensidad, timbre y duración afectan directamente al individuo. Para Marie Loise Ancher 1995, en su Libro "L. Homme Sonore" el hombre es un emisor – receptor sensible a las vibraciones sonoras desde la cabeza hasta los pies, la percepción de los sonidos provocan en el ser humano un tipo de resonancia.

La musicoterapia ha sido desarrollada en países como Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Austria, Suiza, Francia y en Latinoamérica México y Argentina son pioneros.

Hay música que desestabiliza el funcionamiento del ser humano y música que ayuda a armonizar sus funciones.

Se utiliza para tratar enfermedades de muy diverso orden como parálisis cerebral, respiratorias, incapacitados físicos, síndrome de Down, autistas, sordos, esquizoides, problemas de conducta, también tiene aplicaciones clínicas en psicoterapia,

fisioterapia, y socioterapia, usándose así mismo en medicina curativa y preventiva.

En odontología se tiene un campo de acción fabuloso para utilizar la musicoterapia, con resultados siempre sorprendentes, y el objetivo de lograr cierta relajación en el paciente. Cuando se le colocan los audífonos a el paciente dejándole escuchar música relajante se reduce el estrés, se regulariza su ritmo cardíaco, respiratorio y en estas condiciones aplicar la anestesia, usar la pieza de alta velocidad o hacer una cirugía resulta más tranquilo y tolerable.

La musicoterapia busca neutralizar en el paciente de manera consciente, estas molestias por medio de sonidos agradables al oído y organizados estéticamente.

Según Benenzon. R 1995, la define desde dos puntos de vista uno científico y otro terapéutico. El científico dice que "la musicoterapia es una rama de la ciencia que se ocupa del estudio de la investigación del conjunto sonido – hombre sea el sonido musical o no, para descubrir los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos inherentes a este".

Desde el punto de vista terapéutico: "la musicoterapia es una disciplina terapéutica que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir efectos regresivos y para abrir canales de comunicación que nos ponen en grado de iniciar el proceso de reparación y recuperación del paciente para la sociedad.

El objetivo de esta investigación es aplicar la musicoterapia en la consulta odontológica según la clasificación de los pacientes, como objetivos específicos se tiene: clasificar los pacientes según el comportamiento psicológico. Realizar un material musicoterapia para odontólogos, según la clasificación del comportamiento psicológico de los pacientes.

MATERIALES Y METODO

El tipo de estudio es descriptivo de tipo exploratorio, y el objeto de estudio fué el material aplicado a la odontología según la clasificación psicológica de los pacientes.

Las variables empleadas en esta investigación fueron:

- Clasificación de pacientes según el comportamiento psicológico.
- Material musicoterapéutico para pacientes según la clasificación del comportamiento psicológico.

Para efectos de este estudio se consultaron las siguientes bibliotecas:

Biblioteca Conservatorio de la Universidad Nacional, Biblioteca Pontificia Universidad Javeriana, Luis Angel Arango, Biblioteca del Centro de Orientación Musical Francisco Cristancho, Biblioteca Universidad Pedagógica Colombiana, Biblioteca Fundación Santafé Biblioteca Universidad Nacional.

Para la grabación de un disco compacto se utilizan dos técnicas: por inyección y quemado. La primera es una forma digital, siendo un método fiel y altamente exacto. Inicialmente se graba un master (original), el cuál es una plancha negativa donde queda plasmado la información, una vez cumplido este procedimiento se forra con una solución fotosensible permitiendo que de todo lo que está incluido quede en ella. En la segunda se lleva a cabo mediante programas Hardware y Software que son los quemadores, se introduce el disco compacto se introduce el disco compacto en el computador el cuál lo lee gracias a que posee, un rayo más fuerte, permitiendo hacer una lectura del original, logrando, así poseerla copia.

RESULTADOS

Clasificación de pacientes según el comportamiento psicológico.

Para comenzar estas reflexiones sobre la personalidad humana, que genio y temperamento son términos e buena medida equivalentes.

Por **temperamento o genio**, se entiende normalmente en psicología el conjunto de disposiciones afectivas que predominan tiñen las reacciones habituales de un sujeto y, muy especialmente, sus relaciones interpersonales.

La rapidez o intensidad de las reacciones psíquicas, su brusquedad o dulzura, su lentitud, etc., son las características en que la gente se funda para decir que alguien tiene el genio fuerte un temperamento colérico un carácter agradable.

La palabra **carácter** hace referencia a aquellos hábitos de comportamiento que uno a adquirido a lo largo de la vida y de los que, en consecuencia, se es más ameno y responsable. La naturaleza moral de un individuo se halla, pues, íntimamente vinculada a su carácter psicológico.

Muchos psicólogos anglosajones llaman simplemente **personalidad** al conjunto integrado de los rasgos temperamentales y características del sujeto; es el modo habitual de comportarse propio de cada persona.

En realidad este modo habitual de comportarse que distingue a unas personas de otras es único e irreplicable en cada sujeto.

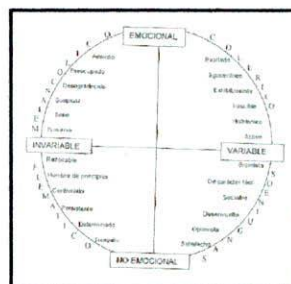
Sin duda todas las cosas son únicas, y el hombre, si se quiere es todavía más único, lo es en un sentido superior.

El profesor Eysenck, ha propuesto un modelo que refleja la estructura de la personalidad desde el punto de vista de sus principales componentes temperamentales.

En primer término, el análisis factorial ha detectado la existencia de unos rasgos temperamentales bastante definidos, análogos en su estructura a los factores primarios de la inteligencia. La persistencia, la timidez, la irritabilidad, pueden valer como ejemplos de semejantes rasgos.

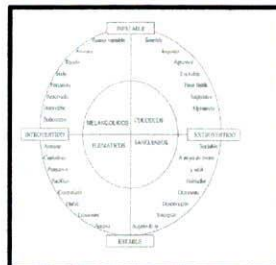
Estos rasgos de primer orden no son, sin embargo independientes; al igual que las aptitudes, guardan unas relaciones mutuas de independencia que permiten en factores de segundo orden o dimensiones básicas de la personalidad para Eysenck, la estabilidad – inestabilidad emocional y la extroversión – introversión representan, por lo que hace a la personalidad normal tales dimensiones básicas.

Figura 1- Interpretación que da Eysenck de la teoría tradicional de los temperamentos, basándose en Galeano, Kant y Wundt.



Fuente: La mente Humana, (José Luis Pinillos, 1970).

En la figura 2- Se presentan esquemáticamente los principales rasgos que definen cada uno de los polos de las dos dimensiones indicadas.



Fuente: La mente Humana, (José Luis Pinillos, 1970).

Según se advierte en la figura correspondiente, cada uno de los polos de estas dimensiones está definido por unos cuantos rasgos característicos; así, típicos del extrovertido son: el optimismo, la impulsividad, la actividad, el ser sociable, la afición a entrar y al salir, y el ser hablador. El introvertido por el contrario tiende a ser reservado, insociable, sedentario, pasivo, cuidadoso y pensativo lo característico del inestable es el humor cambiante, la sensibilidad la inquietud, la rigidez y la agresividad. El tipo estable propende, en cambio, a la calma, la capacidad de mando, la ecuanimidad, la seguridad en el mismo, la fiabilidad y la energía.

En otras palabras, tales rasgos primarios son tanto más puros o típicos de cada dimensión cuanto más próximos estén al eje que representan a está. Las características intermedias, como la seriedad, excitabilidad, capacidad de responder, carácter pacífico, etc; representan rasgos mixtos, esto es, rasgos en que se entremezclan cualidades pertenecientes a dos dimensiones distintas de la personalidad. Según esta teoría, la mezcla de inestabilidad y extroversión daría origen a lo que los antiguos llamaban coléricos y Eysenck llama hoy histéricos o psicópatas. Las personas inestables e introvertidas, serían, en cambio las melancólicas o, en términos de Eysenck, los distímicos (angustiados obsesivos etc.)

Dicho de otra forma, la dimensión de inestabilidad constituye, para Eysenck, la dimensión de la neurosis; las neurosis de los introvertidos tienden a adoptar la forma de neurosis de ansiedad, caracterizadas por sentimientos de angustia de culpabilidad, obsesiones, escrúpulos, inferioridad, depresión, irritabilidad, etc., mientras la neurosis de los extrovertidos propende, en cambio, a tomar la forma de histeria y psicopatías, con sus consiguientes problemas de conducta: mentiras, robos, agresiones, estafas, escenas etc.

El psicoticismo, la otra gran dimensión de la personalidad, representa la psicosis, estas son, las enfermedades mentales graves o locuras: esquizofrenias y desordenes maniaco – depresivo, principalmente. Las notas más definitorias de esta dimensión son las ideas de alucinaciones, confabulaciones, deterioro mental, perturbaciones motoras, retraimiento social, pérdida del sentido de la realidad y, eventualmente las tendencias agresivas y suicidas en los paranoicos y depresivos respectivamente.

Según Murphy en 1976, la estructura del carácter de una persona es un producto de las actitudes, valores y reacciones humanas.

Con frecuencia los fundamentos de dicha estructura se ponen en los primeros años de la vida y se extienden durante un largo período. Cuando esas maneras características de comportamiento se torna tan exageradas que se vuelven inapropiadas

quizá constituyan el desorden de la personalidad raramente genera angustia o zozobra en el individuo que lo padece y rara vez es considerado neurótico o sicótico.

Los desordenes de la personalidad no son fáciles de clasificar. En general, lo que se observa son personas dotadas de estilo peculiar u estereotipado de relacionarse con los demás. Puesto que los desordenes de la personalidad abarcan patrones de reacción de viejos antecedentes, son difíciles de tratar mediante la terapia acostumbrada. A menudo la persona no se da cuenta de que padece un “problema”, frecuentemente experimenta poca motivación para cambiar y no obtiene retroalimentación inmediata para los cambios que intenta.

Sostienen algunas teorías que los desordenes son innatos. Otras afirman que tales trastornos se derivan de inadecuadas relaciones entre padres e hijos en que los primeros implantan modelos deficientes de papeles o prácticas incoherentes en la formación de los segundos. Un punto de vista a fin al anterior especifica que esos desordenes provienen de desordenes de refuerzo suministrado a conducta inapropiadas y de una falta de entrenamiento que regulan las relaciones humanas.

Entre los tipos de desordenes de personalidad y carácter encontrados con mayor frecuencia se encuentra los siguientes: la personalidad explosiva, la personalidad pasiva – agresiva, la personalidad obsesiva – compulsiva y la personalidad antisocial.

La **personalidad inadecuada**. Dentro de esta categoría se ubican las personas extremadamente ineficaces que no pueden mantenerse interesadas en el estudio, el trabajo o las relaciones sociales. Por lo general poseen un sentido de la responsabilidad mal desarrollado y tienden a nunca madurar psicológica o emocionalmente. Se dice que estas personas son “individuos sin rumbo fijo” o que son “volubles”, que colaboran poco con las demás personas.

La **personalidad explosiva**. En la mayoría de las circunstancias, el individuo de personalidad explosiva parecerá agradable y bien adaptado, sin embargo, la menor frustración o demora y el mínimo indicio de rechazo encenderá la mecha de una reacción en cadena de rabia.

Al principio quizá presente una hostilidad oralmente agresiva (crítica, refutación intimidación pero esa hostilidad puede convertirse al final en agresión física).

El presentimiento de una ira potencialmente explosiva que permanece latente mientras todas las cosas marchan bien hace que los familiares y conocidos de estas personas les tengan miedo, y

condescendencia, para evitar que "se pongan como los mil demonios".

La personalidad pasiva – agresiva. La pasividad puede ser una reacción contra los sentimientos personales de ira y hostilidad.

El individuo adopta un papel pasivo porque teme que los otros se venguen de él si se expresa directamente esos sentimientos, sin embargo esa hostilidad interpersonal no deja de expresarse en forma sutiles y desviadas. Comportándose desvalido y volviéndose dependiente, el individuo agresivo – pasivo limita la libertad de los demás ya que se convierte en una carga de la cuál éstos son responsables. Otro tipo de personalidad pasiva ejerce el efecto de hostilidad indirecta oponiéndose a todo; comportándose negativamente, con testarudez estorbando y mostrándose insociables, este tipo de personalidad puede conseguir que los demás no satisfagan sus necesidades o realicen sus planes.

La personalidad obsesiva – compulsiva. Estas personas revelan un sentido exagerado e control sobre uno de los elementos de su vida. Dicho control adopta la forma de ordenar cosas (escritorios, closet, cajones limpios y ordenados), o de ordenar relaciones humanas insistiendo a los demás que hagan las cosas como este quiere. La necesidad de orden desemboca en un patrón conducta rígido, formal, inhibido y perfeccionista. La personalidad obsesiva – compulsiva se caracteriza por principios de sino que insisten en que los demás hagan lo que ellas quieren. Los freudianos piensan que este desorden de carácter emerge de una hostilidad reprimida hacia os padres quienes impusieron al niño, hoy adulto obsesivo – compulsivo, prácticas severas para entrenarlos en los hábitos de limpieza. El individuo soporta la negación de todas las emociones fuertes ejerciendo un control sobre todos los demás aspectos de su vida. Así, cuando se enfrentan en una situación en la cuál no puede ejercer el control acostumbrado sobre el medio ambiente externo, este individuo quizá reaccione con violencia, con repetición obsesiva de pensamientos y expresiones y con una conducta rígidamente estereotipada.

La personalidad antisocial recibe también el nombre de personalidad sociopática o psicopática. El manual de diagnóstico psiquiátrico define de este modo a las personalidades antisociales; "individuos que en esencia no han sido socializados y cuyos patrones conductuales les acarrearán repetidos conflictos con la sociedad. Son incapaces de una lealtad significativa hacia las personas grupos o valores sociales. Son muy egoístas, insensibles, irresponsables, impulsivos e incapaces de experimentar culpa de aprender de la experiencia y el castigo. Poco toleran la frustración. Tienden a ofrecer racionalizaciones plausibles de sus conductas y a culpar de los demás".

Estas personas creen problemas a otras personas y a la sociedad ya desde pequeños trastornan la clase, suscitan peleas, huyen de la casa, tienen relaciones sexuales promiscuas. Estas personas crean problemas a otras personas y a la sociedad ya desde pequeños trastornan la clase, suscitan promiscuas; nunca conservan los trabajos y terminan violando la ley y encerrados en una prisión.

Algunos de ellos, dotados de modelos superficialmente encantadores siendo fáciles de tratar y dueño de gran inteligencia llegan a ser timadores de gran "éxito".

Según el doctor Alfredo Adler, el **carácter** es la aparición de una cierta forma expresiva del alma en un ser humano que trata de adaptarse a las necesidades y obligaciones que la vida le impone. Este cita que el carácter no se debe a las fuerzas ni substratos innatos, sino que son, aunque muy tempranamente, adquiridos con el objeto de poder mantener una determinada conducta.

Una división de las formas expresivas de alma, antiquísima en la psicología es la de los temperamentos. No es fácil de decir lo que se entiende por temperamentos: la rapidez con la que uno piensa, habla u obra, la fuerza o el ritmo que en ello imprime etcétera. Estudiando las explicaciones quedan los psicólogos acerca del temperamento, se declara que la ciencia no ha pasado de la clasificación de cuatro temperamentos en el alma humana desde deber, respeto por la autoridad, limpieza y obediencia. Es decir que los demás e sientan a gusto alrededor de tales personas, porque estas nunca son espontáneas y abiertas la más remota antigüedad. La división en sanguíneos, coléricos, melancólicos y flemáticos procede de la antigua Grecia, fué escogida por Hipócrates, transmitida a los romanos y conservada en la psicología como respetabilísima reliquia.

Por **sanguínea** se entiende una persona que demuestra cierto placer de vivir, que no considera las cosas demasiado graves y difíciles; que no se deja encanecer con mucha facilidad; que procura halar siempre el aspecto más bello y agradable de cualquier situación, que en ocasiones tristes se entristece, pero sin desfallecer, y que en las alegrías goza, pero sin excederse. En una palabra: son las personas sanas por excelencia, y en las que menos influyen los fracasos y penalidades. Este tipo es difícil de encontrar en toda su pureza, casi siempre es mestizo, circunstancias que desprecia grandemente el valor de este temperamento.

El **colérico** está caracterizado en una poesía antigua como aquel que al hallar una piedra en su camino la arroja a otro sitio, inflamado de ira, mientras que el sanguíneo pasa tranquilamente por encima de ella. En el lenguaje de psicología individual, el colérico es aquel en cuyo afán de dominio está tan tenso que ha de realizar siempre

grandes movimientos, proceder con cierta violencia y avasallar todo en forma rectilínea y agresiva. Este temperamento se ha relacionado antiguamente con la hiel. En realidad son personas con movimientos amplios, que no sólo poseen desde la infancia una sensación de fuerza, sino que quiere vivirla y demostrarla. Muy distinta es la impresión que condice el **melancólico**. Este siente que la acosan todos sus pecados, deduce una serie de consecuencias tristes y se vuelve atrás. La psicología individual ve en este tipo al hombre vacilante que no confía en poder vencer las dificultades que se le presentan y seguir adelante, sino que continúa su camino con la mayor cautela, prefiriendo detenerse o retroceder antes de arriesgar algo. Es decir, una persona en la que la duda prepondera, generalmente propensa a pensar más en sí misma que en los demás. Siendo así poco apta para las grandes posibilidades de la vida. Este tipo se encuentra tan oprimido por sus propias preocupaciones, que dirige siempre su mirada hacia atrás o hacia adentro, procurando al mismo tiempo conmovir a otro con la amargadura de su destino.

El flemático parece ser simplemente aquel que se siente completamente extraño a la vida, que recoge impresiones sin deducir consecuencias especiales, al que nada produce sensación ni interesa en particular, viven sin ningún esfuerzo ni demostración de poder, carece en una palabra de puntos de contacto con la vida, por consiguiente es quizá el que más lejos se encuentra de ella.

Según el Doctor Richard A. Kalish 1985. define la personalidad humana como la organización dinámica de los atributos éticos que determinan la personalidad en persona normal, rígida, conducta agresiva, retraída y conducta desorganizada.

La persona normal conoce la diferencia entre lo real y lo que no lo es, no utiliza en excesos mecanismos de defensa, su conducta no está dominada por acciones excesivamente rígidas, irracionales o dañosas para ella misma.

La persona rígida ve todo blanco o negro, puede preferir que se le diga que hacer antes que decidir sus acciones por sí mismos, estos individuos creen en las soluciones simples y netas, no aceptan la variedad y la incertidumbre, requieren reglas y orientaciones definidas.

La persona de conducta agresiva provocan sentimientos y expresiones de ira ante el estrés y en especial la frustración.

La persona retraída se refugia en el silencio, es introvertida e insegura. Las drogas y el alcohol puede utilizarse como forma de retracción.

La persona con conducta desorganizada vacila una y otra vez entre una decisión y otra; comete

errores tontos en tareas simples, olvida hacer cosas.

La neurosis son perturbaciones relativamente leves de la personalidad, caracterizadas principalmente por la angustia, esta siendo controlada por el individuo solo se expresa en forma indirecta a través de la conducta neurótica (American Psychiatric Association, 1968).

Esta se dividen en neurosis de angustia, histérica, fóbica, obsesivo-compulsiva, depresiva, neurasténica, despersonalizada e hipocondríaca.

La neurosis de angustia se caracteriza por un temor o algo vago, incierto e inexistente. A menudo estos sentimientos de angustia se ven acompañados por cambios somáticos tales como taquicardia y sudoración intensa.

La neurosis histérica es cuando el individuo sufre la pérdida de alguna capacidad motriz sensorial, de la memoria, la conciencia o la identidad. Hay dos formas: la de conversión (pérdida del funcionamiento sensorial o motor sin daño físico aparente), y la de disociación (acto de fingir algún tipo de problema médico).

La neurosis fóbica es la persona que muestra temor morboso, a ciertos objetos, personas o situaciones. Este tipo de miedo, se interpreta como sustituto simbólico de la causa real de temor o angustia.

La neurosis obsesivo – compulsiva es cuando el pensamiento está dominado por un sentimiento, una imagen o una idea.

La neurosis depresiva es aquella en que tiene la sensación de que nada va como debiera, de que la vida ofrece pocas posibilidades de satisfacción y placer.

La neurosis neurasténica es cuando la persona se siente constantemente fatigada y carente de energía.

La neurosis de despersonalización es aquella persona en la cual siente que el mundo no es real, no forma parte de su cuerpo, ni de su entorno.

La neurosis hipocondríaca es la persona preocupada por su salud, sus enfermedades reales o temidas y sus médicos o medicamentos.

La psicosis no utiliza defensas neuróticas sino que responde perdiendo el contacto con la realidad; estas se dividen en esquizofrenia, trastornos afectivos, estados paranoides.

La esquizofrenia es la persona que muestra pérdida de sus intereses, falta de ambición, indife-

rencia emocional y retraimiento con respecto a las relaciones sociales.

Los trastornos afectivos se aplica a ciertas perturbaciones graves de los estados de ánimo como depresión o elación, acompañado por delirios y alucinaciones.

Los estados paranoides desarrollan un sistema de delirio que es coherente, parece tener sentido y a menudo convence a los demás. El sistema delirante se centra en la persecución o en las grandezas.

Según Cediél en el año 1983 en la práctica clínica diaria se observan diferentes tipos de pacientes con distintos comportamientos psicológicos durante la cita odontológica, para esto tendremos en cuenta el llamado **lenguaje corporal** manifestado por la expresión corporal, las inflexiones de la voz, las actitudes asumidas.

El **paciente depresivo o deprimido** se mueve poco, no mantiene contacto visual con su interlocutor, él procura mantenerse cabizbajo, carece de espontaneidad en sus palabras y en sus gestos, fácilmente llora y suspira con frecuencia, este individuo tiene disminuida su autoestima esto se ve reflejado en su vestido e higiene oral; estas personas difícilmente se dejan ayudar, parece como si su plan fuera obstaculizar todos los esfuerzos que se hagan para aliviarles. Esta situación no se debe no debe confundirse con la abstinencia y el decaimiento de las enfermedades crónicas y de algunas endocrinopatías tales como: el hipotiroidismo y la insuficiencia suprarrenal.

El **paciente ansioso** estos se caracterizan por ser muy activos, es decir no se pueden quedar quietos, se muerden las uñas y se exaltan sin motivo real; observan con recelo a diferentes sitios como si estuvieran buscando algo, esperando a alguien o preparándose para defenderse de alguna amenaza externa, mantienen apretadas entre sí las manos o alrededor de cualquier cosa que en ellas porten, su hablar es atropellado, como si quisieran referir varias cosas a la vez, fuman un cigarrillo detrás de otro, no sonríen espontáneamente o a veces ríen con una sonrisa nerviosa, transpiran copiosamente, especialmente en las axilas y en las palmas de las manos, este último fenómeno es el que el médico nota desde el principio en el apretón de manos.

El **paciente enojado** es aquel que ante su enfermedad reacciona con enojo o rabia. Se mueven poco, miran fijamente y con dureza a su interlocutor, han perdido totalmente el sentido del humor, contestan con frases cortas, exigen explicación para todo e indagan sobre los títulos y experiencias del odontólogo. La relación con estos pacientes obviamente es difícil y muchas veces el

profesional también resulta enojado lo cual es totalmente indeseable. Para evitar esto se debe tener en cuenta que la ira del paciente es global y no personal contra este, es inútil discutir con estos pacientes. La actitud correcta es indagar por los motivos de la ira y tener la mejor voluntad de solucionar sus problemas; el enojo usualmente disminuye cuando el paciente puede ventilar sus problemas y es atendido por un médico que se desempeña con una actitud absolutamente profesional.

El **paciente seductor** no nos referimos a la seducción con una connotación sexual (cosa que de vez en cuando ocurre), sino al paciente de cualquier sexo que intenta llamar la atención y ganar el afecto del profesional. Son personas que temen ser abandonadas o no recibir la suficiente atención, muchos de ellos son individuos inmaduros que en sus conversaciones usan frases aduladoras o que dan a entender que están totalmente en manos del médico; Hacen preguntas o expresan opiniones sobre la maravillosa e interesante que es la vida personal del profesional. También con estos pacientes la relación se torna difícil, hay que darles la impresión de que no serán abandonados, pero manteniéndose a "distancia profesional", evitando asumir responsabilidades de otra índole e induciendo al paciente a tomar sus propias decisiones y asumir sus responsabilidades. El profesional debe educar a estos pacientes para que no asuma un papel totalmente pasivo e informarlos adecuadamente sobre sus enfermedades, los riesgos que corren y los beneficios que esperan.

En la práctica clínica diaria se observan diferentes tipos de pacientes, los cuales presentan diversas actitudes psicológicas durante el tratamiento odontológico. Para tales efectos se analizó y se investigó la etiología y características de estos; teniendo en cuenta el llamado lenguaje corporal.

El hombre es en extremo receptivo ante cualquier estímulo de tipo sensorial, desencadenando comportamientos como ansiedad, dolor, angustia, estrés, temor. Tan pronto aparecen dichas respuestas comienza el proceso determinante en la definición de los rasgos del carácter y de la personalidad los cuales son individuales y modificables en cada caso, es decir para su desarrollo influyen factores predisponentes como medio ambiente, deficiencias orgánicas, cultura, agentes hereditarios, educación, nivel económico.

Para efectos de este estudio se realizó una clasificación a nivel odontológico de la siguiente manera:

El paciente depresivo se caracteriza por su poca actividad física, puede refugiarse en el silencio, deduce una serie de consecuencias tristes de la vida, no tiene confianza en sí mismo para poder vencer las dificultades que se le presentan, no es

arriesgado ante lo desconocido, no es firme en la toma de decisiones, es introvertido, carece de fluidez verbal, llora con facilidad, su autoestima está disminuida lo cual se manifiesta en el descuido de su arreglo personal, es poco colaborador.

El paciente ansioso se caracteriza por ser muy activo, esta alerta para defenderse de alguna amenaza externa, demuestra cierto placer de vivir, es práctico, alegre, extrovertido, posee conducta desorganizada, es seguro, enérgico, hablador, sociable, bromista, optimista, amable, cálido, crea excusas con facilidad, son demasiados confianzudos.

El paciente enojado se caracteriza por ser voluntarioso, fuerte, independiente, porfiado, terco. En la toma de sus decisiones es firme, planifica a toda hora, es organizado con sus ideas, autosuficiente, le gusta tener el control de las cosas, responde agresivamente, no acepta equivocaciones, no simpatiza fácilmente, es disciplinado, no demuestra lagrimas, se propone metas y las cumple.

El paciente seductor se caracteriza por llamar la atención, teme ser abandonado, es inmaduro, histérico, se torna difícil la relación con estos pacientes, es pensativo, ecuaníme, inseguro.

En la práctica clínica diaria se observan diferentes tipos de pacientes, los cuáles presentan diversas actitudes psicológicas durante el tratamiento odontológico, para tales efectos se analizó y se investigó la etiología y características de estos, teniendo en cuenta el llamado lenguaje corporal.

El hombre es en extremo receptivo ante cualquier tipo de estímulo de tipo sensorial, desencadenando comportamientos como ansiedad, dolor, angustia, estrés, temor.

Tan pronto aparecen dichas respuestas comienza el proceso determinante en la definición de los rasgos del carácter y de la personalidad los cuáles son individuales y modificables en cada caso, es decir para su desarrollo influyen factores predisponentes como medio ambiente, deficiencias orgánicas, cultura, agentes hereditarios, nivel económico, educación.

Para efectos de este estudio se realizó una clasificación a nivel odontológico de la siguiente manera:

El paciente depresivo se caracteriza por su poca actividad física, puede refugiarse en el silencio, deduce una serie de consecuencias tristes de la vida, no tiene confianza en sí mismo para poder vencer las dificultades que se le presentan, no es arriesgado ante lo desconocido, no es firme en la toma de decisiones, es introvertido, carece de fluidez verbal, llora con facilidad, su autoestima

está disminuida lo cual se manifiesta en el descuido de su arreglo personal, es poco colaborador.

El paciente ansioso se caracteriza por ser muy activo, esta alerta para defenderse de alguna amenaza externa, demuestra cierto placer de vivir, es práctico, alegre, extrovertido, posee conducta desorganizada, es seguro, enérgico, hablador, sociable, bromista, optimista, amable, cálido, crea excusas con facilidad es demasiado confiado.

El paciente enojado es voluntarioso, fuerte, independiente, porfiado, terco, en la toma de decisiones es firme, planifica a toda hora, es organizado con sus ideas, autosuficiente, le gusta tener el control de las cosas, responde agresivamente, no acepta equivocaciones, no simpatiza fácilmente es disciplinado, no demuestran lágrimas, se propone metas y las cumple.

El paciente seductor se caracteriza por llamar la atención, tiende a ser abandonado, histérico, se torna difícil la relación con estos pacientes, es pensativo, ecuaníme, inseguro en la toma de decisiones.

Las melodías escogidas para el paciente depresivo ó melancólico son las siguientes:

- Franz Liszt: Valse Impromptu ("Nocturne") en Fa# Mayor.
- Ludwig Van Beethoven: Sinfonía N° 7 en La Mayor, Cuarto Movimiento Allegro con brio.
- Camille Saint Sains: Concierto para piano y orquesta N°- 2 sol menor Opus 22, 2° y 3° movimientos, Allegro Scherzando y Presto.
- Ludwig Van Beethoven: Concierto para violín y orquesta 3 movimiento.
- Antonio Vivaldi: Concierto para flauta y orquesta de cuerdas "IL Cardellino" Todos los movimientos.
- Piotr Illige Tcharkousky: Suite de danzas de "El lago de los cisnes" Todos los movimientos.

Paciente ansioso o sanguíneo

- Wolfgang Amadeus Mozart: Concierto para piano y orquesta N° 20 re menor, k 466, 1 er movimiento Allegro.
- Maurice Ravel: Concierto para piano el Sol Mayor, 2 do movimiento, Adagio Assai.
- Daphnis y Chloé (Ballet), 1 era parte.
- Witold Lutoslawsky: "Canta flores y canta fábulas", ciclo de melodías para soprano y orquesta (Sobre poemas de Robert Desnos).
- Ludwig Van Beethoven: Variaciones Sobre un tema del oleatorio "Judas Macabeo de Haendel, en Sol Mayor para cello y piano.
- Jean Francais: Concierto para piano y orquesta (concertino).

Paciente enojado o colérico

- Wolfgang Amadeus Mozart: Concierto para piano y orquesta en re menor, k 466, 2 do movimiento, Romanza.
- Alleluia del "Exultate, Jubilate" para soprano y orquesta.
- De la opera "Don Giovanni" dueto para baritono y mezzo soprano "la cidarem la mano".
- Canzonetta (baritono) "deh, vieni alla finestra". Del concierto para clarinete y orquesta el La Mayor en La Mayor, k 622, 2 do movimiento adagio.
- Johannes Brahms: Variaciones sobre un tema de Joseph Haydn para dos pianos, Opus 56 b.
- Johann Sebastian Bach: Coral final de la Cantata BWV 147,
- Claude Debussy: Música para piano:
- Pegados estampas.
- Reflejos en el agua (Libro I de Imágenes).
- Campanas a través de las hojas (Libro II de Imágenes).
- Claro de Luna (Suite Bergamasque).
- Franz Schubert Quinteto en La Mayor, D. 677, "La trucha" 4º movimiento, tema con variaciones.
- Frederick Chopin. Balada N° 3, Opus 47 en La bemol Mayor.

Paciente seductor ó flemático

- Francis Joseph Haydn: Concierto para Oboe y orquesta en Do Mayor, 1 er movimiento, Allegro Spirituoso.
- Gioachino Rossini: 1º era obertura de "La italiana en Argel".
- "Largo al factotum" (Aria para baritono).
- "Una voce poco Fa" (Aria para mezzosoprano).
- Bela Bartok: Música para cuerdas, percusión y celesta, Allegro.
- Frederick Chopin: Sherzo N° 2, Opus 31, en Si bemol menor.
- Wolfgang Amadeus Mozart: 1 era aria de papageno, acto 1.
- Ludwig Van Beethoven: Sinfonía N° 9 re menor, Opus 125, "Coral, 4 to movimiento. "Presto".

Sonata para piano en fa menor, I 388 de Domenico Scarlatti, concierto para piano y orquesta en re menor, k 466, segundo movimiento, romanza. Alleluia del "Exultate jubilate" para soprano y orquesta. De la opera "Don Geovanny" Dueto para baritono y mezzosoprano, la cidaren la canzonetta (baritono).

CONCLUSIONES

La musicoterapia es un tratamiento eficaz para pacientes que asisten a la consulta odontológica

El estrés, la ansiedad, la angustia, son impedimentos para realizar un tratamiento satisfactorio.

Es indispensable una clasificación psicológico de pacientes a nivel odontológico.

Es de gran importancia conocer los diferentes patrones de conducta de los pacientes a nivel odontológico.

El material musicoterapéutico realizado en esta investigación es una alternativa para los profesionales en la odontología.

RECOMENDACIONES

Para la aplicabilidad clínica es necesario realizar una prueba piloto, para comprobar el grado de efectividad de la musicoterapia con las melodías escogidas en este estudio, y va dirigida a los odontólogos que en su práctica clínica diaria quieran realizar un tratamiento más satisfactorio.

BIBLIOGRAFIA

ABOUT THE AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION

E- MAIL: Info@musictherapy.org, 1999

ACOSTA, Julian. La música terapia en La Odontología [http:// Prevenir. com/articulos /pctes/musicoterapia.html](http://Prevenir.com/articulos/pctes/musicoterapia.html),1995

ADAM, Antonie y ANES, Gonzalo. Gran Enciclopedia Larousse Barcelona: Planeta. S. A; 1967. P 115 – 130.

BENENZONT. Rolando. Juego Musical y aprendizaje, magisterio, 1995. P 22 – 125.

BLANCO LOPEZ, Sergio. Psiquiatría. E-mail: dctisergio@geocities.com 1998.

COPLAN, Aaron. Como escuchar la Música. México D.F: Bienvenidos. Fondo de cultura económica, Segunda edición. 1994 P 147.

DE LA TORRE, Ignacio. Esquizofrenia: Concepto de "Psicosis" y Esquizofrenia, E- mail: Dctrsergio@geocities.com

GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS ORGANICOS. E-Mail: dctrsergio@geocities.com

HAMEL. Fred y Hurlimann. Martin. Enciclopedia de la música. Barcelona: Grijalbo S.A.; Tomo I. 1997. P 125.

HANSER, Suzanne y THOMPSON, Larry. Effects of music therapy Strategy on depressed older adults, Journal of gerontology. Numero 6. Volumen 49. 1994 P 265-269.

JUEGO MUSICAL Y APRENDIZAJE, Rolando Benenzont Magisterio, 1995. P 22-125.

LONDOÑO ALVAREZ, Alberto. Relaciones psicosomaticas entre la Música y la enfermedad. COLOMBIA: Universidad de Caldas, 1964. P 96.

MIREMOS A TRAVES DE LA MUSICOTERAPIA.
[http://www. Encolombia.com/musicoterapia_.htm](http://www.Encolombia.com/musicoterapia_.htm).

PINILLOS, José. La Mente Humana, Biblioteca Básica Salvat. 1970 P 145 – 152.

RODRIGUEZ Aldo. A través de la Musicoterapia. Buenos Aires: Alianza, 1986. P 130.

SEGATORE. Luigi. Diccionario Médico. Barcelona: Teide, 1960. P 150.

THAYER. Gaston. Tratado de Musicoterapia. Buenos Aires Paidos, 1968. P 120.

TORQUEMADA, Francisco. La Musicoterapia.
<http://www.biutnatur.com/story13htm>.

TORRES, J. GALLEGU, A Y Alvarez, Música y ociedad. Madrid: Real Usical S.A; 1976. P 85.

URGENCIAS PSIQUIATRICAS.
E-Mail: dctrsergio@geocities.com. Universidad de Valparaiso.

VALLS GONNA, Manuel. Para entender la música. Madrid: Alianza S.A., 1978 P. 117.

WHAT IS MUSIC THERAPY.
<http://www.altonweb.com/cs/downsyndrome/music.html>, 1999.

ZINN, Michel y HOGENSON, Robert. Basic of music opus. New York: Second edition. 1994, P. 98.

Directorio electronico:

Claren@starmedia.com

Mericy21@yahoo.com

Caritovanegas@vole.com

Caloto@usa.net

Grisito25@latinmail.com