

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ODONTOLOGIA CONDUCTUAL

PRESENTADO POR:

MARIA ESTELLA BARRERO 921231

MARTHA JULIANA RODRIGUEZ 921239

MARCELA SANCHEZ 921272

YAMILE VASQUEZ 921287

SANDRA HERNANDEZ 922280

TUTORA:

DRA. ESPERANZA SANDOVAL

PRESENTADO A:

DR. JORGE ARANGO TAMAYO

DIRECTIVAS C.O.C.

DOCENTES C.O.C.

ALUMNOS C.O.C.

SANTAFE DE BOGOTÁ, OCTUBRE 8 DE 1997

A nuestros padres coartífices de la realización de este gran sueño como es llegar a ser profesionales.

Al Doctor Jorge Arango Tamayo, presidente, y y demás miembros del consejo directivo de nuestra universidad.

A nuestros docentes quienes con su experiencia y conocimientos enriquecieron nuestro saber.

A la Doctora Esperanza Sandoval, nuestra tutora.

A nuestros compañeros, quienes con su ayuda y comprensión hicieron de nuestra etapa universitaria un camino más grato.

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO 1

Introducción

CAPITULO 2

Marco teórico

Teoría de la Odontología Conductual 1

Comportamientos de Higiene Oral 8

Habitos Orales Inadecuados 20

Tabaquismo 24

Bruxismo y Síndrome de Disfunción de la ATM 27

Miedo y Evitación de Situaciones Dentales 32

Técnicas Alternativas 36

Hipnosis 36

Anestesia Dental Electrónica 37

Jeringa Madajet XI 38

Anexo 40

CAPITULO 3

Aspectos Metodológicos

Objetivo General 42

Objetivos Específicos 42

Tipo de Estudio 42

Población 42

Sujetos 43

Plan de Recolección de Datos	43
Conclusiones	45
CAPITULO 4	
Aspectos Administrativos	
Recursos Humanos	46
Recursos Financieros	46
Recursos Técnicos	46
Cronograma	47
Bibliografía	48



CAPITULO 1

Introducción

La salud se ha interpretado de varias maneras a lo largo de la historia y por las diferentes culturas, dando origen a nociones y principios que se derivan en prácticas curativas, preventivas y de rehabilitación, configurando un modelo cuyo uso permite buscar la explicación de las enfermedades y realizar las acciones de salud correspondientes.

Si bien es cierto, este modelo en otras épocas, facilitó el manejo de los problemas de salud, hoy en día no es suficiente ya que es necesario combatir no solo la enfermedad, sino también fomentar cambios en la capacidad de adaptación del individuo y en el medio ambiente en que vive. De hecho en los últimos años las quejas frente a este modelo llamado biomédico, se articulan en torno a su incapacidad para apreciar las relaciones entre el ser humano y su medio ambiente, los factores que determinan la susceptibilidad para enfermar y la capacidad de tolerancia al estrés entre otros. Hechos como las investigaciones realizadas por Mckeown en Inglaterra (León 1992), los cuales demostraron que el mejoramiento en el nivel de salud se debe mas a los factores no relacionados con las actividades médicas, tales como mejor nutrición,

saneamiento, comportamiento, ponen en evidencia la necesidad de replantear el modelo biomédico.

Según Costa y López este modelo plantea algunos problemas para la comprensión de la salud hoy en día: a) Se centra en el tratamiento que se dirige hacia los individuos enfermos; b) El formato es clínico e individualizado; c) Su acción se desarrolla en una instancia receptivo - pasiva donde el profesional espera a que lleguen los usuarios; d) No desarrolla ni permite la construcción de acciones preventivas, no solo porque no busca al usuario, si no porque refuerza la concepción en la comunidad de que no se necesita el servicio sino hasta que se presenta la enfermedad; e) Fomenta la concepción individualista en la etiología de los problemas de salud apartando la consideración mental, ambiental y social. Sumado a esto el individuo delega toda la responsabilidad en el profesional asentando así las bases de una ideología de la no participación, y por último, f) no permite el manejo de los trastornos emocionales.

La práctica de la odontología no se aleja de esta realidad. A diario se observa como la consulta en odontología se convierte en un apagar incendios, en donde la práctica preventiva es casi que nula a pesar de que los beneficios de esta son bien conocidos. Más grave aún es el hecho que la odontología, al igual que la medicina, se basa en la práctica

técnica, olvidando que ciertas actividades como la nutrición, el saneamiento y comportamiento entre muchas otras, pueden mejorar esta práctica y en algunos casos, ser la única solución.

Esto lleva a que los profesionales de la odontología cada día conozcan más sobre su técnica, olvidando, que la salud es un proceso dinámico que puede irse perdiendo o logrando y que ese logro depende de las condiciones que rodean a las personas y su voluntad. La técnica puede estar muy avanzada, pero esta nunca es garantía en el proceso de la búsqueda de una buena salud oral. De hecho, como múltiples investigaciones lo han probado, en algunos casos, el cambio de comportamiento del paciente puede coadyuvar en la búsqueda de una buena salud bucal y por ende al logro de una mayor efectividad en los tratamientos orales.

Para dar una respuesta inicial a esta carencia, se plantea el propósito de este trabajo el cual no es otro que el de reforzar el concepto de salud planteado por la OMS: Salud es "el estado de bienestar físico, mental y social completo y, no meramente la ausencia de daño o enfermedad", mediante la elaboración de una revisión teórica que de luces sobre las variables que influyen en el binomio salud oral - enfermedad y sobre las técnicas desarrolladas para el manejo adecuado de estas

variables. Adicionalmente se espera a largo plazo, crear conciencia, no solo en los odontólogos, sino en todas aquellas instancias envueltas en el proceso de formación de estos profesionales, acerca de la necesidad de cambio del mencionado modelo biomédico, para hacer de la práctica odontológica una práctica más adecuada a la realidad de aquellos que la necesitan.

Para dicha revisión teórica, se ha escogido la Psicología conductual como fundamento teórico. Dado que las variables que influyen en el binomio están relacionadas primordialmente con cambios de hábitos, comportamientos, estados mentales específicos, la Psicología como ciencia que estudia el comportamiento, brinda los elementos necesarios para cumplir el objetivo propuesto. Adicionalmente y como resultado de la práctica de la psicología conductual, el trabajo se centra específicamente en los planteamientos de la Odontología Conductual, nueva ciencia que parte de la unión de la Psicología con la Odontología.

El trabajo no pretende hacer investigación científica sobre el tema, ni afirmaciones teóricas. Se trata de una monografía de tipo descriptivo, que se espera, se convierta en una herramienta para la práctica adecuada del odontólogo.

CAPITULO 2

Teoría de la Odontología Conductual

La conducta no es una materia compleja, es cambiante, fluida, se disipa y por esta razón exige del científico grandes dosis de inventiva y energía. La conducta tiene dimensiones limitadas, muchos actos pueden involucrar procesos a los que se aplique el Principio de Indeterminación; esto significa que esté fuera del alcance de una ciencia que prediga o controle. Algunas causas de la conducta la definen los astrólogos, numerólogos etc., siendo estas predicciones vagas las cuales no se pueden confirmar, ni desmentir adecuadamente.

Existen, ciertas causas internas entre las que tenemos: nerviosas, psíquicas y conceptuales. También se tienen variables como son el medio ambiente y su historia. Las fuentes para analizar la conducta pueden ser: Observaciones casuales, observación clínica, estudios de laboratorio.

La conducta humana como ciencia ha sido estudiada por la psicología para el abordaje de su entendimiento, lo ha hecho la psicología a partir de varias teorías: psicoanálisis, gestal, conductivismo, entre otras.

El comportamiento no es una enfermedad, sino que a menudo es asociada a los fenómenos anatomopatológicos y fisiopatológicos que la definen. En comparación con los fenómenos biológicos, están caracterizados por una mayor variabilidad,

diversificación, adaptabilidad, modificación, control y extinción, capacidad de mora y aplazamiento (**Kantor, 1978; Pronko, 1980**).

Según Kantor, el organismo, no es un ente solitario y sus comportamientos no son emanaciones de un ente solamente. Un campo, como concepto ecológico, es la totalidad de los factores interdependientes que constituyen o toman parte de un suceso psicológico o comportamiento. La percepción, el pensamiento, la motivación, los afectos y las emociones se deben tener en cuenta no como entidades aisladas que desde la mente causen el comportamiento. En todo segmento o episodio de conducta hay siempre al menos una función de estímulo y una de respuesta en mutua interacción y ajuste ecológico o de campo., un mismo objeto o condición ambiental o corporal puede poner en marcha diferentes funciones de respuesta. La tecnología conductual, utilizada en las intervenciones terapéuticas y preventivas de la psicología comunitaria nos ayuda en la tarea de entrenar a la gente en las estrategias de autorregulación y autocontrol. Muchos comportamientos se aprenden observando otros comportamientos.

Teniendo en cuenta que el comportamiento de las personas puede afectar la salud dental, a la vez que puede servir para prevenir la aparición de determinados trastornos dentales, los conocimientos de la psicología como ciencia pueden tener una gran relevancia para los profesionales de la odontología.

El manejo de los pacientes es en ocasiones una fuente de problemas en la consulta; sobre todo en lo que atañe a la comunicación del odontólogo con el paciente, al control de la ansiedad del paciente (especialmente en niños) y a la prevención de las enfermedades dentales. Una investigación realizada por Kent (1996) demostró que el 25 y 40 % de los odontólogos consideran que la psicología podría ser útil con pacientes que no siguen instrucciones; sin embargo, ignoran los beneficios de la prevención, o presentan una pobre motivación para llevar a cabo actividades preventivas. Por el contrario existe un número mayor de odontólogos que consideran que la psicología puede ser de gran utilidad ante problemas tales como la ansiedad del paciente y los comportamientos inadecuados de los niños durante las intervenciones odontológicas.

Este interés creciente ha dado lugar, a lo largo de los últimos 40 años, a un incremento considerable de la presencia de la psicología en los curriculum de las universidades y facultades de odontología. A lo largo de los primeros años esta colaboración tuvo un carácter marcadamente docente, ya que los psicólogos que comenzaron a formar parte de las escuelas dentales universitarias se dedicaban fundamentalmente a problemas relacionados con la educación profesional de los futuros odontólogos, la evaluación y desarrollo de sus planes de estudio y la enseñanza profesional impartida. Parece que en la mayor parte de los casos se trataba de una psicología de corte generalista y sentido poco práctico, un tanto desligada de la corriente metodológica que ha producido la única aproximación fructífera para la odontología hasta la fecha, el análisis de la conducta.

La psicología, en un primer momento, encontró que la consulta odontológica podría ser un nuevo contexto para la investigación, fenómenos psicológicos básicos tales como la emoción o la motivación, así como un nuevo campo de aplicación de las técnicas de intervención desarrolladas para el control de algunas patologías dentales específicas (bruxismo, succión de dedos, etc.). Los primeros estudios psicológicos desarrollados desde una perspectiva conductual se centraban fundamentalmente en la utilización de técnicas de reducción de la ansiedad en el campo concreto de los miedos y fobias dentales. Como consecuencia de esta aplicación de los principios, técnicas y metodología de la psicología conductual a los problemas de salud oral, fue surgiendo a finales de la década de los sesenta un área específica de colaboración interdisciplinaria, que ha llegado a darse en llamarse Odontología Conductual. (*Ospina, 1989; Fernández Parra y Gil Roales - Nieto, 1991*).

La odontología conductual puede ser definida como el campo que surge de la aplicación de los conceptos, métodos y técnicas conductuales a aquellos problemas de la salud oral relacionados de algún modo con el comportamiento de las personas que los padecen.

La odontología contiene numerosos puntos en común e intereses compartidos con la psicología; especialmente por ciertos comportamientos del individuo ante la higiene oral y el desarrollo de hábitos orales inadecuados, por ejemplo el bruxismo, que pueden afectar la salud oral de quien la sufre o del miedo y evitación de situaciones dentales.

Los propios pacientes subestiman también la importancia de estos problemas, incluso en los países desarrollados. Resulta ilustrativo a este nivel un estudio realizado Or Westet, Costerhawen, Costerhawen (1988) con un grupo de personas residentes en Groningen (Holanda), que habían recibido tratamiento dental en un período de seis meses. Dichos tratamientos se relacionaban con problemas recurrentes como dolor facial, problemas estéticos o por necesidad de exodoncias. Se les preguntó a todos sus problemas de salud a lo largo de seis meses y solamente el 11 % recordaba haber sufrido un trastorno dental. Estos pacientes presentaron enfermedades poco comparables con otras físicas de los demás pacientes.

Un alto porcentaje de la población padece algún tipo de problema o enfermedad buco dental, se estima que la caries afecta al 40 % de los niños y entre el 60 - 80 % de adolescentes y jóvenes, además entre el 90 - 95 % de la población occidental adulta padece en alguna medida la enfermedad periodontal que también afecta aproximadamente al 70 % de la población infantil. Otras enfermedades orales, menos prevalentes, pero no menos importantes son las maloclusiones, cáncer oral, bruxismo, y disfunción de la ATM (Articulación Temporo - Mandibular). El bruxismo por ejemplo, afecta entre el 5 % y el 20 % de la población en general, mientras que la disfunción de la ATM afecta entre el 3 y el 9 % de los pacientes que buscan tratamiento odontológico. Dichas enfermedades no sólo afectan la salud dental y general de cada individuo, si no que además tienen un gran impacto en la calidad de vida de las personas, tanto por el sufrimiento físico y psicológico

que causa, como por los efectos que tienen a nivel socio - económico. En ciertos casos la consecuencia mas evidentes de las enfermedades dentales es la destrucción o pérdida de dientes, que si no se soluciona adecuadamente supone una limitación importante en la capacidad masticatoria del individuo teniendo también consecuencias negativas en la articulación del lenguaje y a nivel estético. Casos cuando el paciente es de edad avanzada, esas dificultades suponen problemas en la elección de la alimentación que además puede provocar problemas alimenticios y malnutrición.

Otras enfermedades generan dolor intenso que puede llegar a convertirse en crónico, creando, este dolor, un deterioro importante en sus condiciones de vida y la pérdida de horas de sueño y de días de trabajo, así como, la pérdida de bienestar. Las maloclusiones casi independientemente de sus consecuencias dentales y de su gravedad, son para muchos niños y padres causa de malestar psicológico e incluso afectan la adaptación del niño o adulto a su entorno. Estos problemas estéticos y psicológicos llevan a una gran cantidad de padres a buscar tratamientos de ortodoncia por ejemplo. Por otro lado, el cáncer oral afecta no solo la calidad de vida, sino que puede llevar a la muerte. Las enfermedades y problemas bucodentales invaden de forma considerable el bienestar de las personas y pueden tener un importante impacto tanto sobre la economía del individuo, como sobre la sociedad (pérdida de horas de trabajo atención odontológica de los ciudadanos, etc...). El hecho que las enfermedades orales rara vez tengan como consecuencia la

muerte del paciente, no reduce la importancia sanitaria y social de este tipo de problemas.

Del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales pueden afectar al comportamiento de aquellos que las padecen, el comportamiento de los individuos puede variar negativa o positivamente su salud dental. Health Educational Council (1985) de Gran Bretaña, ha puesto de manifiesto, que gran cantidad de enfermedades dentales se pueden prevenir por medio de cambios en el comportamiento, incremento en actividades preventivas como la aplicación de flúor, pasta dental con el cepillado o con enjuagues bucales.

Por otro lado, las conductas de riesgo (succión de dedos, bruxismo, consumo de tabaco, etc.), pueden dar lugar a desarrollar alteraciones bucodentales como son los movimientos mandibulares inadecuados que implican posiciones antinaturales del sistema masticatorio, o en la utilización inapropiada de sistema como son morderse las mejillas, la lengua o los labios, mordida unilateral, morderse las uñas, morder o retener entre los labios objetos como lápices, pipas, alfileres, instrumentos, las posiciones no naturales de la mandíbula, conductas de succión (especialmente de los dedos) y el uso del chupo, de forma frecuente durante un largo espacio de tiempo, problemas oclusales o abrasiones dentales específicas y características de los objetos que se muerden. El consumo de tabaco también provoca deterioro en los dientes, en las encías e incluso provoca cáncer oral. Otro hábito es el apretamiento y/o frotación de los dientes llamado bruxismo.

Un tipo diferente de conductas de riesgo son el miedo, comportamientos disruptivos y la evitación de las situaciones de tratamiento dental; en este caso, el comportamiento de los individuos no los expone directamente a un evento patógeno, pero afecta indirectamente a su salud al impedir que se lleve a cabo la evitación de los tratamientos dentales reduce la probabilidad de detectar tempranamente procesos patológicos que pueden agravarse con el paso del tiempo, así mismo el comportamiento de las personas ante situaciones de tensión puede determinar también la aparición de determinados trastornos dentales, entre ellos el bruxismo y el síndrome de disfunción de la ATM. En estos casos, el factor común a tener en cuenta es que la prevención de las enfermedades dentales puede ser abordada mediante la modificación, reducción o eliminación de estos comportamientos de riesgo.

Comportamientos de Higiene Oral

Es el procedimiento que toda persona ejecuta para su limpieza oral diaria con diferentes técnicas y elementos de higiene como son el cepillado de dientes, uso de la seda dental y enjuague bucal, siendo estos los más comunes.

La caries dental es una enfermedad de origen microbiano que ocasiona la desmineralización y destrucción progresiva e irreversible de los dientes. No hay un factor causal único que determine la aparición o desarrollo de estas enfermedades. Por el contrario, la caries se produce como consecuencia de ciertos factores, a los que se denominan factores locales, cuya acción se puede ver favorecida o

agravada por una serie de factores generales. Los principales factores locales son la placa bacteriana y el consumo de elevado de hidratos de carbono en la dieta, especialmente azúcares refinados. La placa dental es " la comunidad microbiana formada por la interacción de microorganismos con su medio " (*Newburn, 1984*). Además de los factores locales están los factores o enfermedades generales que pueden favorecer o agravar el efecto que aquellos tienen en el desarrollo de la caries, como trastornos endocrinos y alteraciones en la salivación a la estructura de los dientes.

La caries dental es más frecuente en los países occidentales, afectando por igual ambos sexos y presentándose con mayor consecuencia en individuos que viven en entornos urbanos y pertenecientes a niveles socio - económicos bajos.

Se denomina con el nombre genérico de enfermedad periodontal a la inflamación de las encías que puede dar lugar, con el tiempo a la pérdida de apoyo de inserción y óseo para el diente (*Burt, Haugejorden, Hein, Horowitz, Hunter, Morrison, O'Brien - Moran, Stam, 1984*). Es de origen microbiano, aún cuando no se conoce un factor causal único que determine la aparición y desarrollo de este trastorno. Se identifican dos tipos de factores como responsables de la enfermedad periodontal: a) los factores locales que actúan sobre el tejido periodontal desde el medio bucal, b) los factores generales los cuales actúan bien modificando la capacidad de resistencia y reparación de los tejidos, produciendo manifestaciones patológicas que pueden ser ampliadas por los factores locales (*Ruben, Goldman y*

Schdman, 1973). El más importante de los factores locales es la placa bacteriana que se acumula en el margen gingival. Entre los factores generales está por una parte la disminución de las defensas del organismo generada por alteraciones metabólicas como la diabetes, hematológicas como la leucemia, o infecciosas como la sífilis, por otra, los estados carenciales nutricionales, la ingestión prolongada de ciertos fármacos, o estados fisiológicos tales como el embarazo, la pubertad y la menopausia (*Maura y Flores, 1987*). La enfermedad periodontal afecta en algún grado al 90 y 95 % de la población occidental adulta.

Tanto la caries como la enfermedad periodontal son las responsables de la mayor parte de la pérdida de dientes después de los 35 años de edad, ambas enfermedades son también responsables de la mayor parte de los casos de dolor odontológico que se produce y conduce, a la pérdida de un gran número de horas de sueño y trabajo. Estas enfermedades afectan no sólo a la salud de quienes la sufren sino también afectan, en los casos más graves, (a la vida familiar, a la economía personal, costo del tratamiento el y tiempo de trabajo perdido) y la ejecución y calidad del trabajo. En casos extremos, el dolor que producen pueden llegar a afectar también el equilibrio psicológico del paciente.

Ya que la etiología de ambas enfermedades es multicasual, su prevención también se puede abordar a través de múltiples medidas complementarias entre sí. En el caso de la caries dental se pueden llevar a cabo para combatirla cuatro tipos específicos de medidas preventivas: a) El sellado de las fisuras existentes en las

piezas dentales, realizado por un odontólogo y que reduce la susceptibilidad del diente a la acción de las bacterias. b) La modificación de la dieta alimentaria, reduciendo el consumo de hidratos de carbono, fundamentalmente aquellos que se ingieren en forma de azúcares refinados. c) El aumento de la resistencia de las piezas dentales mediante la aplicación de flúor. El flúor aplicado puede encontrarse en el dentífrico utilizado en el cepillo, enjuagues bucales, en el agua de consumo, o ser aplicado por un especialista. d) El control de la placa bacteriana, evitando su formación o eliminándola una vez formada, a través de medidas de higiene oral como el cepillo y utilización de seda dental.

Algunas de estas medidas implican un cambio en el comportamiento de los propios sujetos que desean prevenir la aparición de la caries dental, otras suponen también intervenciones más complejas a nivel sanitario, político, social. Las primeras citadas implican la intervención del odontólogo, como profesional capacitado para realizar de forma adecuada el sellado de las fisuras. Esta técnica, a pesar de que puede llegar a reducir la necesidad dental en los niños en un 50 % (*Gift, 1991*), se utiliza con poca frecuencia posiblemente debido a la falta de información y al elevado costo económico.

Por otra parte las modificaciones de los hábitos alimentarios de una población, puede resultar muy difícil de realizar, ya que éstos dependen en gran medida de las propias estructuras económicas y productivas de la sociedad.

Otros factores como las normas culturales alimenticias de una sociedad o el valor reforzante de determinados alimentos por su sabor, apariencia, también influyen de manera significativa en los hábitos alimenticios de una población. Por tanto, el cambio de hábitos alimentarios depende no solo del propio individuo, sino también de toda una serie de factores, culturales y económicos, que resultan difíciles de cambiar. La reducción drástica de los hidratos de carbono en la dieta, y sobre todo la eliminación de azúcar refinado, no sólo es un objetivo difícil de lograr sino que desde una perspectiva preventiva resulta innecesario. Las mismas cantidades de azúcar no tienen el mismo efecto cariogénico cuando se consume exclusivamente durante las comidas que cuando se consume entre las comidas, grandes cantidades de azúcar consumidas durante las comidas pueden resultar poco peligrosas para el desarrollo de las caries dentales, mientras que cantidades más reducidas consumidas entre las comidas si pueden serlo.

La tercera de las medidas preventivas, la aplicación de flúor, puede realizarse a través del agua potable que se consume, lo que implica un simple cambio ambiental de bajo costo económico (*Ayer, 1984*). Pese a la sencillez de esta medida y a la evidencia acumulada de que no se producen efectos secundarios en la población a la que se aplica (*Gift, 1991*), la fluorización del agua se encuentra muy poco extendida, sobre todo en nuestro país. Adicionalmente la fluorización del agua por si sola no elimina el problema de la caries dental, aunque se estima que la reduciría en un 50 %. El flúor también puede ser aplicado por un profesional estimándose que en estos casos la caries puede ser reducida en un 30 o 40 % (*Cohen, 1990*).

Otras medidas preventivas que pueden tomarse frente a la caries dependen más directamente del comportamiento individual. Este es el caso de la administración de flúor por medio de enjuagues bucales o a través de la pasta dental utilizada en el cepillado, o del cepillado dental mismo. Estos tipos de medidas presentan cambios mínimos en la vida cotidiana de las personas que las aplican y prácticamente sólo afectan su propio comportamiento.

La higiene dental, por otra parte, también resulta esencial para la prevención de la enfermedad periodontal, Dado el papel determinante que la placa bacteriana tiene en su etiología, tanto así que se ha llegado a considerar la enfermedad periodontal como una consecuencia directa de la mala higiene dental de un individuo (*Riolo y Malva, 1981*).

Ninguna medida preventiva puede por sí sola evitar la aparición y desarrollo de la caries dental o de la enfermedad periodontal. De las dos medidas de higiene oral de aplicación individual, el cepillado y uso de la seda dental, la primera es la técnica más contrastada y la que tiene una mayor importancia (*Silverstone, 1978*). El cepillado con cremas fluoradas es además la única medida resultante eficaz para la prevención de la caries y enfermedad periodontal a un mismo tiempo. La seda dental, por el contrario, se utiliza para la eliminación de la placa bacteriana depositada en las áreas de contacto entre los dientes, siendo así una medida secundaria que deben aplicar las personas.

La periodicidad del cepillado dental es uno de los factores que determina la efectividad preventiva, la medida ideal es de tres veces al día, sino se puede realizar, es preferible que el cepillado dental se realice al menos una vez al día (antes de acostarse). Por otra parte el cepillado se debe realizar en cualquier edad, ya que la destrucción de los dientes temporales puede afectar a los permanentemente si coincide con la época de cambio dental. El cepillado no elimina en forma sistemática o automática la placa dental, a menos que este se realiza de un modo adecuado para que tenga un efecto apreciable sobre el nivel de la placa. Entre las técnicas se encuentran: Restregado (cepillado horizontal), la técnica de Fones (en círculos), Roll (rotación), Bass (vibratoria), o la fisiológica (banda suave). (*Silverstone, 1978*). También se han propuesto cepillos con distintos diseños y se han fabricado cepillos eléctricos con el objeto de simplificar el cepillado. Las únicas limitaciones que podemos encontrar son las que establece el paciente tanto por su anatomía (manos, boca) como por alteraciones mentales que pueda presentar.

Echeverría (1978) señala, en relación con el cepillado dental, que su principal desventaja es precisamente que debe ser aplicado por el propio individuo. Afirma también que las destrezas, esfuerzo, tiempo y perseverancia necesarios para mantener un grado aceptable de higiene dental exceden la capacidad de una persona normal. Algunos profesionales de la odontología que han considerado la dependencia que las medidas de higiene dental tienen respecto al comportamiento

de cada sujeto como un inconveniente difícilmente salvable, han planteado la necesidad de investigar medidas alternativas que permitan prescindir de este tipo de medidas preventivas.

Desde la perspectiva de la odontología conductual, los comportamientos de higiene oral son una de las actividades preventivas más estudiadas, así como, continuamente aparecen anuncios en los medios de comunicación en los que se presenta un determinado cepillo oral o una crema dental; en los colegios se les recuerda a los niños el cepillado dental. En las últimas décadas vienen realizándose, periódicamente, campañas informativas dirigidas a diferentes sectores de la población, con el objetivo de alentar la aplicación de diferentes técnicas de higiene dental. El sector que más atención ha recibido es la población infantil, de manera tal que la odontología conductual ha desarrollado algunas técnicas para su atención: A) Intervenciones educativas e informativas tradicionales: La mayor parte de los estudios tradicionales se han centrado en mejorar las condiciones sobre higiene y salud dental de los pacientes llevando a cabo comportamientos de higiene oral bajo supervisión y cambiando las creencias y actividades sobre salud oral para incidir en el desarrollo de los comportamientos de higiene oral, a) Procedimientos instruccionales e informativos: La intervención educativa consistió en la transmisión de información sobre salud e higiene oral, una demostración de cepillado y un ensayo dirigido de este. Pero esta técnica solamente ha resultado eficaz para desarrollar comportamientos efectivos de higiene oral en aquellas ocasiones en que se han aplicado junto a técnicas conductuales como la auto -

observación, práctica guiada, reforzamiento, b) Ejecución supervisada: Se basa fundamentalmente en la realización diaria de los comportamientos de higiene dental, en especial el cepillado en el colegio y bajo supervisión de un profesor o un odontólogo. Este tipo de intervención parte de asumir la ejecución continuada y bajo supervisión de los comportamientos de higiene oral y no solo controlar su aplicación efectiva, sino que además facilita que este tipo de realización se convierta en un hábito escolar. c) Modificación de actitudes y creencias: Se basan en el intento de cambio de actitudes y creencias hacia la salud oral ya que se considera existente una relación entre ambas (*Epstein y Ossip, 1979; Greene y Simons - Norton, 1984*). Según este modelo es más probable que las conductas preventivas relacionadas con la preservación de la salud se lleven a cabo, cuando los individuos son susceptibles a la problemática de la salud, percibiendo como serios estos problemas y creyendo que ciertas conductas tendrán efectos beneficiosos. Se recomienda una comunicación positiva y sobre higiene oral. B) Intervenciones conductuales en higiene dental: Desde una perspectiva conductual Epstein y Ossip (1979) consideran que la ejecución de comportamientos terapéuticos en el campo de la salud depende, al menos, de dos factores: que la respuesta que se requiere del individuo forme parte de su repertorio, además que las condiciones motivacionales sean suficientes para que se produzca y mantenga la respuesta que se requiere:

a) Intervenciones dirigidas a entrenar los comportamientos de higiene dental: A pesar de que la higiene oral es conocida en todo el mundo hay personas que no han aprendido a realizar este tipo de comportamiento. Esto es habitual cuando los

sujetos son de corta edad, presentan problemas de destreza motora o bien padecen retraso en su desarrollo psicológico. Un estudio de Poche, Mc Cubrey y Munn (1982) evaluó la posibilidad de enseñar el comportamiento de cepillado dental a sujetos con retraso o faltos de destreza motora, Para ello dividen el comportamiento del cepillado en una cadena de dieciséis (16) pasos que fueron enseñados con la ayuda de instrucciones, moldeamiento, guía física y aprobación descriptiva tras cada respuesta adecuada. Los resultados fueron nuevamente positivos consiguiendo un cepillado dental capaz de reducir los niveles de placa dental de los sujetos. No debe olvidarse que la efectividad de este tipo de actividades depende no solo de la habilidad con que se ejecuten sino también que se lleven a cabo en el momento y con la periodicidad oportuna. Es decir, que aún más importante que la competencia del individuo es el mantenimiento sistemático de este tipo de comportamientos en forma de " Hábitos ", b) intervenciones dirigidas a incrementar la adherencia a las prácticas de higiene dental: En la mayoría de los casos, las intervenciones conductuales no se han aplicado con el contexto natural en el que se realizan habitualmente estas conductas de higiene oral, es decir, en el hogar de cada persona. Generalmente se han aplicado en otros ambientes como centros docentes (colegios, institutos, universidades), campamentos o clínicas odontológicas donde no se realizan comportamientos de higiene oral cotidianamente. En consecuencia podríamos diferenciar dos tipos de intervenciones conductuales. Según estas se hayan aplicado en dichas situaciones artificiales o esporádicas o en contextos naturales y cotidianos. En el primer caso, la intervención es llevada a cabo usualmente por docentes investigadores o

profesionales, mientras que en el segundo caso la intervención suelen realizarla los padres, cuando se trata de estudios con población infantil o los propios interesados, c) intervenciones en contextos artificiales o esporádicos: Aquellos casos en los que las intervenciones se aplican en situaciones o contextos diferentes a los que requerirán cotidianamente la emisión de los comportamientos de higiene oral, las habilidades a implantar pueden desarrollarse en dichas situaciones, aunque puede solicitarse de los participantes que los lleven a cabo en sus contextos naturales, usualmente el hogar. Un ejemplo es el estudio de Zaki y Bandt (1974), quienes aplican a estudiantes universitarios de odontología un procedimiento conductual basado en el modelamiento, reforzamiento y feedback correctivo sobre la efectividad del cepillado dental. El reforzamiento y la retroalimentación se aplicaban en función de los niveles de placa dental de los sujetos como resultado se produjo un descenso significativo de los niveles de placa dental, que se seguía manteniendo durante un seguimiento de diez (10) semanas. Sin embargo este tipo de participantes limita la generalización de los resultados de este estudio a otras poblaciones. Esto es, siendo estudiantes de odontología los participantes es de esperar que el " contexto " haya determinado en alguna medida no evaluada, la eficacia del procedimiento de manera que éste debería ser aprobado con poblaciones " no vinculadas " a la profesión odontológica.

Iwatu y Becksfort (1981) llevaron a cabo una intervención, consistente en el reforzamiento de la reducción de los niveles de placa dental. La intervención se realizó en una clínica odontológica y los sujetos fueron personas de edades y

niveles socio - culturales diversos que acudieron como pacientes. El reforzador utilizado fue la reducción de los honorarios profesionales de los odontólogos, y los resultados indicaron que se produjo una reducción considerable de los niveles de placa dental que se mantenían a los seis (6) meses. Las conclusiones en este tipo de intervenciones son: la realización en casa por parte de los sujetos de una autovaloración de los niveles de placa dental y su registro, y en la misma autoevaluación, reforzamiento aplicado en el centro docente en forma ganancial. En cuanto a pediatría la secuencia de los componentes son: consecuencias verbales diferenciales en función de los niveles de placa dental, retroalimentación de los niveles de placa dental con indicación de la forma como la placa disminuye en las superficies dentales, repetición al niño de las instrucciones generales sobre el cepillado dental correcto, repetición por parte del niño de la información recibida, colocación pública de un cartel, o retirada, de fotos (por ejemplo) de niños en función de su nivel de higiene dental d) intervenciones en situaciones naturales: Son pocos los que se han desarrollado donde los padres son los encargados de realizar esta labor. Los procedimientos consisten: instrucción sobre uso de la seda, ayudas, reforzamientos y " Autocontrol ".

En consecuencia los trabajos de investigación que en el campo de higiene oral se han realizado desde la perspectiva de la odontología conductual han tenido dos objetivos principales: a) En algunos casos se han investigado intervenciones dirigidas a conseguir que los individuos adquieran habilidades de higiene oral de las que carecen. b) En otros, los estudios se han centrado en desarrollar

intervenciones capaces de incrementar la efectividad de los comportamientos de higiene oral mediante el logro de una ejecución adecuada y una mayor adherencia

En las investigaciones analizadas, donde se aplicaron las técnicas anteriormente mencionadas se encontró: a) Las intervenciones en las que se aplicó reforzamiento explícito han resultado más eficaces que aquellas en las que el reforzamiento no fue programado. b) El modelamiento ha resultado un procedimiento efectivo, e incluso en algún caso más efectivo que los procedimientos basados en el simple reforzamiento y el feedback. c) A pesar de que los reforzadores dieron muy buena efectividad está prohibido con grupos grandes de pacientes y representan en realidad un tipo de intervención escasamente viable.

Hábitos Orales Inadecuados

La boca está implicada en una gran cantidad de comportamientos que un individuo lleva a cabo frecuentemente relacionados con la alimentación y la comunicación oral, trabajos o consumo de sustancias como el tabaco masticado o fumado, incluso morderse los labios, introducir objetos en la boca o empujar los dientes con la lengua en forma esporádica o habitual, también van a afectar conductas como chupar dedo, morderse las mejillas, las uñas (onicofagia), morder o retener entre los dientes objetos como lápices, alfileres, bocas de oxígeno para bucear o instrumentos musicales dando vía libre a problemas de oclusión o abrasiones patológicas, trastornos periodontales e incluso cáncer bucal.

El succionar los dedos es una conducta habitual en los niños recién nacidos. Este reflejo forma parte del equipo de respuestas de todo neonato ya que la succión es necesaria para la alimentación y a partir de él se desarrollan otros comportamientos. Puede realizarse en forma habitual o permanente y a veces solo en el día y en la noche o mixta siendo la segunda la más frecuente.

En los primeros años de vida parece no resultar peligrosa para el niño, cuando el niño es mayor, esta, puede tener consecuencias negativas a nivel médico, social, conductual y sobre todo dental. A nivel conductual, la succión o chupeteo de los dedos está relacionado con los hábitos tales como la onicofagia o la incotilomanía. A nivel social puede afectar las relaciones del niño con otros compañeros o con sus padres y dar lugar a críticas o castigos, problemas médicos tales como deformidades en los dedos e incluso envenenamiento accidental cuando el niño ha estado en contacto con sustancias tóxicas. Dentalmente los primeros problemas son maloclusiones tipo II desplazamientos, mordidas abiertas, sobremordidas, diastemas, problemas de ATM y posición retrusiva mandibular y la estética facial.

Se considera que no se debe iniciar tratamiento antes de los 4 o 5 años de edad ya que en primer lugar se ha demostrado que muchos niños dejan de chupar dedo antes de esta edad sin intervención, en segundo lugar porque los efectos dentales psicológicos y sociales antes de esta edad son mínimos, tercero, el tratamiento de los niños antes de esta edad es difícil y cuarto, esta conducta puede ser adaptativa

ante situaciones de crisis (miedo, pérdida o dolor). La intervención debe ser dictada por la cronicidad del comportamiento más que por la edad del niño, para establecer la cronicidad de la succión Friman y Schmitt (1989) proponen tres criterios: 1) Que la conducta se produzca en más de dos situaciones o lugares. 2) En el día o en la noche. 3) La frecuencia y la duración de la conducta de succión de los dedos.

Tradicionalmente para el control de la succión de dedo, se recurre al uso de tres tratamientos: en primera instancia el de Mairesse (1980), que se basa en tres pasos fundamentales: a) hablar con el niño para que comprendiera los efectos nocivos de su hábito y la necesidad de tratamiento, b) medición en cada sesión de la abertura entre los incisivos, c) anotación de los éxitos y fracasos en un calendario. Se basa en la creencia de que la aceptación por parte del niño de la necesidad de tratamiento y su compromiso. En segunda instancia encontramos los Brazaletes que impiden doblar el codo, colocación de apósitos en el dedo, cosidas de mangas, colocación de manoplas o calcetines ásperos en la mano cuyo objetivo es romper el hábito impidiendo el hábito físicamente. En tercera instancia y odontológicamente se utiliza las placas de Hawley con rejilla, pero sus desventajas es que reaparece tiempo después de su retiro, requiere de mucho tiempo para producir resultados positivos, causa molestias y problemas al paciente emocionalmente, además, dificultades para hablar y comer, afectando su relación con los padres, incrementando su susceptibilidad a la caries y sus relaciones sociales por su apariencia.

En cuanto a los tratamientos conductuales encontramos principalmente cinco técnicas a nombrar : a) reforzamiento diferencial: consiste en la aplicación de forma sistémica de reforzamiento positivo cuando el paciente emite conductas distintas a la succión de los dedos. A la vez, la estimulación reforzante se retira de forma inmediata a la emisión de respuesta de succión, b) técnicas aversivas: se basa fundamentalmente en la aplicación de diversos tipos de estimulación aversiva con el objeto de castigar la aparición de las conductas de succión de forma sistémica, se suelen usar algún tipo de sustancias de sabor desagradable extendidos sobre los dedos del niño, ayudando también en la eliminación de otros hábitos inadecuados como tocar y mantener cogidos objetos que incitan la succión, c) habit reversal: Consiste en enseñar a los niños a reconocer su conducta y detectar la ocurrencia de la conducta de succión, interrumpiendo el niño esta conducta con la ayuda y supervisión de un adulto responsable, d) eliminación de la conducta: Se realiza en forma indirecta, eliminando el hábito acompañante, e) decir - hacer: El niño dice que hará (no succión) y que realmente realice su acción, haciendo reforzamiento social en forma de elogios " eres un gran chico, lo estás haciendo muy bien porque vas a hacer lo que has dicho que harás " con tres días de aplicación ya se consiguen resultados.



Tabaquismo

El consumo de tabaco especialmente si es fumado en cigarrillos pero también masticado o fumado en pipa, afectando negativamente en el sentido de ser un factor de riesgo para el desarrollo de varias condiciones bucodentales y podemos encontrar cáncer oral, enfermedad periodontal y los procesos de cicatrización pueden alterarse, provocar halitosis, leucoplasia, etc...

A) Cáncer oral: Según la American Cancer Association, 1989, USDHHS 1982, 1989, fumar es una de las causas número uno de cáncer oral. En los estudios realizados para comparar el riesgo diferencial entre fumadores y no fumadores respecto al desarrollo de cánceres orales, se ha encontrado una probabilidad entre 2 y 18.1 veces mayor (medida de 4) de desarrollar cáncer entre los fumadores (**USDHHS, 1990**). Este hecho hace que el riesgo disminuya para los exfumadores tras algunos años de abstinencia. Por ejemplo después de 3 a 5 años sin fumar el riesgo desciende un 50 % , mientras que tras 10 años sin fumar el riesgo es comparable al de quienes nunca fumaron. Así mismo, algunos estudios han señalado que continuar fumando después de haber desarrollado cáncer oral reduce la supervivencia, en especial si se combina con un consumo mantenido de alcohol. (**Johnston y Ballantyne, 1977; Stevens y Cols, 1983**). B) Leucoplastia: Consiste en una placa o revestimiento blanco que es frecuentemente observado sobre el suelo de la boca o la parte baja de la lengua en fumadores, variando en apariencia desde un color blanco ligeramente traslúcido en el área afectada hinchazón,

agrietamiento y endurecimiento del área afectada. Se le considera una consecuencia precancerosa, calculándose que entre el 3 y 5 % de las personas que desarrollan esta condición presentan una evolución maligna de la misma. C) Enfermedad periodontal: El tabaco también es un factor contribuyente al desarrollo de esta. Provoca la destrucción de los tejidos de soporte e incrementa la probabilidad de pérdida dental. D) Alteración en la cicatrización: Debido a las sustancias tóxicas que desprende el tabaco, irritando los tejidos de la zona, retrasando su cicatrización. La pérdida de sangre de un fumador cuatro veces mayor que en no fumadores, causado por una depresión de las defensas inmunológicas. E) Estomatitis nicotínica: Inflamación de la salida de los conductos salivares menores en el paladar.

La odontología está directamente implicada en la promoción del abandono del tabaco como medida beneficiosa para la salud bucodental. En el " primer simposium Nacional sobre abandono del tabaco: ayudando a los pacientes dentales a dejar de fumar " donde sus objetivos fueron: a) Establecer la importancia de implicar a los odontólogos y auxiliares en las actividades antitabaquistas. b) Reunir a odontólogos y profesionales de la salud con algunas dependencias químicas y revisar la literatura científica sobre el tabaco. c) Razones y efectividad de los actuales métodos para dejar de fumar. d) Revisar, comparar y contrastar los métodos actuales. e) Recibir información actual de estas prácticas. f) Descubrir como los programas antitabaquismo son efectivos incorporales en el pensul universitario.

Si bien el odontólogo es el agente primario en un programa de este tipo; esto es, quien primero detecta al paciente dental fumador y quien puede hacer la labor de consejo y sugerencia acerca del abandono del tabaco ligando dicha decisión al futuro de la salud dental del individuo.

En cuanto a los tratamientos antitabaquistas tenemos: a) Programas multicomponentes: Combinan en un programa múltiples técnicas pero resulta poco eficaces solo el 25 % de éxito en seguimientos de 6 meses a un año. b) fumar rápido: Tasa de efectividad 60 % a los 6 meses de seguimiento, pero el problema es recibir una sobreingesta de nicotina. c) Autocontrol: El propio fumador es el principal protagonista del cambio en su conducta. d) Reducción progresiva: En conteo regresivo se disminuye la ingesta de nicotina.

Formas básicas para ser un ex - fumador: a) Por decisión propia. b) Ayuda de algún material o elemento (chicle). c) Hacerlo por advertencia o consejo. d) Tratamiento grupal. e) Experiencia comunitaria. f) Colocarse en tratamiento clínico individual.

En el tratamiento del tabaquismo específicamente relacionado con la práctica dental, se encuentra que en 1981 la ADA (Asociation Dental American) decidió implicarse en los programas antitabaquismo prohibiendo fumar en sus reuniones y conferencias científicas y animando a sus asociados fumadores al abandono del

tabaco y a su conversión. Está comprobado que los pacientes dentales tienden a ser especialmente receptivos relativos a su salud oral provenientes de su odontólogo y ofrecidos en el curso de una consulta para revisión o tratamiento (CHRISTEN Y COLS, 1990) el odontólogo está en una posición privilegiada para llevar a cabo un procedimiento y crear una actividad orientada a estos tratamientos, además de detectar en forma inmediata cualquier tipo de efectos nocivos que estén provocando. El tratamiento ideal que se propone en esta monografía es explicado en el anexo.

Bruxismo y Síndrome de la Disfunción de la ATM

La masticación es posible gracias a una serie de músculos de la cara y la cabeza, que controlan el movimiento del maxilar inferior y de la articulación temporomandibular, además colaboran en la realización de diversas conductas orales como beber, chupar, sonreír, lamer, respirar a través de la boca, hablar, tragar y fundamentalmente mantener la boca abierta, cerrada o en posición de descanso.

Esta relación dental se llama oclusión y una desviación de esta se llama maloclusión, además de estos problemas podemos encontrar conductas orales inadecuadas o no funcionales, algunos implican actividad muscular inadecuada. Dos de los problemas que se producen a este nivel son el bruxismo y la disfunción de la ATM relacionados con factores psicológicos.

El apretamiento o frotamiento de los dientes en situaciones no normales o no funcionales, de forma prolongada o intensa provocando patologías orales, es lo que comúnmente se conoce como **Bruxismo** y se divide en dos: **Bruxismo céntrico**. Consiste en el apretamiento en sí de los dientes. **Excéntrico**. Consiste en la frotación de los dientes. Una segunda clasificación es diurna y nocturna donde Las diferencias más notables de estos son: a) El bruxismo nocturno es rítmico e implica sonidos, el diurno no. b) El nivel de conciencia que el sujeto tiene al emitir este comportamiento durante el día. (cuando el hábito de apretamiento y/o frotación de los dientes se produce de forma prolongada puede dar lugar a toda una serie de alteraciones físicas y psicológicas. Una larga historia del bruxismo puede afectar a la dentición, el tejido periodontal los músculos masticatorios y la ATM además de provocar cefaleas o producir conductas alteradas. En concreto, el bruxismo puede ser causa de daños a la corona dental, hipersensibilidad palpar, hipertrofia de los músculos masticadores, mialgias, hipertonicidad muscular, dolor facial, dolores de cuello y espalda.

En cuanto a la etiología podemos decir que hay dos principalmente: a) Existencia de discrepancias o interferencias oclusales que superan un determinado umbral de irritabilidad. b) Es un hábito aprendido ante situaciones productoras de ansiedad asociadas al estrés. La identificación y evaluación de las conductas de apretamiento y/o frotación de los dientes es difícil en la medida que el propio sujeto emite esta conducta no suele ser consciente de ello en una gran cantidad de ocasiones por

tanto es detectado en muchas ocasiones por la persona que convive con el sujeto o sus efectos orales.

Para lograr medir los síntomas orales tenemos que observar: a) Daños o deterioro del diente. b) Dolor facial. c) Maseteros aumentados. d) Movilidad de los dientes. e) Maloclusión. f) Enfermedad periodontal. g) Problemas con prótesis dentales.

Pero uno de los principales problemas que se plantea es que no existe una relación directa entre estos signos y el bruxismo, ya que pueden ser consecuencia de otros problemas anteriores e incluso haber dado lugar a la aparición de este problema. La información que da el paciente se basa en la entrevista y los autoinformes, que sirven como la primera evaluación del bruxismo. El problema es que a veces el sujeto no es consciente del apretamiento o frotación en muchos casos conduciendo a una estimación errónea, además solo nos permiten recoger información del bruxismo diurno, por lo que su utilidad queda limitada a este tipo de hábito. El apretamiento y/o frotación de los dientes pueden provocar en ocasiones un característico rechinar. La evaluación del bruxismo a través de los sonidos que provoca puede realizarse a través de los informes de personas que conviven con el sujeto o con la grabación de este. El problema es que no siempre produce sonidos audibles.

Una técnica para la medición de estos ruidos es la **Telemetría intraoral** que consiste en colocar una serie de sensores en los dientes que permiten detectar la ocurrencia de comportamientos de apretamiento o frotación. Se colocan en ambos

maxilares y al presentarse contacto producen señales diferentes. Su principal problema es su intrusividad y el hecho de que la colocación de los sensores pueden producir una interferencia oclusal que altere los parámetros de la conducta bruxista.

Entre los tratamientos conductuales para el bruxismo se encuentran: A) tratamientos biológicos: Van desde los fármacos o fisioterapia hasta aquellos estrictamente odontológicos como son la equilibración o el gusto oclusal. B) Psicológica: Depende en gran medida de la forma como se conceptualiza la conducta bruxista. a) Práctica masiva: Ejecución repetida del hábito nocivo hasta el momento en que los músculos implicados se encuentren fatigados. En este momento el paciente interrumpe la práctica del hábito. Se lleva a cabo varias veces al día durante un determinado periodo de tiempo. La interrupción del hábito tras la práctica masiva elimina el malestar causado por la fatiga de los músculos masticatorios de forma que la no ejecución del comportamiento bruxista queda reforzada, creándose un hábito incompatible con el nocivo. b) habit reversal: Se enseña al paciente a: Reconocer la ocurrencia del hábito; Interrumpir su acción; Ejecutar una conducta competitiva que el sujeto debe practicar en el caso de haber emitido la conducta a eliminar o en situaciones en las que habitualmente emite dicha conducta. La aplicación de esta técnica requiere de los pacientes ciertas habilidades previas que hacen imposible su aplicación a sujetos que presentan un limitado repertorio adaptativo.

Teniendo en cuenta las anteriores técnicas se halló: a) A pesar de que se ha demostrado la eficacia de diversas técnicas conductuales para el tratamiento del bruxismo nocturno como diurno desafortunadamente no se han realizado, los estudios necesarios comparativos que permiten conocer en que medida estos procedimientos son más efectivos que los tratamientos dentales o farmacológicos.

b) Es bueno destacar cómo la práctica masiva ha sido siempre aplicada con el objeto de eliminar el bruxismo nocturno sin que haya sido puesta a prueba su eficacia en relación con el bruxismo diurno.

Se conoce como **Síndrome de Disfunción de la Articulación Temporomandibular** (SDATM) a un complejo sintomático que afecta a diversos aspectos del sistema masticatorio; entre los síntomas se encuentra limitación del rango de movimiento, dolor de los músculos masticatorios, dolor en la ATM, chasquido, crepitación, dolor por movimiento mandibulares, hipersensibilidad de los músculos mandibulares y cefalea. El dolor puede estar localizado en el área preauricular o en el propio oído en el área temporal o de los maxilares e incluso en la parte posterior de cabeza y nuca se puede producir desde el momento de levantarse o desarrollarse más tarde e ir incrementándose poco a poco.

El chasquido o crepitación de la ATM, aún siendo uno de los síntomas definitorios solo debe tenerse en cuenta para el dx de SDATM en aquellos casos en que los otros dos síntomas principales (limitación de movimiento, dolor) estén presentes

cuando se presentan más síntomas o pérdida de sensibilidad en la ATM se llama síndrome del dolor miofacial.

El tratamiento conductual para el SDATM ha sido abordado desde orientaciones muy diferentes a través de tratamiento quirúrgico, farmacológico, dentales y psicológicos. Desde una perspectiva conductual, el tratamiento se presenta de forma directa: dirigidos fundamentalmente a disminuir la actividad muscular de los músculos masticatorios como forma de reducir o eliminar el dolor. Y en forma indirecta: eliminando el comportamiento bruxista.

Miedo y Evitación de Situaciones Dentales

Para la gran mayoría de pacientes resulta estresante y aún desagradable la visita al odontólogo. Generalmente resulta mas alta la ansiedad y el miedo al dolor, que el dolor que realmente experimenta. Ante esta situación, el paciente es el mas afectado porque detiene un tratamiento necesario para su salud, lo evita, lo interrumpe y puede impedir que se detecte a tiempo un proceso patológico.

Resulta imprescindible lograr una reducción significativa del miedo y así el paciente pueda recibir una atención adecuada. El miedo puede ir acompañado de otro tipo de respuestas que dificultan o impiden las intervenciones odontológicas. Tipos de respuestas: a) respuestas de evitación: Todas aquellas reacciones que impiden al paciente exponerse a entrar en contacto con el odontólogo, ya sea retrasando la petición a una consulta, no acudiendo a las citas. Más frecuentemente en adultos.

b) Conductas disruptivas: O entorpecedoras. Se presentan en la propia consulta, dificultando el trabajo del profesional. Cerrar la boca, mover la cabeza, levantarse, dar manotazo, gritar, quejarse o llorar. Más frecuentemente en niños. En estos casos se dificulta el tratamiento, supone pérdida de tiempo y esfuerzo para el odontólogo, además las intervenciones pueden resultar inadecuadas o insatisfactorias. Los comportamientos disruptivos son una de las principales fuentes de ansiedad y preocupación para los profesionales. Las agujas, la jeringa, la inyección de anestesia, el sonido de la fresa, son los estímulos que provocan mayor ansiedad de acuerdo con afirmaciones de los mismos pacientes.

Estos tipos de respuesta tienen mayor incidencia en las mujeres que en los hombres. La edad es otro factor importante, la ansiedad dental en niños se incrementa con edad. En cualquier caso, la infancia parece tener gran importancia en el desarrollo de estas conductas desadaptativas de miedo y evitación (*Berggren y Meynert*).

A cerca del origen de las fobias dentales, hay muchas especulaciones, pero odontólogos y psicólogos coinciden en señalar que las experiencias traumáticas o dolorosas tratamiento dental son las principales causas para crear fobias. Causas como la apariencia del instrumental utilizado, la habilidad del operador y el propio comportamiento del dentista, la inmovilidad del paciente, conllevan a la fobia.

Los pacientes atribuyen las fobias dentales a las experiencias traumáticas o desagradables vividas. En número menor lo atribuyen a informaciones recibidas,

sin olvidar el clima social reinante en la mayoría de comunidades hacia el tratamiento dental en general.

Para la evaluación de la conducta de miedo y evitación dentales se puede realizar a través de diversas técnicas e instrumentos. Algunos diseñados originalmente para la evaluación de la ansiedad clínicamente, otros diseñados a evaluar las conductas de miedo y evitación dental, tanto en niños como en adultos. Generalmente autoinformes y sistemas de observación son los que con mayor frecuencia se utilizan. A) Autoinformes: generalmente cuestionarios en los que se pide al paciente las conductas en diferentes situaciones dentales. B) Observación: Se ha usado más en niños, puede ser directamente o por medio de escalas de estimación. C) Otras formas: Mediciones directas de las respuestas psicológicas provocadas en diferentes situaciones dentales. Se evalúa respuesta cardíaca, temperatura, respiración, respuesta electromiográfica, respuesta electrodermal.

Al conocer los factores que conducen a el miedo, ansiedad y evitación dental ha sido posible desarrollar estrategias dirigidas a prevenir estos comportamientos. Al ver que las experiencias traumáticas vividas son la principal causa de las fobias dentales, se han propuesto medidas preventivas. Weinstein (1990) establece tres medidas: A) Crear un medio ambiente controlado y seguro. B) Procedimientos dentales no invasivos. C) Exponer al niño a experiencias dentales positivas antes de someterle al tratamiento. Usando técnicas o estrategias preparatorias y/o técnicas simultáneas. La diferencia está en que las técnicas preparatorias son antes

del tratamiento y las técnicas simultáneas se aplican al mismo tiempo con el tratamiento. Estas son aplicadas en personas libres de miedos elevados o fobias dentales.

Los tratamientos de las fobias dentales tienen como objetivo la reducción o eliminación de los comportamientos desadaptativos de miedo, evitación o disrupción. Son técnicas dirigidas a pacientes que han desarrollado miedos intensos o fobias dentales y son: a) desensibilización sistemática: técnica psicológica de intervención cuyo objetivo principal es reducir la ansiedad o miedo ante una estimulación determinada. Se establece que estímulos que causan miedo, de menor a menor; una vez el paciente aprenda a relajarse, se le van presentando los estímulos gradualmente, puede ser presentándolos realmente o puede imaginarlos. Se enseña a tolerar el dolor seguido a una intervención, b) Modelamiento que consiste en tres pasos: primero el niño es modelado a través de un vídeo de 20 minutos en el que se observa un paciente desde el momento de la llamada al odontólogo hasta el momento que es atendido. Posteriormente la exposición graduada a escenas de la clínica dental mostradas a través de un vídeo. Y por último la familiarización del paciente con la clínica dental. Con esta técnica experimentalmente se redujo el grado de ansiedad y dejaron de evitar la situación dental. c) Reforzamiento explícito del comportamiento cooperativo de los pacientes durante el tratamiento de fobias dentales. Es distraer la mente a la vez que se van aumentando los estímulos dentales. D) Entrenamiento en autoinstrucciones y distracción: Ejercicios de relajación, imaginación de escenas

positivas, enseñar a los pacientes a distinguir pensamientos negativos dentales y sustituirlos por autoinstrucciones más racionales y tranquilizadoras.

Técnicas Alternativas

Hablar del comportamiento de un paciente ante un tratamiento odontológico es un poco complicado porque tenemos que entrar a tratar algunos traumas que viene manejando cada uno desde hace tiempo, es importante entender y tener siempre presente la delicadeza y la paciencia que se debe tener con cada uno no importa los antecedentes.

Cuando llega un paciente demasiado ansioso, nervioso, con miedo y además con algún dolor hace supremamente difícil su correcta atención, por este motivo es bueno tener conocimientos de algunas técnicas paliativas que disminuyen el temor al tratamiento.

La Hipnosis es una técnica de relajación, en odontología se llama **Hipnodoncia** con lo que logramos la adaptación del paciente a la consulta y un tipo de anestesia psicológica la técnica es relativamente fácil, lo complicado es llenar los requisitos que lleven a desempeñarse en hipnología con todo acierto, debido a que se manejan muchos espacios energéticos, emocionales, espirituales y mentales, porque en una hipnosis quien la realiza convierte al hipnotizado en una especie de hijo a quien se le transmite su estado de ánimo emocional, mental, energético y espiritual.

Una persona sin un adecuado equilibrio en las áreas mencionadas puede causar un gran daño al paciente, sobre todo se debe tener en cuenta una gran consciencia que solo estamos capacitados para hacer uso de la hipnosis en odontología, hacerlo en otro campo como el regresivo, clínico o parasicológico es un acto irresponsable.

El principal obstáculo de un hipnólogo no importa el campo en que se desempeñe son las creencias falsas que se tejen en torno a la hipnosis algunas de estas son: a) Lo que el paciente sabe sobre sí mismo, b) Solo para débiles mentales, c) Son cosas del diablo, d) No quiero revelar mis intimidades, e) No me gusta hacer el ridículo, f) De pronto se propasan conmigo, g) Se pierde la consciencia.

Sobre el hipnólogo: tiene poder especial, es un brujo, controla la mente, puede hacer regresiones.

Como se dijo anteriormente las técnicas de hipnosis es muy sencillo, lo difícil es aprender a manejar todo lo que implica una técnica de hipnosis, el éxito de todo tratamiento es el manejo de la ansiedad del paciente.

La anestesia Dental Electrónica es una técnica que puede ser utilizada para eliminar o minimizar el dolor y la inflamación post - quirúrgica, alivia los problemas de ATM y músculos. Evita el uso de agujas inyectables y abolir el instrumental de tejidos blandos.

El aparato utilizado en el procedimiento de estimulación produce una modulación en la percepción del dolor y aumenta la capacidad del paciente para resistir estímulos dolorosos. La anestesia dental elimina el dolor y el miedo causado por la anestesia inyectable. Evita posibles infecciones, el paciente puede hablar sin dificultades, pero no sirve para tratamientos de endodoncia, fase II periodoncia, cirugía operatoria profunda. Pero es utilizada en fase I periodoncia, remoción temporales, problemas ATM, este método ofrece analgesia nunca anestesia por un tiempo de 20 a 30 segundos. Es ideal en pacientes pediátricos, adolescentes y disminuye la ansiedad.

JERINGA MADAJET XL: con frecuencia los pacientes aplazan su cita al odontólogo por miedo a algún dolor que usualmente experimentan como por ejemplo cuando se inyecta la anestesia donde no es tanto el dolor que se siente sino la fobia a las agujas de la mayoría de personas, por lo tanto es la " aguja misma " la que produce el miedo y el dolor.

El Madajet xl es un instrumento que permite realizar procedimientos sin aguja ni jeringa. Cuando se requiere el uso de aguja, el paciente casi que puede ignorarlo, eliminando así el miedo, el dolor y la fobia.

El Madajet xl es un dispositivo de inyección propulsada que inyecta anestésico local a un paciente. Consta de una cabeza donde está la cámara de llenado, un cuerpo donde está la palanca para accionarlo, una punta extendible y la funda que

permite la exactitud milimétrica en el sitio de aplicación. Se aplica, 0.1 cc, es un fluido tan fino (menos que una aguja calibre 25 en diámetro) que penetra a una profundidad de 2.0 a 2.5 mm bajo el epitelio.

A pesar de que el volumen es tan bajo, el grado de anestesia es proporcionalmente mayor que el que se consigue con el mismo volumen mediante jeringa o aguja. Otra ventaja es que el efecto de la anestesia comienza aproximadamente 1 milisegundo después de aplicado. He aquí otra alternativa para paciente que evitan la consulta odontológica.

Anexo

Este es un programa antitabaquismo asociado a la consulta odontológica, realizado por la Universidad de Indiana (Indianapolis, Indiana, USA) y consiste en:

1. *Motivadores en el área receptiva:* ambientes de prácticas positivas de salud dental, por ejemplo el retiro de ceniceros y colocación de letreros con señales de advertencia para no fumar, disponibilidad de literatura sobre los efectos del tabaco, es exigible que todos los miembros de la consulta sean no fumadores y adopten dicho rol.
2. *Contacto con el odontólogo:* información personalizada al paciente sobre el abandono del tabaco resaltando los problemas orales, aprovechando la sensibilidad del momento.
3. *Advertencia y Consejo Dental:* recomendación expresa del odontólogo, enfatizando los beneficios de salud, se recomiendan incentivos económicos en forma de descuentos, esta forma puede suscitar dudas sobre la repercusión económica del operador, a la larga, repercute positivamente al producir un efecto de diseminación de la experiencia entre los conocidos de cada paciente.
4. *Evaluación de la motivación del paciente:* pretende que el odontólogo evalúe la motivación real.
5. *Fijación de la Fecha de Abandono del Tabaco:* ayudar al paciente en la decisión de tomar el día en que comenzará a dejar de fumar. Se recomienda

hacer un contrato conductual para reflejar el compromiso del paciente para dejar de fumar y del odontólogo para ayudarlo a cumplir su objetivo.

6. *Consideraciones de las Características Individuales como Fumador:* análisis de los tres componentes que contribuyen al mantenimiento de la conducta de fumar, a) dependencia psicológica del tabaco: que significación emocional tiene el fumar para cada individuo (estres), b) adicción a la nicotina: paciente que consume más de 15 cigarrillos diarios, o su primer cigarrillo dentro de los 30 primeros minutos al levantarse en la mañana. C) influencias socioculturales: actividades fuertemente ligadas al consumo del tabaco.
7. *Utilización de estrategias múltiples:* incluye programas multicomponentes, chicle de nicotina.
8. *Apoyo continuado y seguimiento:* se realiza al menos durante un año

CAPITULO 3

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Objetivo General

Informar al estudiante y profesional del Colegio Odontológico Colombiano, la importancia de la odontología conductual y la estrecha relación que existe entre la Psicología y la odontología.

Objetivos Específicos

- Establecer la relación entre los hábitos orales y las malformaciones bucales.
- Entender la incidencia de los comportamientos humanos en la aparición de patologías como el bruxismo, disfunción de la ATM, succión de dedos, tabaquismo, y hábitos de higiene oral, entre otros.
- Indicar algunas técnicas de soporte para la adaptación del paciente a la consulta odontológica.

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se realiza en esta monografía es de tipo descriptivo

Población

Odontólogos profesionales que ejercen en consultorio privado.

Sujetos

Docentes y estudiantes de post - grado de diversas áreas del Colegio Odontológico Colombiano.

Plan de Recolección de Datos

Para la realización de la monografía, fue necesario su división en dos partes:

A) revisión bibliográfica: se escogió el tema, y se presentó el respectivo protocolo, siendo éste aceptado, se dividió el tema entre las integrantes del grupo y se comenzó la investigación en sí. Dada la poca información que existe de esta tema fue necesario la ubicación de dos libros que nos dieron pauta a dicha revisión. Teniendo recopilada la información y el borrador se procedió a las respectivas correcciones hechas por María Del Pilar Aragón de Antolinez, psicóloga de la British Petroleum Company.

B) Encuesta: Se tomó un pequeño grupo de muestra para realizarla, no con el fin de tabular sino de sacar una conclusión general reforzando la investigación ya realizada. Las preguntas que se realizaron fueron : a) ¿Cual cree usted, es el concepto que tiene la sociedad colombiana de la consulta odontológica?, b) ¿Cuales cree, son los factores que pueden coadyudar a la formación de buenos hábitos de salud oral?, c) Describa una consulta normal, ¿ Qué tiene en cuenta?, d) Cuando un paciente se niega a ser atendido por ansiedad que hace usted?, e) Usted sabe las causas del bruxismo y de acuerdo a su respuesta cuál es el tratamiento que realiza?, f) Usted lo remitiría a otro profesional? Cual?, Porqué?, g) Sabe que es

una enfermedad psicosomática?, Defínala., h) Que patología oral d origen psicosomático conoce usted? 1) Aparte de su desempeño netamente odontológico, que más le aporta a su paciente? Descríbalo y en que casos lo hace?, j) Considera que los odontólogos necesitan más formación en cuanto al manejo de una consulta integral?.

Conclusiones

1. La psicología, tiene muchas teorías para abordar el estudio de la conducta humana, es importante entender este comportamiento y proponemos revisarlo desde otros puntos de vista psicológicos.
2. Muchos tratamientos odontológicos son difíciles de realizar por las fobias que presentan algunos pacientes, de acuerdo a esta revisión bibliográfica, encontramos varias formas para acondicionarlo a la consulta.
3. Concluimos que en patologías psico - somáticas como el bruxismo, es indispensable, un tratamiento integral entre odontólogos, psicólogos y médicos general.
4. En la encuesta encontramos que los odontólogos somos muy técnicos y a veces no nos preocupamos por el bienestar completo del paciente y que además se nos debería dar más formación en cuanto al manejo de una consulta integral.

CAPITULO 4

Aspectos Administraivos

Recursos Humanos

Estudiantes de X semestre pertenecientes al grupo de la monografía, María Del Pilar Aragón De Antolínez, psicóloga de la British Petroleum Company, Dra. Esperanza Sandoval, directora de VIII semestre del Colegio Odontológico Colombiano.

Recursos Financieros

La monografía fue costeadada en su totalidad por nuestros padres.

Recursos Técnicos

Entre los materiales que se utilizó, se encuentran artículos, libros, encuesta y diapositivas.

Cronograma

actividad	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos t	Sept.	Oct
No. Sem.	1234	1234	1234	1234	1234	1234	1234	1234
Selección del tema	x							
Revisión literaria		xxx						
Protocol			x					
Recolecc de datos			xxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	x
Entrega doc preli.			x					
Entrega doc. defi								x
Presenta. sustentac								x

CAPITULO 5

Bibliografía

1. Costa, M., y Ernesto, L. Salud comunitaria
(1ra. Ed.).Barcelona, España: Martínez Roca, 1986.
2. Fernández Parra, A., y Gil Roales - Nieto, J. Odontología Conductual
(1ra. Ed.).Barcelona, España: Martínez Roca, 1984.
3. Geovar Rosselló, C., Diccionario de la psicología
España: 1980.
4. Pierre Delarge, J. La Sicología Moderna
Madrid, España: Universitaires, 1985.
5. Skinner, B.F., Reflexiones sobre Conductismo
(1ra. Ed.).México, México: Editorial Tillar.
6. Skinner, B.F., Ciencia y Conducta Humana
Barcelona, España: Escorial, Editorial Fontanella, S.A.
7. Benitez, F. Curso de Hipnodoncia, Santafé de Bogotá, Agosto 1997.