

TOCa
0052

TERAPIA CONDUCTUAL APLICADA A LA ODONTOLOGÍA

**CARMEN LUCÍA CAICEDO CABEZAS
JAIRO ANDRÉS CAICEDO SALAZAR
EDNA MARITZA GRAJALES FLÓREZ
MARIO FERNANDO MARTÍNEZ RAMÍREZ
RAFAEL HERNÁN MUÑOZ GÓMEZ
FABIÁN ALEXIS RIVERA GUERRERO
LUIS ARTURO VARGAS URIBE**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PUBLICA
SANTIAGO DE CALI**

2002 - II

TERAPIA CONDUCTUAL APLICADA A LA ODONTOLOGÍA

CARMEN LUCÍA CAICEDO CABEZAS

JAIRO ANDRÉS CAICEDO SALAZAR

EDNA MARITZA GRAJALES FLÓREZ

MARIO FERNANDO MARTÍNEZ RAMÍREZ

RAFAEL HERNÁN MUÑOZ GÓMEZ

FABIÁN ALEXIS RIVERA GUERRERO

LUIS ARTURO VARGAS URIBE

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO GENERAL**

**Dr. RAFAEL VALDERRAMA
Asesor Científico**

**Dr. JORGE TASCÓN
Asesor Metodológico**

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA

SANTIAGO DE CALI

2002 - II

Nota de aceptación

Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por Colegio Universitario Colombiano para otorgar el título de Odontólogo.

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, Octubre de 2002

A Dios por iluminarnos con su espíritu y brindarnos la fortaleza para enfrentar y vencer todos los obstáculos.

A nuestros padres por sus grandes esfuerzos y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A los asesores científico y metodológico, por haber prestado una amable colaboración y apoyar permanentemente al grupo de investigadores para culminar este proyecto.

A la Universidad por brindarnos una formación integral, tanto académica como humana, para convertirnos en profesionales útiles a la sociedad.

CONTENIDO

	pág.
0. INTRODUCCIÓN	12
1. OBJETIVOS	13
1.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2. DISEÑO METODOLÓGICO	14
3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	15
4. TERAPIA CONDUCTUAL	18
4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA CONDUCTUAL	19
4.2 EVALUACIÓN CONDUCTUAL EN LOS PROBLEMAS DE ANSIEDAD	21
4.2.1 Problemas de ansiedad en el modelo de conducta	22
4.3 TÉCNICAS DE LA EVALUACIÓN	23
4.3.2 Autoinformes	24
4.4 EVALUACIÓN CONDUCTUAL EN LOS PROBLEMAS DE ESTRÉS	24
4.5 CONDICIONES AMBIENTALES QUE PUEDEN GENERAR EL ESTRÉS	24
4.6 EVALUACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS	25
4.6 EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES	25
4.6.1 Selección de la conducta problema	27
4.6.2 Estrategias de la evaluación	28
4.7 EVALUACIÓN CONDUCTUAL EN LA VEJEZ	29
4.8 EVALUACIÓN CONDUCTUAL EN PREVENCIÓN Y PROMOCION DE LA SALUD	30
4.9 ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS DE SALUD	31
4.10 PROCESO DE LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL	31
4.10.1 Fases del proceso de evaluación conductual	32

4.10.2	Establecimiento de las metas últimas del tratamiento	35
4.10.3	Variables de las que dependen las metas últimas del tratamiento	36
4.11	ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	38
4.11.1	Elección de las conducta meta	38
4.11.2	Prioridad en las conductas objetivo	39
4.11.3	Criterios directrices para la elección del tratamiento adecuado	39
4.12	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO	40
4.12.1	Razones para realizar una valoración sistemática de los resultados	40
4.12.2	Valoración de las metas últimas del tratamiento	41
5.	ODONTOLOGÍA CONDUCTUAL	42
5.1	PROBLEMAS DENTALES RELACIONADOS CON FACTORES PSICOLÓGICOS	43
5.2	PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A FACTORES ODONTOLÓGICOS	46
6.	APLICACIÓN DE LA TERAPIA CONDUCTUAL EN PROBLEMAS DENTALES ASOCIADOS A LAS CONDUCTAS	49
6.1	HÁBITOS	49
6.1.1	Succión digital	50
6.1.1.1	Tratamientos tradicionales	53
6.1.1.2	Tratamientos conductuales	54
6.1.2	Tabaquismo	55
6.1.2.1	Tratamiento conductual del tabaquismo asociado a la práctica dental	55
6.1.3	Bruxismo	57
6.1.3.1	Tratamientos biológicos	57
6.1.3.2	Tratamientos conductuales	57
6.2	TERAPIA CONDUCTUAL APLICADA AL MIEDO EN SITUACIONES DENTALES	58
6.2.1	Características del miedo y la evitación dentales	59
6.3	ORIGEN DE LAS FOBIAS DENTALES	60
6.4	EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DE MIEDO Y EVITACIÓN EN CLÍNICA DENTAL	62

6.4.1 Autoinformes	62
6.4.2 Observación	63
6.4.3 Otras formas de evaluación	63
6.5 PREVENCIÓN DEL MIEDO Y LAS FOBIAS DENTALES	64
6.6 TERAPIA CONDUCTUAL EN FOBIAS Y MIEDOS DENTALES	65
6.7 TRATAMIENTO DE LOS MIEDOS DENTALES	66
6.7.1 Desensibilización sistemática	66
6.7.2 Modelamiento	67
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	68
8. CONCLUSIONES	69
9. DISCUSIÓN	70
10. RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	72

RESUMEN

La mayoría de la población refiere comportamientos que alteran su vida cotidiana de manera negativa; los factores que favorecen éstos son múltiples y las consecuencias en el individuo pueden ir desde estrés y miedos hasta desórdenes sistémicos. No es de sorprender, si se tiene en cuenta que estas conductas inapropiadas son etiología de motivos de consulta tan comunes como el bruxismo y tabaquismo teniendo como efecto adverso la pigmentación de los dientes, entre otros.

El odontólogo cuenta con materiales y métodos para el tratamiento de estos problemas logrando mejorar la salud dental y la estética, pero el problema de fondo es conseguir el cambio de las conductas negativas y en algunos casos lograr que el paciente asista a la consulta y le pierda el temor al tratamiento dental. Para esto, el profesional también cuenta con teorías y modelos conductuales para su mejoramiento. En el presente documento se describe la función y aplicación de la terapia conductual aplicada a la odontología, se dan recomendaciones responsables, confiables, éticas y seguras para el uso de este material complementando el tratamiento odontológico clásico.

0. INTRODUCCIÓN

Las técnicas predominantes en la terapia de conducta son tan antiguas como la historia de la humanidad. A finales de los años cincuenta se suspendieron los intentos para establecer los principios básicos del esfuerzo y del castigo positivo y negativo, dichos intentos constituyeron el nacimiento de la terapia conductual como se conoce hoy día.

Este trabajo pretende dar a conocer las bases para realizar una terapia conductual aplicada a la odontología, describiendo las técnicas de evaluación, con el fin de modificar conductas inadecuadas de los pacientes teniendo en cuenta que conducta es el comportamiento de un individuo ante una situación. Para identificar estos comportamientos se pueden utilizar terapias conductuales aplicadas a hábitos de succión de dedos, fobias, miedos, evitaciones dentales, tabaquismo y bruxismo.

Para realizar este trabajo se consultó bibliografía referente a psicología conductual, terapias conductuales, hábitos en odontología, fobias y evitaciones dentales y terapias en casos de ansiedad y estrés, con el fin describir las teorías de los diferentes autores sobre terapias conductuales.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la terapia conductual como herramienta para el manejo del paciente con problemas de conducta en odontología.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Confrontar las teorías de la terapia conductual.
- Describir conductas odontológicas inadecuadas y la aplicación de la terapia conductual a éstas.
- Describir los pasos para una evaluación de conducta.
- Recomendar el uso de la terapia conductual en la práctica odontológica.

2. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó una revisión literatura a partir de 1978 sobre la terapia conductual y su aplicación en la odontología, donde se describen las características de la terapia de conducta, la evaluación en distintos problemas conductuales como la ansiedad y el estrés. Se tuvo en cuenta la evaluación conductual en poblaciones especiales, se describieron los problemas dentales relacionados con factores psicológicos y problemas psicológicos asociados a factores odontológicos. Se confrontaron algunas teorías sobre terapia de conducta aplicadas en odontología dando recomendaciones para utilizarlas.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La terapia de conducta, es un término que emplea de forma sinónima al de modificación de conducta, tiene un amplio pasado pero una corta historia. En su cuarta década como cuerpo de conocimiento formalmente desarrollado y sistematizado, se puede decir que las técnicas predominantes en terapia de conducta son tan antiguas como la historia de la humanidad. Los principios básicos del refuerzo y del castigo positivo y negativo se han utilizado durante miles de años de manera intuitiva, desprovista de proposiciones formales sobre los principios implicados. Fue a finales de los años cincuenta cuando se registraron notables intentos para sistematizar estos principios. En cierto sentido, se podría considerar que tales intentos constituyeron el nacimiento de la terapia de conducta, tal como se conoce hoy día.

Pero, por otro lado, la terapia conductual tiene muchos orígenes y ningún fundador o punto de partida únicos. Ningún país o escuela de pensamiento puede reivindicar en exclusiva el campo de la terapia conductual y ninguna técnica puede hacer lo mismo. (CABALLO, 1993)

Algunos expertos en la materia como London (1972) alegan que la terapia de conducta se contempla mejor como un conjunto de técnicas, más que como un enfoque. Sin embargo, es la metodología de la terapia de conducta como enfoque lo que define a la terapia conductual tal como se conoce hoy día.

Existen en ella diferentes estrategias, técnicas y conceptos teóricos. Lo común a todos los que se llaman a sí mismos "terapeutas conductuales" es un compromiso con la evaluación, la intervención y los conceptos que descansan en algún tipo de marco teórico de aprendizaje estímulo - respuesta, inmerso a su vez dentro de la metodología del científico comportamental. (CABALLO, 1993).

Cuando la psicología fue capaz de abandonar las especulaciones filosóficas a favor de la metodología científico experimental, el terreno estaba preparado para que la terapia conductual germinase. (CABALLO, 1993)

Se consideraron y destacaron muchos modelos y sólo la teoría del aprendizaje estímulo - respuesta, en particular el trabajo de Hull y Pavlov, parecía, en aquellos momentos, ofrecer esperanzas para el desarrollo de predicciones verificables y una base de datos para la intervención terapéutica.

Hay que señalar un hecho notable, como es el desarrollo primero en África del Sur y luego en los Estados Unidos por Golpe (1958) de la psicoterapia por inhibición recíproca y de la técnica de la sensibilización sistémica, sin duda la primera "terapia verbal" viable ofrecida como alternativa a la psicoterapia tradicional. (CABALLO, 1993)

Si la primera terapia conductual que se desarrolló en Gran Bretaña se apoyaba, en gran medida, en el condicionamiento clásico, no se puede decir lo mismo sobre el desarrollo de la terapia conductual en los Estados Unidos. (CABALLO, 1993)

Parece ser que el término "terapia de conducta" se introdujo, de modo más o menos independiente, por tres grupos de investigadores. En 1953, Lindsley, Skinner y Solomon, se refirieron al empleo del conocimiento operante en pacientes psicóticos hospitalizados con el término de "terapia de conducta". En 1959, Eysenck utilizó por primera vez este término de forma impresa, para referirse a un nuevo enfoque de la terapia, definiendo a la terapia conductual como la aplicación de las "modernas teorías del aprendizaje" en el tratamiento de trastornos psicológicos. (CABALLO, 1993)

Desde 1970, la European Association of Behaviour Therapy, EABT (Asociación Europea de Terapia de Conducta) ha organizado congresos anuales en distintos países europeos. Desde

entonces la terapia de conducta ha florecido por todo el mundo. Existen hoy día multitud de asociaciones de terapia de conducta, se incluyen ramificaciones como la medicina conductual, el "biofeedback" y una amplia variedad de métodos de intervención con base cognitiva. (CABALLO, 1993).

4. TERAPIA CONDUCTUAL

El concepto de terapia conductual puede resultar confuso puesto que se refiere, entre otras cosas, a algo tan complejo como el comportamiento humano. Para comenzar, se deben tener claros los siguientes conceptos:

Terapia: hace referencia al tratamiento de las enfermedades y parte de la medicina que estudia e indica los procedimientos y métodos a emplear para el tratamiento y curación de las patologías. (ENCICLOPEDIA LEXIS 22, 1982).

Conducta: comportamiento de un individuo ante una situación concreta o en la sociedad; también se entiende como la concatenación de acciones ante una situación. (ENCICLOPEDIA LEXIS 22, 1982).

La terapia conductual implica principalmente la aplicación de los principios derivados de la psicología experimental y social, para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el progreso del funcionamiento humano. (CORMIER, 1994).

Luego de entender estos conceptos básicos, puede afirmarse que la terapia de conducta implica el cambio ambiental y la interacción social, más que alteración directa de los procesos corporales por medio de procedimientos biológicos. (CORMIER, 1994).

El objetivo es esencialmente educativo; las técnicas facilitan un mayor autocontrol en la aplicación de la conducta. Normalmente se establece un acuerdo entre el profesional y paciente en el que se especifican procedimientos y objetivos mutuamente agradables. (CORMIER, 1994).

Las diferentes definiciones que se han generado a través de la historia tienden a caer dentro de dos clases: *doctrinales o epistemológicas*. (CORMIER, 1994).

En las definiciones *doctrinales* se intenta vincular la terapia de conducta a doctrinas, teorías, leyes o principios de aprendizaje. En las definiciones epistemológicas hay una inclinación a caracterizar la terapia de conducta en términos de las distintas maneras de estudiar el comportamiento humano; estas definiciones tienden a ser excesivamente amoldables y por consiguiente aplicables a terapias no conductuales. (CORMIER, 1994).

Las definiciones *doctrinales* tienden a ser más limitadas a la teoría y por consiguiente no se pueden aplicar a todas las terapias de conducta. (CORMIER, 1994).

Cuando se habla de terapia conductual no es de sorprender que haya lugar a controversias en busca de una definición que llene las expectativas de todos los terapeutas conductuales. (CORMIER, 1994).

La terapia de conducta es una forma no biológica de terapia que se desarrolló en gran medida, a partir de la investigación sobre la teoría del aprendizaje y que normalmente se aplica de modo directo, gradual y experimentalmente en el tratamiento de patrones desadaptativos específicos. (ERWIN, 1985).

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA CONDUCTUAL

La terapia conductual refleja una combinación de procedimientos verbales y de acción, el empleo de métodos multidimensionales en vez de abordajes únicos, una atención cada vez mayor en la responsabilidad del paciente y en la del profesional, un respeto hacia los datos y un énfasis en los determinantes actuales más que en los históricos. La terapia conductual es un enfoque de solución

de problemas, en el que se entremezclan la evaluación y la intervención para generar valoraciones continuas del progreso. (CABALLO, 1993).

Algo muy importante (al menos en principio, aunque no siempre en la práctica) es que las actuaciones clínicas surgen de formulaciones basadas en datos y en predicciones comprobadas, en vez de provenir de la intuición y de la impresión clínica. Es de anotar que para un clínico experto sólo en técnicas de terapia conductual, el concepto y la metodología son lo principal y las técnicas específicas lo secundario. (CABALLO, 1993).

En sus comienzos, se consideraba la terapia conductual como un enfoque limitado que se emplearía principalmente con fobias específicas o problemas localizados; se veía como una estrategia de ayuda añadida al proceso "real" de cambio de personalidad. Sin embargo, debería quedar claro que, hoy día, la terapia conductual, como enfoque, es aplicable a todas las clases de trastornos, de individuos, de situaciones o lugares. Esto no significa que esté garantizado el éxito. Por ejemplo, aunque la terapia conductual puede ser el tratamiento de elección para el autismo, no puede considerarse, de ninguna manera, como un remedio total. La fuerza de la terapia de conducta yace, no en la demostración del éxito terapéutico, por lo gratificante que puede ser, sino, como se ha señalado anteriormente, en la singularidad de su enfoque. (CABALLO, 1993).

La reacción contra el estigma del mentalismo llevó a muchos de los primeros terapeutas de conducta a centrarse en las respuestas manifiestas y a ignorar completamente cualquier forma de proceso cognitivo. También era más fácil trabajar con fichas y recompensas relativamente específicas que con procedimientos más vagos. Además, la tecnología para trabajar con procesos y sistemas de grupo no existía todavía, de modo que los primeros terapeutas de conducta ponían el énfasis en procedimientos específicos dirigidos hacia el individuo. El reconocimiento de las influencias más sutiles de la sociedad se encontraba, por lo menos, a una década de distancia. (CABALLO, 1993).

La denominada revolución cognitiva, introducida por los líderes como Mahoney (1977) y Beck (1976), constituye un acontecimiento de significación en la historia de la terapia de conducta. Muchos extremistas consideraron este suceso como un cambio de paradigma de trascendencia decisiva a pesar de que se podría alegar que la terapia conductual se encontraba todavía en una etapa pre-paradigmática, de modo similar a como se encontraban las ciencias naturales en los siglos XVI y XVII. Tal como lo emplea Jun (1970), la noción de paradigma descansa sobre tierras movedizas y el concepto se utiliza de modos muy diversos. Si es discutible que una cosa como es un paradigma empleado de manera distinta al uso limitado e incorrecto que frecuentemente se hace de él como modelo o teoría específico, existiera en psicología, menos aun existiría en terapia conductual. Es cuestionable, por lo tanto, si hay un paradigma que cambiar. Sea como fuere, algunos consideran la terapia conductual cognitiva como un nuevo enfoque de intervención, enfoque que ya no se podría clasificar como parte de la terapia de conducta. Los pro y los contra de este argumento han suscitado y continúan suscitando debate. (CABALLO, 1993).

EL punto es que toda terapia conductual emplea la cognición en mayor o menor medida. Lo que se necesita, si se quiere aclarar el tema, es que las cuestiones pertinentes sean trasladadas desde la escena de debate al ruedo de la investigación empírica prerequisites que incluyen, un consenso sobre la definición de la terapia conductual. Incluso Mahoney reconoce ahora que todas las terapias son simultáneamente cognitiva y conductuales, en mayor o menor medida, y que lo que se necesita es investigación sistemática y o continuos debates. (CABALLO, 1993).

4.2 EVALUACIÓN CONDUCTUAL EN LOS PROBLEMAS DE ANSIEDAD

La evaluación conductual de los problemas de ansiedad consiste en la recolección de información sobre las respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas, así como las variables antecedentes del organismo y consecuentes relacionadas funcionalmente con aquellas, de modo que permita

tomar decisiones para su modificación y valorar los cambios producidos con las técnicas de la terapia de conducta aplicadas. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

Las técnicas utilizadas en los problemas de ansiedad son las propias de evaluación conductual en general. Esto es, las entrevistas al sujeto y a otras personas relacionadas como la pareja, los padres, los maestros, etc., los autoinformes del sujeto, la observación realizada por el propio sujeto o por otras personas y los registros psicofisiológicos. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

4.2.1 Problemas de ansiedad en el modelo de conducta

La ansiedad se concibe como un conjunto de respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas provocadas por determinadas variables antecedentes, sean tanto estímulos del medio como respuestas del propio sujeto que funcionan como estímulos. Las respuestas de cada uno de estos tres sistemas son:

Sistema motor: las respuestas más frecuentes son las de evitación activa, en el sujeto se lleva a cabo una acción que impide la aparición de los estímulos que provocan las respuestas de la ansiedad; y las de evitación pasiva, el sujeto deja de realizar una acción consiguiendo que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten.

Así, un niño con fobia escolar expresa su negativa de acudir a la escuela, se queja de dolores o de enfermedades, esconde el uniforme del colegio (evitación activa), no se viste, no desayuna, no coge la cartera del colegio (evitación pasiva). (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

Sistema psicofisiológico: el patrón de respuesta característico es el incremento de la activación de la rama simpática del sistema autónomo, produciendo cambios en las respuestas cardiovasculares y en la respiración, que se perciben como sensaciones de ahogo acompañadas de suspiros; la

actividad del sistema digestivo reducida, origina sequedad de boca y estreñimiento. (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, 1994).

Sistema cognitivo: las respuestas consisten en pensamientos e imágenes negativas referidas a la situación, al propio sujeto, a sus respuestas de ansiedad y/o a las consecuencias. (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, 1994).

Así, un niño con fobia escolar evalúa negativamente distintos estímulos como "odio el colegio", "lo peor son los exámenes orales", "no me gusta nada leer". Se autoevalúa negativamente a sí mismo, "parezco tonto". (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

4.3 TÉCNICAS DE LA EVALUACIÓN

4.3.1 Entrevista

Normalmente el entrevistador formula una pregunta abierta sobre el problema que ha motivado la consulta psicológica. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

Para conseguir que el entrevistado describa qué hace, qué dice, qué siente o qué piensa cuando está "nervioso", el entrevistador realiza preguntas del tipo "¿Qué quiere decir exactamente con...?", o le pide que narre la última vez que sintió el malestar. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

Obtenida la información sobre la topografía de las conductas problema de ansiedad, se recogen datos sobre las condiciones que las mantienen. En las fobias específicas y en las fobias sociales los estímulos desencadenantes de las respuestas de ansiedad se identifican más rápidamente; en la ansiedad generalizada es más laborioso. Las preguntas sobre los antecedentes se dirigen a precisar las situaciones en las que se presentan las respuestas de ansiedad: lugares, momentos, personas presentes, etc. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

Aunque en los problemas de ansiedad el énfasis se coloca en los antecedentes, hay que indagar también sobre los consecuentes. Muchas respuestas de evitación se refuerzan positivamente como la atención que presta el marido a su mujer agorafóbica, y negativamente, al eximir del trabajo escolar a un niño con fobia escolar. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

La entrevista conductual se centra en los problemas de ansiedad actuales y en las variables que los mantienen en el presente. La información sobre el origen y la evolución del problema es menos relevante, puesto que las variables que lo originaron pueden ser distintas de las variables que lo mantienen en la actualidad. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

4.3.2 Autoinformes

Esta técnica consiste en que el sujeto informe sobre sus propias respuestas de ansiedad, aportando datos para su análisis topográfico y funcional. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

4.4 EVALUACIÓN CONDUCTUAL EN LOS PROBLEMAS DE ESTRÉS

Una persona está en situación estresante cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer, es decir, depende del medio y de los recursos internos con los que cuenta para enfrentar esa situación. (CORMIER, 1994).

La respuesta de estrés consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva, así como la preparación del organismo para una intensa actividad motora. (CORMIER, 1994).

4.5 CONDICIONES AMBIENTALES QUE PUEDEN GENERAR EL ESTRÉS

Un evento se convierte en estresante dependiendo de la evaluación que el sujeto hace del mismo:

- Falta de información e incertidumbre de la situación.
- Ambigüedad de la situación y sobrecarga de información (no es posible integrar la información)
- Falta de habilidades o conductas para afrontar la situación.
- Alteración de las condiciones biológicas del organismo (condiciones ambientales, efectos drogas, ejercicio).

El estilo de vida de una persona determinará las demandas a las que se verá sometido y en consecuencia la aparición de situación de estrés. (CORMIER, 1994).

4.6 EVALUACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS

La respuesta de estrés, es muy ventajosa para el organismo humano dado que le permite disponer en breves momentos de recursos excepcionales para hacer frente a demandas excepcionales que pueden ser amenazantes para su integridad. Pero la emisión excesivamente frecuente, intensa o duradera de ésta puede producir efectos negativos sobre el organismo, ya que supone un "gasto" de los recursos de éste. Es evidente la importancia de aprovechar los efectos positivos de la respuesta de estrés y el valor de tratar de minimizar los negativos. (CABALLO, 1993).

Se debe realizar la observación principalmente en el medio natural del sujeto y llevar un autoregistro, introduciendo en el mismo un apartado en el que el sujeto anote lo que sucede ante sus respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras del estrés. (CABALLO, 1993).

4.6 EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Para Ollendick y Meador (1984), la evaluación conductual de niños debe estar basada en dos principios:

- Sensibilidad a los cambios evolutivos tan rápidos que se producen en esta etapa de la vida.
- Validación empírica. (FERNÁNDEZ PARRA, 1994)

Los cambios en la evaluación conductual mencionados llevan a Mash y Terdal (1988) a concebir ésta como un conjunto de estrategias de solución de problemas para la comprensión tanto de niños con alteraciones como sin ellas y de sus sistemas sociales (incluyendo familias y grupos de compañeros). (FERNÁNDEZ PARRA, 1994).

Debido a los múltiples factores que influyen sobre el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de conducta, una adecuada evaluación de los niños y adolescentes, debería también incluir múltiples métodos (escalas y cuestionarios, observación directa, entrevistas), administrados a diferentes personas (padres, profesores, niños, hermanos, compañeros) referidos a diferentes contextos (casa, colegio, lugares de recreo), así como incluir una evaluación del ambiente tanto familiar como extrafamiliar. La evaluación multimétodo es recomendable siempre que sea posible, ya que cualquier método por separado no es suficiente para proporcionar un retrato completo del niño. (FERNÁNDEZ BALLESTEROS, 1986).

Consideraciones éticas: la evaluación es una forma de intervención en la vida de las personas. Cuando se evalúa se actúa sobre los demás. Mind enunció una serie de recomendaciones para salvaguardar los derechos de las personas objeto de evaluación:

- Toda evaluación debe estar justificada, y deben explicarse sus razones a las personas que les afecten.
- Se deben hacer explícitos los límites de la privacidad. Toda información y conclusiones obtenidas de una evaluación son de carácter confidencial.

- Es necesario informar a los niños y adolescentes sobre el proceso diagnóstico y obtener su consentimiento.
- No se debe descuidar el vínculo interpersonal que conlleva a la evaluación. Para llevar a cabo la evaluación, los psicólogos buscan, por lo general, un contacto personal y afectivo con el niño. (FERNÁNDEZ BALLESTEROS, 1994).

4.6.1 Selección de la conducta problema

En la mayoría de los casos la conducta objetivo de la terapia la determinan las quejas del padre o los maestros. Sin embargo, los adultos pueden estar preocupados por problemas más triviales o que simplemente desaparecerán con el tiempo, además de que pueden padecer distorsiones en la percepción de la conducta del niño, debidas a problemas ajenos a éste. (McMahon, 1987; Gross y Wixted, 1988). Como alternativas para la selección de la conducta problema se han propuesto los siguientes criterios (Furman y Drabman, 1981):

- Enfoque normativo o comparación con un grupo de referencia: consiste en la comparación de la conducta del niño con la de un grupo de referencia (compañeros de clase, niños de su misma edad). Si la tasa de conducta es diferente a la del grupo de referencia no significa que esta conducta sea un problema, ya que puede que no tenga una gran influencia sobre el funcionamiento del niño.
- Validación social: se calcula la correlación entre tasas de componentes específicos de un tipo de conducta (por ejemplo, contacto ocular, sonreír, iniciar una conversación) con estimaciones subjetivas de la categoría global realizadas por el grupo al que pertenece el sujeto a evaluar (por ejemplo, habilidades sociales). Tiene el inconveniente de que, aunque se basa en el grupo, es más subjetiva y confía en que el grupo sepa qué conductas son más adecuadas.

- Ajuste actual y futuro: consiste en seleccionar conductas que han demostrado empíricamente estar relacionadas con índices de funcionamiento actual o futuro. A diferencia del enfoque de validación social es más objetivo. (KASDIN, 1985).

Desde una perspectiva metodológica y teórica es adecuada la combinación de dos o tres alternativas (enfoque normativo, validación social y ajuste). (KASDIN, 1985)

Por otra parte, Kendall (1987), a fin de orientar sobre la elección de la conducta a evaluar, propone una serie de preguntas referidas a tres aspectos del problema:

- Desadaptación de la conducta, ¿el problema del niño es de "interiorización", exceso de control o déficit o de "exteriorización", falta de control o exceso?
- Funcionamiento cognitivo, déficit de atención o hiperactividad (externalización de la conducta), percepción incorrecta de los mensajes verbales y no verbales de otros niños (distorsiones cognitivas e internalización de la conducta).
- Emociones, ¿cómo reacciona el niño ante los insultos de un compañero en un juego de grupo? (KASDIN, 1985).

4.6.2 Estrategias de la evaluación

La elección de las técnicas debe basarse en criterios como los que sugieren (Mash y Terdal, 1988):

- Propósito de la evaluación (exploración, valoración de tratamientos, diagnóstico).
- Naturaleza del problema conductual (abierto, encubierto, crónico, agudo).
- Características del niño (edad, habilidades cognitivas y de lenguaje).
- Familia (clase social, educación, relación de pareja).

- Contexto en el que se lleva a cabo la evaluación (aula, hogar, clínica).
- Características del evaluador (nivel de entrenamiento, preferencias conceptuales y tiempo disponible).
- Características del método (complejidad y cantidad de recursos técnicos o entrenamiento requerido, sensibilidad a intervenciones particulares y sesgos). (SHEAFER, 1986).

En la exposición de las estrategias empleadas en la evaluación de conducta de niños y adolescentes se procede desde las consideradas tradicionalmente más directas (observación en contexto natural, observación mediante análogos, autoregistro) a las más indirectas (entrevistas, cuestionarios contestados por padres o maestros, autoinformes). (SHEAFER, 1986)./

4.7 EVALUACIÓN CONDUCTUAL EN LA VEJEZ

Este interés por el estudio, la comprensión y la aplicación científica de la psicología comportamental en el área del comportamiento humano, no ha surgido de repente en estos últimos años, sino que desde la década de los sesenta, distintos psicólogos han propuesto y aplicado el modelo conductual para resolver diversos problemas de las personas de edad. (Cautela, 1966; Cohen, 1967; Lindsley, 1964). (ERWIN, 1985).

La gerontología comportamental afirma que no existe una relación de necesidad entre la edad cronológica y la enfermedad. (ERWIN, 1985).

El psicólogo que trabaja en gerontología comportamental evalúa las relaciones funcionales entre la conducta problema que presenta la persona mayor y ciertos acontecimientos ambientales y/o condiciones personales y biológicas que los mantienen y controlan. (ERWIN, 1985).

La gerontología comportamental se orienta hacia aspectos preventivos y de promoción de la salud (Fries, 1990; Goldiamond, 1974, 1984) (ERWIN, 1985).

En definitiva, los fines últimos de toda evaluación e intervención conductual en la vejez, desde una perspectiva comprensiva y multidimensional, serían fundamentalmente, la prevención de discapacidades, la maximización de la autonomía personal o de grupo, la optimización de la competencia biológica, comportamental y social y el mantenimiento o mejora de la calidad de vida. (ERWIN, 1985)

“Evaluar e intervenir en las vidas de las personas que tienen sus espaldas cargadas de experiencias constituye una tarea probablemente necesaria, sin duda encomiable, pero ciertamente delicada”. (Pinillos, 1992). (ERWIN, 1985).

4.8 EVALUACIÓN CONDUCTUAL EN PREVENCIÓN Y PROMOCION DE LA SALUD

Quienes comenzaron a aplicar los métodos de cambio de conducta en el marco de la salud lo hicieron fundamentalmente desde un modelo preventivo, cuyo objetivo era persuadir a las personas para que adoptaran conductas que permitieran prevenir la enfermedad y/o sus consecuencias en los diferentes estadios, primario, secundario y terciario. (KAZDIN, 1978).

Por otro lado, al asumir implícitamente, dentro del modelo preventivo, que los enfermos son los responsables casi únicos de enfermedades realmente causadas por ambiente físicos y sociales insalubres, los programas de intervención basados en principios de cambios de conducta personal, pueden “victimizar” a tales personas y no conseguir, por añadidura los cambios deseados (Ryan, 1976). (KAZDIN, 1978).

Las estrategias más importantes a utilizar para combatir la aparición y el mantenimiento de las enfermedades no deben basarse sólo en los principios de cambio de conducta individual (Williams, 1982). (CABALLO, 1993).

4.9 ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS DE SALUD

La evaluación de las conductas de salud se puede abordar desde una perspectiva de conducta global, considerándole estilo de vida y los hábitos de salud de la persona, o desde una perspectiva más específica, evaluando algunas conductas concretas, bien perjudiciales para la salud (como el fumar), bien beneficiosas para ella (conductas protectoras de salud, como el ejercicio físico), bien conductas de enfermedad como el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, uso de los servicios de salud, etc. (CABALLO, 1993).

Falta toda una elaboración teórica que, sobre esa base, lleve a la construcción de un modelo adecuado que proporcione unas bases sólidas para la práctica de la promoción de la salud, incorporando las variables sociocontextuales relevantes, que explique cabalmente cómo las personas toman sus decisiones en materia de salud; que establezca las vías por las que los factores ambientales y sociales influyen en aquellas decisiones, y que proporcione una visión clara de la naturaleza de la dinámica inter e intrapersonal que gobierna las conductas. Si se puede tener una buena comprensión de los factores que determinan la conducta humana respecto de la salud y la enfermedad, se estará en mejor posición para diseñar programas y estrategias que permitan alcanzar las metas en la promoción y prevención de la enfermedad. (CABALLO, 1993).

4.10 PROCESO DE LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL

Distintos autores suelen proponer un número diferente de pasos en la realización de una evaluación conductual (Barrios y Hartman, 1986; Fernández Ballesteros, 1980; Llavona, 1984; Nelson y Hayes, 1986; Silva, 1985). En la mayoría de los casos se está de acuerdo en que pueden distinguirse, al menos, tres fases principales:

- Selección y descripción de las conductas problema.

- Selección de las técnicas de intervención con las que se incidirá sobre las conductas descritas en el paso anterior.
- Valoración de los efectos producidos por la intervención realizada. (KAZDIN, 1978).

Algunos autores (Llavona, 1984), tras la fase de selección y descripción de las conductas problema (análisis topográfico o morfológico y análisis funcional de las mismas) sitúan muy acertadamente la elección de los objetivos del tratamiento. (KAZDIN, 1978).

Se añadirá alguna fase más, en un intento por describir y clasificar los distintos pasos a través de los cuales el terapeuta de conducta se enfrenta a los problemas que le plantea el paciente y le ayuda a solucionarlos. Las fases que se detallan representan aquello que el terapeuta hace desde que se dispone a enterarse de los problemas que aquejan al paciente hasta que finalice su intervención. (KAZDIN, 1978).

4.10.1 Fases del proceso de evaluación conductual

Análisis del motivo de consulta: Posiblemente no existe una fase del proceso de evaluación conductual menos estudiada que el análisis del motivo por el que el paciente acude a consulta o porque otras personas importantes de su medio lo traen. Prácticamente toda la literatura existente versa sobre el resto de las fases, aún cuando algunas hayan sido estudiadas con mucha mayor profusión que otras. Es más, la mayoría de los autores suelen pasarla casi completamente por alto, comenzando por la traducción del motivo de consulta en conductas operacionalmente definidas, de tal forma que a lo más que suelen llegar es a dar algunos consejos de tipo general. Así, algo frecuentemente recomendado, es pedir al paciente que ponga ejemplos del problema del que se queja, o de cosas que deberían ocurrir para que este mejorara. (Nelson y Hayes, 1986). (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1986).

Lazarus (1971), por su parte, pide a los pacientes que señalen tres cosas en que su vida podrían mejorar, sin embargo, como resulta obvio, antes de traducir a conductas es absolutamente necesario tener perfectamente claro qué es lo que se necesita traducir. Sin embargo, la importancia de atender a una descripción completa de cuáles pueden ser las quejas y demandas del paciente y de su ambiente, aparece clara en los llamamientos de algunos autores para que el evaluador conductual se asegure de que la conceptualización teórica que hace del problema representa adecuadamente los motivos por los que se realiza la consulta (Baer, 1982; Evans, 1985; Hawkins, 1986; Kanfer, 1985; Kazdin, 1985). Así, por ejemplo, Baer (1982) manifiesta que esta disciplina (análisis funcional aplicado) necesita conocer cómo traducir cualquier queja del paciente en conductas a cambiar, de modo que, si se las cambia, convertirá las conductas de queja del paciente en conductas de satisfacción. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1986).

Para ello, desde luego, es necesario conocer con exactitud y de forma completa cuáles son las conductas de queja del paciente. Igualmente ilustrativo puede resultar el siguiente caso propuesto por Hawkins (1975) :

Se trataba de un joven biólogo, con el grado de doctor, que recientemente había desarrollado, sin causa orgánica que lo justificara, una ceguera, supuestamente histérica, y había perdido su puesto de trabajo como profesor universitario. El terapeuta de conducta construyó un aparato de laboratorio con el que el paciente debía realizar discriminaciones visuales gruesas, recibiendo choques eléctricos en caso de no realizarlas. Conforme el paciente iba mostrando cada vez mayor efectividad en la realización de los problemas de discriminación que se le proponían, éstos fueron haciéndose cada vez más complejos y sutiles hasta que el paciente mostró una discriminación visual considerada normal. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1986).

Esta forma de actuar, como dice Hawkins, al describir el caso, puede resultar razonable para muchos terapeutas conductuales. Sin embargo, un estudio más detenido de la vida del paciente

mostró datos interesantes: el biólogo había tenido grandes dificultades para terminar sus estudios en la facultad, su trabajo como profesor era su primera ocupación, lo llevaba desempeñando sólo unos cuantos meses cuando se quedó "ciego"; durante esta época mostraba grandes signos de ansiedad en todo lo que se relacionaba con el trabajo, y siempre había manifestado un inusual grado de dependencia. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

Como concluye Hawkins en un escrito posterior, al comentar el caso (Hawkins, 1986), "los problemas del paciente eran desde luego, bastante más que una ceguera histérica".

Esta necesidad de atender y clasificar todo el conglomerado de quejas y demandas que presenta el propio paciente, así como las demandas que el entorno en que vive le presenta, requiere una exploración minuciosa y activa por parte del evaluador, si es que no quiere quedarse únicamente en aquellos problemas más llamativos o más molestos que son los primeros en salir a la luz en las entrevistas diagnósticas iniciales y que pueden quedar como los únicos existentes (al menos durante un largo proceso del periodo evaluador y terapéutico) si el terapeuta no se mantiene vigilante.

Esta exploración activa de los posibles motivos de consulta parece necesaria aún en aquellos casos en los que el problema aparentemente resulta "monosintomático", como es el caso anteriormente expuesto de Hawkins (1975). Si el sujeto acude a consulta es porque el "síntoma" es importante. Esto es, porque influye sobre aspectos importantes de su vida o de su entorno. Por ejemplo, nadie acude a consulta porque le tenga miedo a subir a los aviones si ello no acarrea consecuencias importantes en su vida diaria.

A parte de estas llamadas de atención y ejemplos señalando la necesidad de realizar un estudio exhaustivo de lo que puede ser el motivo de consulta, poco se ha hecho en el estudio de esta fase de la evaluación. Así, en el momento presente, se echan en falta guías teóricas o reglas de

procedimiento que permitan enfrentarse con esta fase de la evaluación de forma segura. Cabe destacar, no obstante, algunos esfuerzos realizados en este sentido por autores como Lazarus (1981) con la creación de su cuestionario multimodal de la historia de vida, o, el tratamiento recibido por la historia clínica en el libro de Bartolomé, Carrobbles, Costa y Del Ser (1977). (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

4.10.2 Establecimiento de las metas últimas del tratamiento

Con las expresiones "metas", objetivos últimos de la terapia", o "resultados finales", en palabras de Rosen y Proctor, suele hacerse referencia a las metas o efectos finales que se espera produzca el tratamiento. Las conductas objetivo hacen referencia a aquellas variables concretas de la conducta o del contexto en el que éstas suceden y sobre lo que se enfoca el tratamiento. Los objetivos últimos de la terapia, por el contrario, se expresan en términos de los efectos que deben producir las conductas cambiadas durante el tratamiento. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

Hace ya algunos años que Rosen y Proctor (1981) diferenciaron entre lo que ellos denominan los "resultados", los "resultados instrumentales" y los "resultados intermedarios". (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

Los resultados finales hacen referencia a los criterios utilizados para considerar el tratamiento como un éxito. A estos resultados por tanto, se les pedirá que posean validez clínica y social. Por ello, los cambios directa o indirectamente logrados deberán ser clínicamente relevantes y socialmente significativos. Los resultados finales deben haber solucionado las demandas del paciente y de los agentes sociales significativos que lo rodean. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

Los resultados instrumentales, son aquellos que son suficientes para alcanzar otros resultados sin intervención adicional. Deben poseer validez clínica, en el sentido de que con su consecución se

logre afrontar con éxito las respuestas clínicas que se persiguen. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

Por último, los resultados intermedios, son aquellos que facilitan la continuación del tratamiento o posibilitan la aplicación de determinadas técnicas de intervención. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1994).

4.10.3 Variables de las que dependen las metas últimas del tratamiento

Las metas últimas del tratamiento dependen fundamentalmente de:

- El sistema conceptual y valores del terapeuta. Distintas terapias y distintos terapeutas parecen tener objetivos finales diferentes.
- El sistema conceptual y de valores de quien realiza la consulta. Las quejas y demandas procedentes de los pacientes con frecuencia se expresan en términos vagos y de teorías de rasgos. Son necesarios los requerimientos del medio físico y social en el que vive y se desenvuelve el paciente. (KAZDIN, 1978).

Desde el punto de vista de los pacientes, los problemas que se plantean son de dos tipos: a) quejas y b) demandas. Ambas pueden agruparse en lo que se considera el "motivo de consulta". Las quejas suelen referirse a lo que va mal y se quiere eliminar, a lo que causa problema, a lo negativo y molesto. Las demandas, a su vez, hacen referencia a lo que se quiere adquirir, a lo positivo. Las quejas y las demandas del paciente, son reinterpretadas desde las distintas corrientes teóricas subyacentes a cada una de las terapias existentes. De la misma forma, en evaluación conductual lo que el paciente experimenta como un sentimiento sordo de malestar puede pasar a conceptualizarse como respuestas específicas a nivel motor, cognitivo y fisiológico. (ERWIN, 1985).

Algunos autores (Evans, 1985 y Voelz y Evans, 1983) señalan que pueden distinguirse en terapia de conducta y en evaluación conductual dos enfoques subyacentes: el enfoque mayoritario en la actualidad, centrado en el problema o enfoque eliminador, en términos de Goldiamond (1974), y otro punto de vista, siempre existente pero poco destacado, en el que se defiende que las metas del tratamiento no siempre llegan a coincidir con la traducción operacional en conductas aisladas de las demandas del paciente (enfoque constructivo o sistémico). En el extremo de este último enfoque cabría situar los intentos por construir positivamente (en contraposición a la eliminación del problema, típico de la visión anterior) una nueva forma de ser y comportarse del paciente, de relacionarse con su medio, e incluso de cambiar el medio, o de cambiar de medio. (ERWIN, 1985).

Desde el punto de vista centrado en el problema o enfoque eliminativo, se ha propuesto que, dado el estado actual de la cuestión, los trastornos comportamentales, deben conceptualizarse como excesos o déficit, atendiendo a criterios acerca de lo que es adecuado o normal en un caso particular. (ERWIN, 1985).

En el segundo caso (enfoque constructivo), se trata más bien de contrastar si las herramientas comportamentales proporcionadas al sujeto han orientado su vida diaria por un camino mejor que el truncado por el tratamiento. Desde esta perspectiva los puntos de comparación son múltiples, y el éxito se juzgará cuanto menor sea la diferencia entre el estado actual del paciente y los estados propuestos como metas. (ERWIN, 1985).

Las conductas meta, o conductas objetivo, constituyen aquella clase de conducta a las que se dirige, o sobre las que se centra la intervención terapéutica (Evans, 1985). Una vez modificadas las conductas objetivo se supone que deben haber quedado igualmente satisfechas las quejas y demandas del paciente. Sin embargo, no toda demanda o queja produce una conducta objetivo. Con frecuencia una demanda o queja supone que el terapeuta debe proponer varios puntos sobre

los que la terapia debe incidir. Y al revés, en algunas ocasiones se espera poder cubrir varias quejas o demandas con la intervención sobre un único punto. (CABALLO, 1993).

4.11 ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

4.11.1 Elección de las conducta meta

Nelson y Hayes (1986) señalan algunas consideraciones para los terapeutas en el momento de elegir las conductas objetivo, dichas consideraciones son:

- Deben cambiarse los comportamientos que son física, social o económicamente peligrosos para el paciente o los que lo rodean.
- Una conducta es anormal y debe modificarse si es aversiva para el propio sujeto o para otros.
- Se debe cambiar una determinada conducta si así se flexibiliza el repertorio del paciente, de tal forma que se aumenta el bienestar individual y social a largo plazo.
- La conducta a implantar en lugar de la conducta problema debe establecerse en términos positivos y constructivos, en oposición a la visión supresora o negativa. La razón de este consejo reside en la idea de que las conductas positivas, constructivas, tenderán a mantenerse si tienen validez ecológica, en tanto que la eliminación de las conductas negativas puede ser sólo temporal, especialmente si tenían por función, como suele ser el caso, obtener reforzadores que con la eliminación de dichas conductas ahora no se obtienen.
- Deben obtenerse niveles óptimos de funcionamiento, y no sólo niveles medios.
- Se deben seleccionar para su modificación únicamente aquellas conductas que el contexto continuará manteniendo.

- Sólo se deben considerar como conductas objetivo aquellas que son susceptibles de ser tratadas, dados los recursos con que cuentan el paciente y el terapeuta, y con los medios disponibles en un determinado momento de desarrollo de las técnicas terapéuticas. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1986).

4.11.2 Prioridad en las conductas objetivo

Siempre que exista más de una conducta objetivo, la conducta a modificar en primer lugar será:

- La conducta que resulte más molesta para el paciente o los otros significativos, ya que de esta forma el propio paciente o los otros, como mediadores, estarán más motivados a continuar con el tratamiento si se benefician con la intervención.
- La conducta más fácil de modificar, ya que los resultados rápidos motivarán al paciente y a los otros significativos, llevándolos a esforzarse y a colaborar en los intentos terapéuticos.
- La conducta que produzca la máxima generalización de los efectos terapéuticos.
- La primera conducta de la cadena en el caso de que varias conductas constituyan una cadena comportamental. (ERWIN, 1985).

4.11.3 Criterios directrices para la elección del tratamiento adecuado

Nelson (1984) y Nelson y Hayes (1986) han propuesto que las estrategias principales para elegir tratamiento pueden agruparse en tres categorías:

- Estrategia del análisis funcional: es la estrategia clásica en terapia de conducta para unir evaluación y tratamiento, esto es, para derivar el tratamiento adecuado a partir de los datos de la evaluación.

- Estrategia de la conducta clave: pretende cambiar una conducta para que ésta cambie otra, y ésta a otra, y así sucesivamente.
- Estrategia diagnóstica: según el enfoque de Nathan y Taylor (1981) una vez que se le ha asignado a la persona un diagnóstico determinado, se elegirá el tratamiento que se ha encontrado más efectivo para ese tipo de trastorno, suponiendo que tal tratamiento exista. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1986).

4.12 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

4.12.1 Razones para realizar una valoración sistemática de los resultados

La calidad del servicio al paciente se mejora, ya que la valoración proporciona información acerca de la magnitud y dirección de los cambios, así como de en qué medida se camina hacia la consecución de las metas últimas del tratamiento, permitiendo con ello la corrección de los fallos o diferencias que se observen (valoración formativa). (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1986).

Cuando la valoración se realiza tras la terminación de la intervención ésta permite apreciar el grado con el que se han alcanzado las metas últimas del tratamiento y, por tanto, si el tratamiento puede considerarse o no como un éxito, en qué medida lo es y con respecto a qué criterios de los utilizados (valoración normativa). (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1986).

La valoración normativa realizada sobre los procedimientos de intervención da seguridad acerca de su calidad y permite diseminar mejor los tratamientos, como productos psicológicos que son, entre sus consumidores. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1986).

La realización de valoraciones sistemáticas y cuidadosamente realizadas hace avanzar las ciencias clínicas y contribuye al aumento de los conocimientos técnicos y aplicados. (FERNÁNDEZ - BALLESTEROS, 1986).

4.12.2 Valoración de las metas últimas del tratamiento

Desde un punto de vista sistémico, el establecimiento y la valoración de la consecución de las metas últimas puede resultar bastante complejo. El establecimiento del éxito del tratamiento depende de diversos criterios que pueden diferir según los agentes sociales u otras personas significativas que realicen la valoración de los resultados. Esto hace que sea necesario hacer un muestreo de los otros significativos en los distintos ambientes en que se desenvuelve el paciente para establecer cuáles son los criterios de éxito que utiliza. Así, los criterios empleados para valorar una misma actuación difieren dependiendo del sexo, la edad o el rol del que actúa. (KAZDIN, 1978).

Existen formas de valorar los resultados.

- Valoración de los resultados del tratamiento con respecto a la línea base: la comparación del estado del paciente, en cada una de las conductas elegidas como conducta objeto de intervención, y, su situación en las mismas durante la línea base es propia de los acercamientos centrados en el problema, y más que una valoración de la mejoría o eficacia supone una valoración del impacto del tratamiento.
- Valoración de los resultados de la intervención por comparación con las metas últimas del tratamiento: si el comportamiento que el sujeto manifiesta en el estado conseguido concuerda con los comportamientos del universo, definido como meta, y el estado instaurado perdura, el terapeuta dirá que el tratamiento ha tenido éxito, ya que se ha logrado la meta que se buscaba. (KAZDIN, 1978).

5. ODONTOLOGÍA CONDUCTUAL

El área de la terapia conductual en la cual se utilizan los distintos métodos y técnicas conductuales para resolver los problemas de la salud oral que se relacionan directa o indirectamente con el comportamiento de las personas que los padecen, se denomina odontología conductual. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

La odontología conductual ofrece al profesional de la salud oral más que una opción de tratamiento a un problema dental que tiene que ver con el comportamiento, complemento de los tratamientos tradicionales, es decir, modificar o eliminar las causas que producen el problema dental y no sólo sus consecuencias. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Para entender mejor esta idea se toma un problema dental clásico como es el bruxismo, en el cual hay un desgaste exagerado no habitual en los dientes producido por movimientos involuntarios de la mandíbula. En este problema las causas que pueden ir desde estrés de trabajo hasta alguna fobia específica. La odontología conductual entra identificar la causa o causas que producen los movimientos y tratarlas ya sea para disminuirlas o eliminarlas por completo; la parte dedicada a la rehabilitación de los dientes afectados se deja exclusivamente a la odontología clásica. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Se debe entender la odontología conductual como una herramienta muy útil con la cual es posible brindar a los pacientes tratamientos más eficaces y duraderos mejorando así su calidad de vida. Esto se logra mejorando no sólo los comportamientos no adecuados, sino además el medio ambiente del individuo que en muchos casos puede ser causante directo del problema (como por ejemplo una mala relación familiar). (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Por otro lado, la odontología conductual se puede considerar como parte del campo más general denominado psicología de la salud, con el que comparte tanto sus bases teóricas como la metodología de investigación, las técnicas y procedimientos de intervención.

Aunque la odontología conductual se encuentra en continuo desarrollo y expansión, aún hay un número reducido de temas a los que se han dedicado los esfuerzos de investigación desde su aparición, y éstos corresponden a aquellos problemas que se relacionan más con el comportamiento como las maloclusiones, disfunción de la ATM y los problemas que surgen en relación con el manejo del comportamiento de los pacientes ante la situación y el tratamiento dental. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

5.1 PROBLEMAS DENTALES RELACIONADOS CON FACTORES PSICOLÓGICOS

Son numerosos los problemas dentales en los que los factores psicológicos pueden jugar algún papel, bien sea a nivel de origen, mantenimiento o exacerbación, o bien en cuanto a su prevención o tratamiento. Entre estos problemas destacan el dolor bucodental y la relación entre el estrés y la enfermedad periodontal, algunos de los cuales han comenzado a ser abordados desde una perspectiva conductual en los últimos años. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

El dolor es una de las experiencias más asociadas tanto a las enfermedades como a las intervenciones dentales. Este tipo de experiencias parecen ser la causa principal de los comportamientos de miedo, evitación o disruptivos que muestran algunos pacientes dentales. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

El dolor es también uno de los principales componentes tanto del bruxismo como del síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular. Precisamente, el síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular es, de acuerdo con Curro (1987), el principal síndrome de dolor

crónico en odontología, aunque también se pueden producir otros problemas de dolor crónico u agudo. Independientemente del tipo de dolor que padezca el paciente odontológico, la evaluación, medición y diagnóstico de este tipo de problemas suele resultar complicado. En parte, el diagnóstico de dolor bucofacial resulta problemático para los especialistas por la rica inervación sensorial del área facial, así como por la extensa gama de trastornos – y no sólo odontológicos – que pueden causar dolor bucodental. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Sin embargo, parte de los problemas que se producen en la medición y diagnóstico de dolor, tanto agudo como crónico, son consecuencia de la complejidad propia de la experiencia de dolor, que lo convierten en un fenómeno no sólo fisiológico sino fundamentalmente psicológico. Tal y como señala Penzo (1989), es abundante la evidencia tanto clínica como experimental que demuestra que el dolor, y los comportamientos emitidos por el paciente en relación con él, no son el resultado directo de la estimulación física con la que se relaciona. El dolor no puede ser visto simplemente como la consecuencia lineal y directa de una estimulación sensorial física (Wepman, 1978), ya que en la experiencia del dolor influyen también una serie de factores no fisiológicos tales como el contexto en el que se produce la experiencia, las instrucciones recibidas, el control que la persona tiene sobre la “fuente” de dolor, las experiencias previas del paciente, la atención prestada, la presencia de modelos sociales o la interpretación realizada por el paciente (Penzo, 1989; Rugh, 1987), y puede verse afectado tanto por factores emocionales, efectos placebo o nocivo, o la utilización de técnicas psicológicas tales como la relajación (Penzo, 1989; Rugh, 1987; Wepman, 1978). (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Otros problemas relacionados con el dolor bucodental que preocupan a los especialistas dentales pero que aún no han comenzado a abordarse de una forma sistemática desde una perspectiva conductual, son los concernientes a los efectos del dolor sobre el comportamiento de los pacientes dentales que lo sufren. Por una parte, el dolor crónico facial puede llegar a provocar en el paciente ciertos problemas psicológicos entre los que se destacan la preocupación obsesiva por el dolor, el

incremento de sus niveles de ansiedad, un deterioro emocional, e incluso conflictos emocionales con el personal sanitario (Curro, 1987). Esto convierte al dolor facial en una fuente de problemas y alteraciones psicológicas que sin duda merecen ser estudiadas con mayor profundidad. Por otra parte, el dolor bucodental, agudo o crónico, puede llevar al paciente a la emisión de conductas de dolor no funcionales, cuyas consecuencias pueden ser muy perjudiciales para el individuo. De acuerdo con McGlynn y cols. (1990), entre ellas cabe destacar la reducción en la actividad del paciente (como conducta analgésica), el uso excesivo e incontrolado de medicación destinada a paliar el dolor o el abuso de los servicios sanitarios. Este último tipo de comportamiento puede llevar al paciente a demandar intervenciones odontológicas innecesarias e incluso perjudiciales a largo plazo. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

De acuerdo con Drinnan (1978, 1987) debe hablarse de dolor facial atípico en aquellos casos en que los pacientes presentan un dolor facial vago, difícil de localizar o describir, de carácter persistente y para el cual no se ha encontrado ni causa ni remedio físico o biológico. Parece que en muchos de estos casos el dolor está asociado a factores psicológicos entre los que se destaca la depresión (Brooke, 1980; Drinnan, 1978, 1987). La detección de estos casos en la clínica odontológica puede servir para evitar tratamientos odontológicos innecesarios. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

La relación entre el estrés y la enfermedad periodontal es otro de los campos de investigación conductual que aún no han sido desarrollados suficientemente. Para explicar esta relación se han propuesto al menos tres tipos de mecanismos no excluyentes. Así, se ha sugerido que el estrés puede producir cambios en el comportamiento de las personas que las hace vulnerables a trastornos periodontales, al aumentar la frecuencia de comportamientos inadecuados tales como el consumo de tabaco o la práctica de dietas alimenticias no saludables (Bergstrom y Eliasson, 1987; Squire y Costley, 1976). También se ha señalado que el estrés puede provocar cambios hormonales que favorezcan el crecimiento microbiano subgingival, o bien que suprimen las

defensas contra las bacterias patógenas. Por último, también se ha argumentado que los cambios provocados por el estrés en el sistema inmune pueden tener efectos negativos al incrementar la susceptibilidad de periodonto. Esta última hipótesis, a pesar de que pueda resultar fascinante, aún debe ser analizada de forma sistemática, tal y como resaltan McGlynn y cols. (1990). (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

5.2 PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A FACTORES ODONTOLÓGICOS

Entre estos problemas destacan los relacionados con la estética bucofacial y el estrés que sufren los profesionales relacionados con la clínica dental. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

El primer tipo son los problemas relacionados con la apariencia bucofacial del sujeto o estética bucodental, que se puede ver afectada como consecuencia de determinadas alteraciones odontológicas. Tal y como señalan Albino y cols. (1990) el atractivo facial tiene importantes y positivos efectos en las relaciones interpersonales, sean sociales o de pareja, afectando a la forma como se percibe en un primer momento a personas desconocidas, e incluso la propia percepción. Ciertos problemas odontológicos, como las hendiduras de labio o paladar, prognatismo, retrognatismo y maloclusiones, producen alteraciones en la apariencia de la persona que en algunas ocasiones afectan negativamente las relaciones sociales de quienes los padecen, y tienen también consecuencias psicológicas de importancia. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

A pesar de todo, los datos disponibles sugieren que no todos los tipos de alteraciones estéticas bucofaciales tienen el mismo impacto sobre el individuo. De esta forma, en un estudio realizado por Kenealy Frude y Shaw (1989), no se detectaron efectos psicológicos negativos en una muestra de más de mil niños de 11 y 12 años de edad que presentaban maloclusiones. Del mismo modo, tampoco se puede decir que las intervenciones odontológicas dirigidas a eliminar estos problemas funcionales y estéticos tengan efectos positivos sobre el estado psicológico de los sujetos en todos

los casos. Así, aunque exista evidencia suficiente de los efectos positivos de que los tratamientos ortodónticos tienen para el bienestar psicológico de sujeto (Albino y cols., 1990), en otros casos los efectos de la intervención reparadora no son positivos, al menos eso es lo que demuestran dos estudios llevados a cabo por Kiyak y cols. (1982, 1986) según los cuales se produjo una reducción significativa en la satisfacción de autoestima de un grupo de pacientes adultos sometidos a tratamiento quirúrgico con el objeto de eliminar problemas de prognatismo o retroprognatismo, meses después de que la intervención se hubiera llevado a cabo. En cualquier caso, todos estos datos ponen de manifiesto la importancia que los problemas estéticos bucofaciales y las intervenciones odontológicas dirigidas a modificarlos tienen para el bienestar psicológico del sujeto, y sugieren la necesidad de que en algunos casos se lleven a cabo intervenciones estrictamente psicológicas para modificar la forma como los sujetos reaccionan ante su propia apariencia. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

El segundo tipo de problemas se refiere al estrés o tensión que sufren los profesionales dentales en el ejercicio de su profesión, y en especial el experimentado por el dentista como consecuencia del ejercicio de su profesión. Según algunos autores (Hendrix, 1986), los dentistas sufren niveles de estrés más elevados que otros profesionales, niveles de estrés que al parecer están relacionados con un grupo de factores entre los que se destacan los relativos a las condiciones de trabajo, tanto físicas como sociales, y los propios métodos de trabajo utilizados. Entre las características del entorno físico de trabajo que se han relacionado con el estrés de los dentistas se encuentran los ruidos, la iluminación insuficiente, la contaminación por gases empleados en el propio trabajo y la temperatura del habitación (Hendrix, 1986; Katz, 1986). De todos estos factores podrían destacarse, por ser específicos de esta profesión, los ruidos provocados por el instrumental utilizado en la clínica dental (que en algunos casos parecen afectar incluso la capacidad auditiva del profesional tras años de trabajo), y la mala iluminación del consultorio dental que dificulta el trabajo realizado en la boca del paciente. Precisamente las dificultades de acceso y

visibilidad que presenta la cavidad bucal es otra de las características del trabajo odontólogo que se han considerado como fuente de estrés. (Katz, 1986). (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Las relaciones interpersonales entre los componentes del equipo dental, la competencia en el trabajo de cada uno de ellos y, en general, el "clima de trabajo", se han relacionado también con el estrés de estos profesionales. (Hendrix, 1986). Igualmente se han considerado importantes otros factores relacionados con los métodos de trabajo tales como el trabajo prolongado o bajo presión las interrupciones frecuentes, cancelaciones, urgencias, retrasos, la monotonía del trabajo, el aislamiento profesional. (Katz, 1986). Todo ello sin olvidar la relación continua con pacientes que demandan atención como consecuencias del dolor que sufren o con pacientes ansiosos. Los problemas de estrés no solo han sido detectados entre los profesionales dentales, ya que un estudio de Sgan-Cohen (1989), realizado con alumnos de una escuela de odontología israelí, a encontrado también *altos niveles de estrés entre los estudiantes*. Entre las fuentes de estrés identificadas se encontraba el trabajo con niños y la falta de destreza manual, así como otros factores más generales como las exigencias del sistema educativo, la falta de tiempo libre o la incomprensión del material. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Prácticamente no se encuentran estudios que, desde una perspectiva conductual, afronten estos problemas, y ello a pesar de que, como señalan Schutt y Bernstiem (1986), se dispone de técnicas para el control de la ansiedad y el estrés que han resultado eficaces en otros contextos, incluyendo el contexto dental donde se ha aplicado con pacientes. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6. APLICACIÓN DE LA TERAPIA CONDUCTUAL EN PROBLEMAS DENTALES ASOCIADOS A LAS CONDUCTAS

6.1 HÁBITOS

La boca está implicada en una gran cantidad de comportamientos que un individuo lleva a cabo frecuentemente. La mayor parte de estos comportamientos están relacionados con la alimentación y la comunicación oral.

Las conductas preventivas más importantes en el campo de la salud bucodental son los comportamientos de higiene dental como por ejemplo el cepillado y el uso de seda dental. Estos comportamientos tienen como principal objetivo mantener los dientes libres de materias orgánicas y de placa bacteriana, de forma que se dificulte el desarrollo de enfermedades tales como la caries o la enfermedad periodontal. Otro comportamiento preventivo, también relacionado con la caries, es la aplicación de flúor, bien a través de la pasta dental utilizada durante el cepillado, o bien en forma de enjuagues bucales. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1990).

Entre las conductas de riesgo que pueden dar lugar al desarrollo de una alteración bucodental destacan los denominados hábitos orales perjudiciales. Estos hábitos consisten fundamentalmente en movimientos mandibulares inadecuados que implican posiciones antinaturales del aparato masticatorio, o en la utilización inapropiada de dicho aparato. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1990).

De estos hábitos orales los más comunes son morderse las mejillas, la lengua, los labios, el mascado unilateral, morderse las uñas, morder o retener entre los labios objetos tales como lápices pipas u otros instrumentos (silbatos, instrumentos musicales, etc.), las posiciones no naturales de la mandíbula, conductas de succión especialmente de los dedos y el uso del chupete (Rugh y

Lemke, 1984; Rugh y Robbins, 1982). Cuando estos comportamientos se llevan a cabo de forma frecuente durante un largo espacio de tiempo, pueden originar problemas oclusales o abrasiones dentales específicas y características de los objetos que se muerden. También es perjudicial para la salud bucodental el consumo habitual de tabaco, que puede provocar el deterioro tanto de los dientes como de las encías, e incluso el cáncer bucal (Smith, Pindborg y Binnie, 1988). Otro hábito oral que afecta la salud bucodental es el apretamiento y/o frotación de los dientes. Este comportamiento, que recibe el nombre de bruxismo, cuando se produce de forma prolongada provoca también efectos negativos en el aparato masticatorio (dientes, encías, músculos y articulación temporomandibular). Otro tipo de comportamientos de riesgo son los relacionados con la dieta alimenticia; por ejemplo, el consumo de hidratos de carbono, fundamentalmente relevante en la génesis de la caries dental. (CÁRDENAS, 1996).

6.1.1 Succión digital

Los comportamientos de succión son habituales en los niños recién nacidos. De hecho, el reflejo de succión forma parte del equipo de respuestas que todo neonato sano debe mostrar. El reflejo de succión es necesario para la alimentación del recién nacido, y a partir de él se desarrollan otros comportamientos de ingesta, así como de succión no relacionados con la nutrición. (CÁRDENAS, 1996).

Kravitz y Boehm (1971) observaron que la totalidad de niños normales recién nacidos que estudiaron mostraban desde las primeras horas de vida conductas de succión de la mano, fundamentalmente de los dedos. Estos mismos autores señalan que, de acuerdo con los informes de sus madres, a lo largo del primer año de vida el 93% de niños llegaban a morder también sus labios, y el 83% chupaban los dedos de los pies. (CÁRDENAS, 1996).

La succión de los dedos puede producirse de forma esporádica o en situaciones muy concretas o puede llevarse a cabo de forma habitual o permanente; además, puede también producirse sólo

durante el día, sólo durante la noche, o en ambas situaciones. A pesar de que son pocos los estudios realizados sobre la prevalencia de las distintas conductas de succión, algunos autores (Curzon, 1974) han indicado que la succión nocturna de los dedos es más frecuente que la diurna. (CÁRDENAS, 1996).

La succión de los dedos, aunque se produzca de forma habitual durante los primeros años de vida, parece no resultar peligrosa para el niño; de hecho, la succión de los dedos suele ser considerada como una conducta normal que tanto los padres como otros adultos aceptan, como comportamiento típicamente infantil, al que no suele darse mayor importancia. Sin embargo, cuando el niño es mayor, la succión de los dedos puede tener consecuencias negativas a nivel médico, social, conductual y, sobre todo, dental. A nivel conductual, la succión o chupeteo de los dedos está relacionada con otros hábitos tales como la onicofagia o la tricotilomanía (Friman, 1987; Friman y Schmitt, 1989; Mairesse, 1980). A nivel social, la succión de los dedos más allá de los primeros años de vida puede afectar a las relaciones del niño con otros compañeros o con sus padres, y dar lugar a críticas o castigos (Friman, 1987). Este comportamiento puede llegar a producir también problemas médicos tales como deformidades en los dedos, e incluso envenenamientos accidentales cuando el niño ha estado en contacto con sustancias tóxicas (Friman, 1987; Friman y Schmitt, 1989). Además de todas estas posibles consecuencias adversas, las conductas de succión de los dedos tienen también efectos negativos a nivel dental. (CÁRDENAS, 1996).

Los problemas dentales más frecuentes asociados a la succión de los dedos son las maloclusiones (maloclusión clase II), desplazamiento o deformaciones de los dientes, mordida abierta, sobremordida, diastemas, problemas articulatorios y posición retrusiva mandibular (Costa Campos, 1985; Curzon, 1971; Dawson, 1991; Friman, 1987; Friman y Schmitt, 1989; Mairesse, 1980, Rugh y Lemke, 1984; Rugh y Robbins, 1982). Muchos de estos problemas dentales, además de sus

repercusiones funcionales, pueden afectar también a la estética facial del individuo. (CÁRDENAS, 1996).

Según ellos, la succión de los dedos afecta de forma diferente la salud dental de los niños dependiendo de la edad en la que se continúa produciendo. Se considera que los efectos nocivos de la succión de los dedos se producen a partir de los cuatro o cinco años de edad, momento en el que los dientes temporales están siendo reemplazados por los definitivos (Barrio, 1987; Curzon, 1974; Friman, 1987; Rugh y Lemke, 1984; Rugh y Robbins, 1982). Las reacciones sociales negativas, y los efectos que pueden tener sobre la conducta social y emocional del niño resultan también más preocupantes a partir de esa edad. (CÁRDENAS, 1996).

La succión o chupeteo de los dedos de forma esporádica, accidental, e incluso en situaciones de crisis, es difícil que resulte nociva para la salud del niño, e incluso para la integración social, con independencia de edad que éste tenga. Por tanto, resulta poco justificable la intervención de especialistas en estos casos dado que los posibles efectos negativos son muy pocos, y que en condiciones normales esta conducta tiende a desaparecer. Sin embargo, cuando la succión de los dedos se convierte en una conducta frecuente, es decir en un hábito crónico, las consecuencias que se pueden producir a nivel médico, dental, social y psicológico, justifican sobradamente la intervención independiente de la edad del niño. En consecuencia, la intervención debe ser dictada por la cronicidad del comportamiento más que por la edad del niño. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Para establecer la cronicidad de la succión de los dedos Friman y Schmitt (1989) proponen dos criterios. En primer lugar, que la conducta se produzca en más de dos situaciones o lugares y, en segundo lugar, que se produzca de día y de noche, teniendo en cuenta que la succión nocturna puede resultar más peligrosa para la salud dental que la diurna. A estos dos criterios deberían añadirse otros cuya relación con los efectos nocivos de esta conducta es más estrecha. Estos

criterios son la frecuencia y la duración de la conducta de succión de los dedos. De hecho, si la succión de los dedos se produce con una elevada frecuencia, o los episodios de succión tienen una larga duración, su efecto nocivo puede resultar significativo independientemente de que la conducta se produzca en una sola situación o lugar, de que se produzca sólo de día, o de la edad que tenga el sujeto. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.1.1.1 Tratamientos tradicionales

Las conductas de succión han sido tratadas de diferentes maneras. Así, la succión de los dedos ha sido considerada desde una actividad sexual hasta una conducta agresiva, siendo esto la consecuencia de necesidades no satisfechas. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

En función de estas aproximaciones se han propuesto diferentes tratamientos con el objeto de tratar, o si se puede, eliminar este tipo de conductas. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Un tratamiento propuesto fue el realizado por Mairesse (1980), que consistía en hablar con la persona para que comprendiera los efectos nocivos que su hábito y la necesidad de suspenderlo.

Otros tratamientos más drásticos son los que van enfocados a romper los hábitos, es decir, impedir físicamente que el objeto pueda llevar a cabo la conducta de succión. Entre estos tratamientos se destacan la utilización de:

- Brazaletes que impiden doblar el codo.
- Colocación de apósitos en el codo.
- Cocido de las mangas.
- Colocación de manoplas o calcetines ásperos en la mano.

Un tratamiento mecánico más sofisticado ha sido la colocación, por odontólogos, de placas en el paladar, fijadas a los molares superiores, que llevan unas barras de acero que impiden a la persona meter el dedo en la boca, controlando así el hábito de succión. (CÁRDENAS, 1996).

Otra forma de tratamiento es el reforzamiento social, el cual consiste en la técnica de animar, felicitar a la persona por tratar de no incurrir en el hábito; esta técnica es realizada por el odontólogo y personas cercanas al individuo. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.1.1.2 Tratamientos conductuales

Hay que diferenciar entre aquellos tratamientos conductuales que tienen por objetivo la succión diurna que se da mientras el niño está despierto, y aquellos cuyo objetivo es la succión nocturna que ocurre mientras la persona está dormida. La succión diurna ha sido la que mayor atención ha recibido por ser más asequible. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

A continuación se describen cada uno de los procedimientos conductuales empleados para la eliminación de la succión digital.

- **Reforzamiento diferencial:** consiste en el reforzamiento positivo cuando el sujeto emite conductas distintas a la succión de los dedos, que en ciertos casos son incompatibles con ella. A la vez, la estimulación reforzante se retira de forma contingente a la emisión de respuestas de succión. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).
- **Técnicas adversas:** consiste en la técnica de aplicación aversiva o estimulación aversiva con el objeto de castigar la aparición de la conducta de succión, en algunos de estos casos, se utilizan sustancias líquidas de sabor desagradable colocadas sobre los dedos. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.1.2 Tabaquismo

Existen numerosas evidencias acerca del efecto negativo del consumo de tabaco sobre la salud bucodental, en concreto de sus efectos patógenos directos sobre los tejidos blandos y duros del área bucodental (American Dental Association, 1981; Bastiaan y Reade, 1976; Christen, 1970; Comité Consultivo de Formación de Odontólogos, 1988; Goiriena, Zuazua, Gorritxo y Barraquero, 1989; USDHHS, 1990).

El consumo de tabaco, especialmente si es fumado en forma de cigarrillos, pero también si es masticado o fumado en pipa, afecta negativamente en el sentido de ser un factor de riesgo para el desarrollo de varias condiciones bucodentales, a la vez que perjudica los tratamientos de varias de estas condiciones. Entre ellas se encuentran el cáncer oral, la leucoplaquia, la enfermedad periodontal y la afectación de los procesos de curación subsiguientes a cirugía bucodental, extracciones y restauraciones, provocación de halitosis, etc. (FERNÁNDEZ -PARRA, 1994).

6.1.2.1 Tratamiento conductual del tabaquismo asociado a la práctica dental

Está comprobado que los pacientes dentales tienden a ser especialmente receptivos a las sugerencias relativas a la salud bucodental provenientes de su odontólogo y ofrecidas en el transcurso de una cita para revisión o tratamiento. (Christen y cols., 1990). (BECOÑA, 1988).

El equipo de la Universidad de Indiana desarrolló en los primeros años de la década de los ochenta un programa de abandono del tabaco realizado en la práctica dental. (BECOÑA, 1988).

El programa se compone de ocho elementos claves:

- Motivadores en el área de la recepción que implica la creación de un ambiente en la consulta que refleje prácticas positivas de salud dental. Ejemplo la colocación de señales de advertencia para no fumar, con mensajes no agresivos motivadores.

- Contacto con el odontólogo, incluye información personalizada al paciente sobre el abandono del tabaco.
- Advertencia y consejo dental, recomendación expresa del odontólogo al paciente para que abandone en tabaco, enfatizando los beneficios para la salud que se derivarían de dicha decisión.
- Evaluación de la motivación del paciente, ofrecer ayuda para cuando el paciente esté listo para comenzar a dejar de fumar.
- Fijación de la fecha de abandono: se ha encontrado útil sugerir a los pacientes que elijan un día señalado o con ciertas connotaciones sentimentales para iniciar el abandono del tabaco. Se recomienda la elaboración de un contrato conductual entre paciente y odontólogo, que refleje el compromiso del paciente para dejar de fumar y el del odontólogo para ayudarlo a cumplir su objetivo.
- Consideración de las características individuales como fumador:
 - Dependencia psicológica del tabaco.
 - Adicción a la nicotina.
 - Influencias socioculturales.
- Utilización de estrategias múltiples: implica una aproximación al tratamiento cercana a los programas multicomponentes.
- Apoyo continuado y seguimiento: pretende mantener la atención al paciente al menos durante un año, mediante controles periódicos coincidiendo con visitas de revisión o mediante contactos telefónicos. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.1.3 Bruxismo

Existe gran diversidad de intervenciones dirigidas a conseguir la reducción o eliminación del bruxismo y pueden estar clasificadas en dos grandes grupos: tratamientos biológicos y tratamientos conductuales. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.1.3.1 Tratamientos biológicos

Van desde los farmacológicos o la fisioterapia, hasta aquellos estrictamente odontológicos como son la equilibración o ajuste oclusal (Behnsilian, 1974; Friedenthal, 1981; Mealiea y McGlym, 1897; Salsench Cabré, 1985; Shore, 1983). (CURRO, 1987).

6.1.3.2 Tratamientos conductuales

Son variados y dependen en gran medida de la forma como se conceptualiza la conducta bruxista. De esta manera, (Glamos y Rao, 1977) consideran el bruxismo como un hábito, han aplicado para su tratamiento procedimientos que se han mostrado eficaces en la reducción o eliminación de otros hábitos y son:

Práctica masiva: consiste en la ejecución repetida del hábito nocivo hasta el momento en que los músculos implicados se encuentran fatigados. En ese momento el paciente interrumpe la práctica del hábito. Este mismo procedimiento se lleva a cabo varias veces en el día durante un determinado periodo de tiempo. De acuerdo con Ayer y Gale (1969) la interrupción del hábito tras la práctica masiva, elimina el malestar causado por la fatiga de los músculos. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Técnica de reversión de hábitos o habit reversal: este procedimiento, diseñado por Azrin y Jun (1973), en el caso de bruxismo, consiste en enseñar al paciente a:

- Reconocer la ocurrencia del hábito .
- Interrumpir su ejecución.

- Ejecutar una conducta competitiva que el paciente debe practicar en el caso de haber emitido la conducta a eliminar, o en situaciones en las que habitualmente emite dicha conducta masticatoria, de forma que la no ejecución del comportamiento bruxista quede reforzado, creándose un hábito incompatible con el nocivo. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.2 TERAPIA CONDUCTUAL APLICADA AL MIEDO EN SITUACIONES DENTALES

Los procesos diagnósticos o terapéuticos que se llevan a cabo en las clínicas odontológicas suelen resultar desagradables o estresantes para un gran número de pacientes (Berggren y Meynert, 1985; Corah, Gale e Illig, 1978; Liddell y May, 1984; Martínez y Gonzáles, 1983; Rodríguez, Martínez y Caballero, 1989). De hecho, los pacientes dentales esperan con frecuencia que los exámenes o tratamientos resulten desagradables o dolorosos, a pesar de que en realidad experimentan menos dolor del que esperan (Kleinknecht y Bernstein, 1978; Lindsay, Wege y Yates, 1984). (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

En algunos casos, las reacciones de ansiedad o de miedo pueden ser perfectamente controladas por los pacientes sin que se les afecten de forma significativa. En otras ocasiones el miedo puede ser muy elevado y puede impedir que el paciente se someta a tratamiento dental, evitándolo, interrumpiéndolo o escapando de él. El hecho de que el paciente interfiera o impida con su comportamiento una intervención dental necesaria, puede limitar la efectividad del tratamiento a que está siendo sometido, e incluso impedir que se detecte a tiempo cualquier proceso patológico.

De esta forma, las conductas de miedo y evitación pueden llegar a afectar seriamente a la salud dental de aquellos pacientes que las emiten. Por ello, la eliminación de estos comportamientos, o al menos su reducción significativa, resulta imprescindible para que los pacientes que así actúan puedan recibir una atención adecuada. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.2.1 Características del miedo y la evitación dentales

Las situaciones dentales consideradas desagradables o estresantes suelen provocar diversas reacciones en los pacientes. Las reacciones de miedo o ansiedad son, sin duda, las más frecuentes. En algunas ocasiones pueden llegar a ser muy intensas e incluso desproporcionadas para el peligro real que presenta la situación que las provoca. Aunque estas reacciones pueden resultar molestas para el paciente, e incluso para el odontólogo, no tienen porqué interferir con el tratamiento dental. Sin embargo, las respuestas de miedo suelen ir acompañadas de otras respuestas que sí dificultan o impiden la realización de las intervenciones dentales. Estas respuestas pueden ser de dos tipos: respuesta de evitación y conductas disruptivas. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Las repuestas de evitación dental son todas aquellas reacciones del paciente que le impiden exponerse o entrar en contacto con las situaciones relacionadas con el tratamiento dental. Los pacientes generalmente evitan el tratamiento dental retrasando la petición de consulta o tratamiento , no haciendo dicha petición, o no acudiendo a las citas establecidas con su dentista. Obviamente, la evitación del tratamiento de forma frecuente puede llevar a que el estado dental de los pacientes se agrave y el tratamiento necesario sea cada vez más complejo, costoso e incluso doloroso. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Las conductas disruptivas o entorpecedoras son respuestas que se producen en la propia situación de tratamiento dental dificultando la aplicación de los procedimientos o intervenciones dentales necesarios. En bastantes ocasiones estas conductas no sólo dificultan el tratamiento, sino que incluso pueden llegar a interrumpirlo, por lo que desde una perspectiva funcional podrían ser consideradas además como respuestas de escape a la situación dental. Cerrar la boca, mover la cabeza, levantarse, dar manotazos, gritar, quejarse o llorar, son ejemplos de conductas disruptivas que los pacientes pueden mostrar durante el tratamiento. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Aun cuando todos los tipos o componentes de las intervenciones odontológicas pueden llegar a provocar reacciones de miedo, evitación o conductas disruptivas, no todos parecen ser igual de relevantes. La visión de la jeringa o la aguja, la inyección de anestesia, y el sonido, visión o sensación del torno, son los estímulos que provocan mayor ansiedad de acuerdo con las afirmaciones de los propios sujetos (Donoto y cols., 1988; Gale, 1972; Gale y Ayer, 1969, Keiknecht, Klepac y Alexander, 1973; Rodríguez, Martínez y Caballero, 1989). Por otra parte, los tratamientos que producen mayor ansiedad o miedo son las extracciones, seguidas por otros como endodoncias y obturaciones (Martínez Zalduendo y González Pinto, 1983; Wardle, 1982). De hecho, según muestra el trabajo realizado por Lindsay, Wege y Yates (1984), los pacientes son capaces de distinguir entre los diferentes tratamientos en función de las sensaciones de incomodidad que les provocan, lo que posiblemente indique la existencia de una experiencia diferencial asociada a cada uno de los tratamientos (Fernández Parra y Gil Roales-Nieto, 1991). Por otra parte, la ansiedad informada por los pacientes es mayor conforme se aproxima el momento en que serán sometidos a los procedimientos dentales (Wardle, 1982). En cualquier caso, los datos parecen indicar que los estímulos que provocan una mayor ansiedad en los sujetos, así como respuestas de evitación o disruptivas, son aquellos que, potencialmente al menos, pueden resultar más desagradables e incluso dolorosos. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.3 ORIGEN DE LAS FOBIAS DENTALES

Aun cuando el origen de las fobias dentales ha sido objeto de múltiples especulaciones, profesionales tanto de la odontología como de la psicología coinciden en señalar que las experiencias traumáticas o dolorosas durante el tratamiento dental son la principal causa de estos comportamientos (Rodolfa, Kraft y Reilley, 1990). De acuerdo con diversos estudios, las experiencias traumáticas que se producen en la situación dental son debidas, en numerosos casos, al dolor causado por los procedimientos dentales aplicados (Kent, 1984, Kleinknecht, Klepac y Alexander, 1973; Lindsay, Wedge y Yates, 1984; Wardle, 1984). Además de dolor, los

procedimientos dentales pueden provocar otras experiencias estresantes tales como náuseas y ansiedad. Los procedimientos dentales pueden ser considerados, por tanto situaciones generadoras de estimulación aversiva que provoca respuestas de ansiedad. Otros estímulos o situaciones dentales que también pueden ser consideradas como traumáticas o aversivas son la apariencia del instrumental utilizado y la falta de habilidad que el paciente detecta en el dentista (Berggren y Carlsson, 1984^a; Kleinknecht, Klepac y Alexander, 1973). El hecho de que la mayor parte de los procedimientos dentales exija la inmovilidad del paciente, puede resultar también desagradable para sujetos que han desarrollado previamente miedo a situaciones de confinamiento o restricción. (McNeil y Berryman, 1989). (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

En un número menor de ocasiones, los sujetos atribuyen el origen de sus fobias dentales a otros factores tales como experiencias vicarias o las instrucciones e informaciones recibidas (Berggren y Meynert, 1984; Kleinknecht, Klepac y Alexander, 1973; Lidell y May, 1984; Öst y Hugdahl, 1985). Por tanto, no es necesario que los pacientes sufran directamente experiencias traumáticas para que desarrollen comportamientos de miedo o evitación dental. La observación de cómo otros pacientes sufren tales experiencias y responden con miedo, evitación y conductas disruptivas, las informaciones negativas sobre el tratamiento dental, pueden dar origen también a las fobias dentales. No ha de olvidarse el clima social reinante en la mayoría de las comunidades hacia el tratamiento dental en general. Socialmente, todo lo relativo a la práctica dental se entiende como algo desagradable y doloroso, así es transmitido y diseminado a través de parodias, chistes, anécdotas, historias y demás formas en que la cultura popular estigmatizan ciertas experiencias. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Aunque el escape o evitación de las situaciones dentales que provocan ansiedad son las principales consecuencias que mantienen la emisión de las conductas fóbicas, existen otros factores que también pueden influir. Uno de estos factores es la forma como responde el personal dental, u otras personas presentes durante el tratamiento, ante las conductas de miedo o evitación

dentales. En muchos casos el comportamiento de esas otras personas pueden reforzar inadvertidamente la conducta problema del paciente, incrementando la probabilidad de que se siga respondiendo de forma inadecuada ante el tratamiento dental. De esta forma, tal y como señala Winer (1982), los intentos de los padres para calmar a sus hijos y disminuir la ansiedad que experimentan ante el tratamiento dental, pueden tener en muchas ocasiones un efecto opuesto al pretendido, incrementando los comportamientos problemáticos de miedo y evitación. Por otra parte, según Weinstein (1990), la evitación del miedo dental puede también mantenerse por lo que él denomina el ciclo del miedo. En estos casos la evitación o escape del tratamiento dental podría tener como consecuencia una patología oral incontrolada y, probablemente, cada vez más grave, lo que implicaría en muchos casos un tratamiento más doloroso. Ese tratamiento doloroso sería capaz de provocar un miedo intenso, por lo que el paciente evitaría enfrentarse con dicha situación, o escaparía de ella. De esta forma se cerraría el círculo del miedo que podría continuar indefinidamente. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.4 EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DE MIEDO Y EVITACIÓN EN CLÍNICA DENTAL

La evaluación de las conductas de miedo y evitación en situaciones de clínica dental se puede realizar a través de diversas técnicas e instrumentos.

Algunos de los instrumentos que habitualmente se utilizan han sido diseñados originariamente para la evaluación clínica de la ansiedad, de forma global o en situaciones concretas ajenas a la clínica dental. Obviamente estos instrumentos específicos, generalmente autoinformes y sistemas de observación, son los que con mayor frecuencia se utilizan en los estudios realizados desde la perspectiva de la odontología conductual. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.4.1 Autoinformes

Los instrumentos de autoinforme desarrollados para la evaluación del miedo y evitación dental, consisten generalmente en cuestionarios en los que se pide al sujeto que informe de las conductas

de ansiedad y/o evitación provocadas por una o distintas situaciones dentales. A veces, estos informes son retrospectivos y en otros casos el sujeto debe valorar la ansiedad que siente en el mismo momento en que se contesta, que puede ser antes, durante o después del tratamiento dental. Aunque la mayor parte de los instrumentos de autoinforme deben ser contestados por escrito, también se ha desarrollado algún cuestionario en forma de entrevista estructurada. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.4.2 Observación

La observación de la conducta de los pacientes es otra de las técnicas de evaluación empleadas en relación con el miedo y evitación de las situaciones dentales. Esta técnica de evaluación se ha utilizado fundamentalmente con niños, aunque también se han desarrollado instrumentos dirigidos a la observación de las conductas de miedo y evitación de adultos. La observación de la conducta de los pacientes dentales se puede realizar de forma directa y sistemática, registrando las conductas que se producen en el momento que ocurren, o se puede realizar de forma menos formal valorando la conducta de los pacientes por medio de escalas de estimación (Rating Scales). (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.4.3 Otras formas de evaluación

Otras medidas utilizadas desde la perspectiva de la odontología conductual han sido las mediciones directas de las respuestas psicofisiológicas provocadas por las distintas situaciones de la clínica dental a las que expone al paciente. Entre los índices fisiológicos más comúnmente utilizados destacan la respuesta cardiaca (pulso o tasa cardiaca), la respuesta electrodermal, la respuesta electromiográfica, la temperatura y la respiración (Ingersoll, 1984; Melamed, 1979; Winer, 1982). Las dos primeras son sin duda las más utilizadas y ambas parecen discriminar adecuadamente entre sujetos que responden con un elevado nivel de miedo ante el tratamiento dental y aquellos que no lo hacen. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

La existencia de diversas técnicas e instrumentos dirigidos a evaluar el miedo y evitación de las situaciones dentales ha dado lugar a diferentes interpretaciones del fenómeno que se evalúa, y a concepciones diferentes de lo que debe ser dicha evaluación. Como consecuencia de todo ello, algunos autores han planteado y definido una aproximación multidimensional al miedo y evitación de las situaciones dentales (Kleincknecht y Bernstein, 1978; Melamed, 1979). Desde esta perspectiva se considera la ansiedad como un fenómeno que se manifiesta a través de un patrón complejo de comportamientos, que pueden ser clasificados en tres dimensiones o componentes: el subjetivo o cognitivo, el psicofisiológico y el conductual. La evaluación de cada componente se aborda a través de técnicas e instrumentos específicos. Así, los autoinformes, la observación, y las medidas psicofisiológicas son las técnicas más adecuadas para evaluar los componentes subjetivo, conductual y psicofisiológico de las fobias dentales, respectivamente. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.5 PREVENCIÓN DEL MIEDO Y LAS FOBIAS DENTALES

Los profesionales dentales cuentan con técnicas y productos anestésicos cuyo objetivo es reducir al máximo el miedo causado durante el tratamiento; a pesar de ello, el tratamiento dental provoca ansiedad o miedo a muchos pacientes. Desde el punto de vista psicológico también se han desarrollado estrategias preventivas con el objetivo de evitar el desarrollo de fobias dentales. La población objetivo por excelencia de este tipo de medidas es la infantil, en especial aquellos sujetos que aún no han sido sometidos a tratamientos dentales. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Weinstein (1990), ha recogido tres tipos de medidas que pueden llevarse a cabo con el objetivo de prevenir la aparición de conductas de miedo y evitación dental en niños. Estos tres tipos de medidas preventivas consisten en: 1) crear un medio ambiente controlado y seguro.; 2) utilizar procedimientos dentales no invasivos; 3) exponer al niño una experiencia dental positiva antes de ser sometido al tratamiento. El primero de estos tres tipos de medidas preventivas tiene como

objeto rodear al paciente infantil de un medio ambiente que no le resulte aversivo y en que pueda sentirse seguro. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Además de las técnicas preparatorias, se han desarrollado otros procedimientos psicológicos con el objeto de prevenir la aparición de miedos y fobias dentales denominados técnicas simultáneas. Mientras que las técnicas preparatorias se aplican antes del tratamiento dental, las simultáneas se aplican al mismo tiempo que los procedimientos dentales productores de ansiedad (Corah y Gale, 1984). En este caso, la intervención se aplica con el objeto de evitar o reducir la aparición de respuestas de miedo, disruptivas o de evitación, de forma que el sujeto no llegue a desarrollar conductas desadaptativas durante el tratamiento dental. Tanto las técnicas preparatorias como las técnicas simultáneas son preventivas y en consecuencia, están diseñadas para ser aplicadas con sujetos libres de miedos y fobias o al menos no extremadamente miedosos. Las primeras se han aplicado fundamentalmente con sujetos de corta edad antes de someterlos a sus primeras experiencias dentales. Las técnicas simultáneas se han usado con mayor frecuencia con adultos de diferentes historias dentales pero, en todo caso, libres de miedos elevados o fobias dentales. (Corah y Gale, 1984). (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.6 TERAPIA CONDUCTUAL EN FOBIAS Y MIEDOS DENTALES

Crear un ambiente controlado y seguro que no sea aversivo, para ello (Weinstein, 1990) propone:

- El empleo de un vocabulario adecuado.
- El entrenamiento del personal para controlar adecuadamente el comportamiento del paciente.
- Permitir al paciente la manipulación y familiarización con objetos e instrumentos dentales.

Utilizar procedimientos dentales no invasivos. Para evitar la utilización de estos procedimientos (Weinstein, 1990) propone el empleo de medidas preventivas dentales, en especial las dirigidas a

evitar la aparición de la caries dental, de forma que no sea necesario llevar a cabo tratamientos invasivos.

Exponer al paciente a una experiencia dental positiva antes de ser sometido al tratamiento: consiste en crear para el paciente una historia de experiencias positivas asociadas a la situación dental, como una forma de reducir el impacto de las experiencias negativas que posteriormente pudiera vivir. Este tipo de estrategia es, sin duda, mucho más factible que las dos anteriores y ofrece mejores perspectivas de futuro. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.7 TRATAMIENTO DE LOS MIEDOS DENTALES

Las técnicas de tratamiento del miedo y la evitación dentales tienen como objetivo la reducción y eliminación de los comportamientos desadaptativos de miedo, evitación o disruptivos, ya establecidos. Estas técnicas van dirigidas, por tanto, a pacientes que han desarrollado miedos intensos o fobias dentales. La desensibilización sistemática y el modelamiento son las técnicas que han recibido mayor atención. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.7.1 Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática es una técnica psicológica de intervención cuyo objetivo fundamental es reducir la ansiedad o miedo manifestada por un sujeto ante una situación o estimulación determinada. Para ello el terapeuta debe establecer, junto con el paciente, cuáles son los estímulos que le provocan miedo, ordenándolos desde el menos aversivo hasta el que evoca un mayor nivel de ansiedad. Después de establecer esta jerarquía, y de que el paciente haya aprendido a relajarse, se presentan los estímulos gradualmente (comenzando por aquellos que provocan menor ansiedad) mientras que el sujeto permanece relajado. Este proceso puede llevarse a cabo mientras que el paciente es expuesto realmente a los estímulos que teme, o bien pidiéndole que los imagine. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

6.7.2 Modelamiento

El modelamiento ha sido utilizado junto con otros procedimientos conductuales en un estudio realizado por Kleinknecht y Bernstein (1979) con pacientes adultos. El paquete de tratamiento utilizado constaba de tres componentes:

- El modelado a través de un video de 20 minutos en el que se podía observar a un paciente desde el momento que llamaba al dentista hasta el momento en que era tratado.
- La exposición graduada a escenas de la clínica dental mostrada a través de un video.
- La familiarización del paciente con la clínica dental. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

Como resultado de esta intervención no sólo se redujo la ansiedad de los pacientes ante el tratamiento dental, sino que además dejaron de evitar la situación dental. Tras un año de seguimiento se mantenían los resultados del tratamiento de forma que los sujetos pudieron someterse en varias ocasiones a tratamientos dentales. (FERNÁNDEZ - PARRA, 1994).

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de esta monografía se siguieron parámetros en los cuales se hace referencia a cada autor, está escrita con bases científicas, pues todo lo expresado fue demostrado por investigaciones hechas por profesionales.

8. CONCLUSIONES

La odontología conductual ayuda al tratamiento de los problemas conductuales del paciente odontológico.

No se limita a tratar los problemas del sistema estomatognático sino también los problemas de conducta por medio de terapia.

Ayuda a disminuir o eliminar los comportamientos del paciente como hábitos inadecuados y situaciones de miedos y fobias, con procedimientos conductuales de eficacia demostrada que permiten prevenir controlar y eliminar los comportamientos inadecuados relacionados con la situación dental, dejando la rehabilitación de los dientes afectados a la odontología tradicional.

La sensibilización sistemática es una técnica eficaz para disminuir o eliminar la fobias dentales, ya que su aplicación disminuye la ansiedad hasta niveles que permiten asistir al tratamiento y terminarlo con éxito.

El modelamiento, utilizado como técnica preparatoria, permite prevenir la aparición de miedos o conductas inadecuadas en el consultorio.

9. DISCUSIÓN

Todas las teorías acerca de los posibles tratamientos para erradicar la succión digital, buscan prevenir los problemas que desencadenan dicho hábito; el grupo investigador considera que pueden afectar y causar algún tipo de irrespeto a la integralidad y personalidad del ser, al pretender obligar dejar el hábito colocando instrumentos en las manos o líquidos de sabores desagradables. Es por eso está de acuerdo con la teoría de Azrin y Jun, de tratar que la persona reconozca que tiene un problema, pues no atenta desde ningún punto de vista contra el sujeto y tiene resultados positivos.

Para lograr modificar la conducta de la persona que presenta miedo y evitación dental; se debe realizar una evaluación acertada para elegir un tratamiento. La teoría de la Dental Anxiety Scale de Corah (DAS) 1969, podría ser forma de evaluación más acertada ya que con una encuesta previa se puede realizar un esquema de terapia conductual, que permita modificar las conductas inadecuadas. Sin embargo, no se descarta realizar la terapia de observación dada por Rausing Scales (1969) como complemento de la terapia.

Gale y Ayer, propusieron la sensibilización sistemática como tratamiento para las conductas de miedo y evitación dental. Por otro lado, Kleinknecht y dernsteim (1979), hablaron del modelamiento, siendo éste último el más acertado para el grupo de investigación, por demostrar su efectividad para reducir la ansiedad y las conductas inadecuadas en los sujetos.

En cuanto a las terapias conductuales aplicadas en el bruxismo, la práctica masiva Ayer y Gale (1969), y la habit reversal (Azriny Nun 1973), para el grupo de investigación la más adecuada es la segunda porque se evita el desgaste innecesario de los dientes.

10. RECOMENDACIONES

Como ya se ha mencionado, la terapia conductual se aplica a la odontología trayendo beneficios tanto al paciente como al odontólogo, por eso se recomienda ampliamente para el complemento de los tratamientos dentales, ya que son procedimientos fáciles de aplicar con un mínimo costo, lo cual garantiza un tratamiento integral y de mejor calidad, un paciente sin conductas, hábitos y miedos inadecuados es un paciente colaborador y receptivo.

La aplicación en la práctica de teorías conductuales en los pacientes dentales fumadores, ha arrojado cifras de éxito en el 22% y 46% de los pacientes tratados por el odontólogo (Fernández parra, 1994), por esta razón se recomienda al odontólogo utilizar la terapia conductual como complemento en tratamiento del tabaquismo siendo esto benéfico para los estudiantes y profesionales de odontología ya que un paciente sano psicológica y sistémicamente va a evitar retrasos e imprevistos en la realización de la práctica.

Tomar esta monografía como base para realizar un estudio acerca de la aplicación de la terapia conductual en la odontología.

BIBLIOGRAFÍA

BECOÑA E., Galego. El tabaco y su abandono. Santiago de Compostela: Arco, 1988. 306 p.

CABALLO, Vicente E. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. 2 ed. Madrid: Ed. Siglo XXI, 1993. 971 p.

CORMIER, William H. Sherilyn. Estrategias de entrevistas para terapeutas. 3 ed. California: Descleé de Brouwer, 1994. 801 p.

CURRO, F.A. Evaluación de las características fisiológicas y clínicas del dolor crónico. Madrid: Pirámide, 1987. 653 p.

DAY, Robert A. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Publicación científica No. 526. Washington, 1990. 316 p.

ERWIN, E. Terapia de conducta. Madrid: Pirámide, 1985. 501 p.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío. Evaluación conductual hoy. Madrid: Pirámide, 1994. 791 p.

----- . Evaluación conductual metodológica y aplicaciones. 3 ed. Madrid: Pirámide, 1986. 794 p.

FERNÁNDEZ PARRA, Antonio; GIL ROALES-NIETO, Jesús. Odontología conductual. Barcelona: Martínez Roca, 1994. 207 p.

----- . Aplicación en el aula de un programa conductual para mejorar el comportamiento de cepillado dental en casa. Odontología conductual. En: Revista de investigación educativa. 1990. 8-35 - 48 p.

KAZDIN, A.E. Modificación de la conducta y sus aplicaciones practicas. México: El Manual Moderno, 1978. 307 p.

SHEAFER, Richard L.; et. al. Elementos de muestreo. México: Iberoamericana, 1986. 58 p.

Fobia dental. Disponible en: www.odontología.com

Odontología conductual. Disponible en: www.odontosearch.com

Tratamiento dental del paciente fóbico. Disponible en: www.odontología.com