

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS



TRABAJO INTEGRADOR FINAL PARA OBTENER TÍTULO DE
GRADO DE LA CARRERA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**TÉCNICAS DE ABORDAJE DEL MIEDO
EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

MABEL DEL MÉDICO

Dirigido por

Mg. Ps. RAQUEL GIOFFREDO

AÑO 2016

mabeldelmedico@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

A quienes me acompañaron en este proyecto, que permaneció postergado durante largo tiempo.

A mi docente, Ps. Raúl Gómez Alonso, con quien confirmé una vez más, que la manifestación de la pasión no necesita muchos más despliegues que una sonrisa tranquilizadora; y al Ps. Sebastián Gabini, siempre diligente y dispuesto.

A mi directora, Ps. Raquel Gioffredo, por su disposición, su empuje, su tiempo y sus siempre respetuosas apreciaciones.

Y a los docentes que han acompañado mi paso por esta Universidad, porque de algunos de ellos, me llevo mucho más que contenidos y propuestas académicas.

RESUMEN

El presente trabajo indaga acerca de las técnicas de abordaje del miedo desencadenado en los pacientes ante la atención odontológica, utilizadas en la práctica clínica de los odontólogos asociados a la Asociación Odontológica del Departamento Constitución, Provincia de Santa Fe, Argentina. Se planteó como objetivo identificar y analizar el sustento teórico que las sostiene, a partir de la concepción de miedo en que se fundamentan. Para ello, se trabajó con una muestra no probabilística, accidental, por conveniencia, de siete odontólogos con domicilio laboral en la ciudad de Villa Constitución. Se trabajó con entrevistas semiestructuradas diseñadas para tal fin y organizada en seis ejes temáticos. Los resultados obtenidos dan cuenta del uso de técnicas basadas en una concepción de miedo aprendido, acorde a los postulados conductistas. Proporcionar información detallada de los procedimientos, se señala como la técnica más utilizada, dado que estructura cognitivamente la experiencia consciente y la hace familiar y esperable, disminuyendo así los efectos del miedo de los pacientes en ocasión de la intervención odontológica. Además, se revela también una tendencia a disociar la zona oral de su valor psíquico, haciendo caso omiso del significado de la boca como primera zona erógena constitutiva de la conjunción yo cuerpo - yo psíquico.

INDICE

1. Introducción	5
2. Planteamiento del problema.....	7
3. Objetivos	7
3.1- General.....	7
3.2- Específicos.....	7
4. Estado del Arte.....	8
5. Marco Teórico.....	12
5.1- Algunos desarrollos teóricos.....	12
5.1.1- Psicoanálisis.....	12
5.1.1.1- Sigmund Freud.....	12
5.1.1.2- Françoise Doltó.....	22
5.1.1.3- René Spitz.....	26
5.1.2- Conductismo.....	29
5.2- Miedo. Concepciones.....	32
5.2.1- El miedo como obstáculo.....	33
5.3- Estrategias de abordaje del miedo.....	34
6. Marco metodológico.....	36
6.1- Tipo de investigación.....	36
6.2- Definición de variables.....	36
6.3- Unidad de análisis.....	36
6.4- Técnicas, Instrumentos y Procedimientos.....	37
6.5- Área de estudio.....	38
6.6- Consideraciones éticas.....	38
7. Análisis e interpretación de datos.....	39
8. Conclusiones.....	60
9. Bibliografía.....	64
10. Anexos.....	67

1. INTRODUCCIÓN

El “miedo al dentista” es compartido por un gran porcentaje de la población. Se estima que entre el 15 y el 20 % de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir a la consulta odontológica. (Magda Lima Álvarez, 2006). El mismo se caracteriza por lo agónico de las sensaciones que provoca y por la urgencia, a veces, de enfrentarlo sin contemplaciones posibles. Su evitación colabora en gran medida al deterioro inexorable de la salud bucodental.

El miedo es una emoción ancestral que ha colaborado en la tarea de la preservación filogenética de la especie humana. Es un mecanismo arcaico de supervivencia que permite la evaluación de un riesgo, una amenaza, y que desencadena en el sujeto la respuesta a adoptar: paralización, enfrentamiento, huida. A este respecto, Freud hace una diferenciación entre miedo y angustia: “La *angustia* constituye un estado semejante al de la expectación del peligro y preparación para el mismo, aunque nos sea desconocido. El *miedo* reclama un objeto determinado que nos lo inspire.” (Freud S. , 2013, pág. 2510)

Mientras que, Antonio Damasio (2011) señala que el miedo es un estímulo capaz de desencadenar una reacción automática que comienza en el cerebro, pero que, delineando el mecanismo lo que llama *emoción*, luego se refleja en el cuerpo. Es a partir de ahí donde se tiene la posibilidad de darle sentido a esta experiencia, otorgándole una significación particular que diseñará una instancia más prolongada en el tiempo, que es el *sentimiento*. (Damasio, 2011)

La sintomatología relacionada con la vivencia emocional despliega diversos recursos del sistema neurovegetativo “es decir, aumento del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, dilatación de la pupila, aumento del flujo sanguíneo hacia los músculos, intensificación de la respiración...” (Pinel, 2010, pág. 480). Por ende, este es un padecimiento que hace que los pacientes vean limitadas sus posibilidades de ejercer un diligente cuidado de su salud bucodental y de impedir que la frustración gane espacio, sintiéndose disminuido a la hora de manejar sus emociones.

Con respecto a las causas que lo determinan, algunos estudiosos de diferentes regiones han identificado sus antecedentes (Yanett Casanova Rivero, 2006). De esta manera, los miedos han sido relacionados con edades, condiciones sociales y niveles de instrucción. Entre las causas más recurrentes, las experiencias negativas anteriores y el sonido del torno en acción, son dos aversiones referidas. También se ha determinado como causal la construcción de imaginarios transmitidos transgeneracionalmente, modelos de conducta familiar o del entorno, patrones de respuesta ante el miedo. (Cruz, 2008).

Asimismo, se han propuesto diferentes procedimientos que permitan afrontar esta afección, la mayoría, inherentes a la relajación y a la disminución de los síntomas fisiológicos que se manifiestan una y otra vez ante el intento de enfrentar la consulta al estomatólogo.

Algunos de ellos tienen que ver con el uso de técnicas de distracción para descentralizar el foco de la atención y desplazarlo desde la experiencia terapéutica, hacia diferentes opciones que van desde realidad virtual, la experiencia musical, hasta una conversación animada e interesante simultánea a las diferentes prácticas. (Marcano, 2007). Mientras que otros, centran las posibilidades de éxito en el sostén cognitivo del paciente logrado mediante la detallada explicación de los mecanismos de la intervención y la licencia para una exhaustiva exploración del instrumental a utilizar. Algunos profesionales confían en que el establecimiento de un vínculo afectivo importante con el paciente, hará la tarea. (Vázquez Campos & Montes de Campos, 2013).

Si bien estas técnicas son exitosas en algunos casos, en muchos otros, la imposibilidad de afrontamiento a la que se ve sometido el paciente a pesar de ellas, sigue siendo fuente de frustración y sobrecarga emocional. Hoy en día la ciencia admite la determinación multifactorial y compleja de esta afección, combinando “causas biológicas, psicológicas, comportamentales, genéticas y adquiridas.” (Cía, 1999, pág. 84). Es por esto que las técnicas que se pongan en práctica para minimizar los efectos perniciosos del miedo desmedido de los pacientes a la práctica odontológica, deberá tener sustentos teóricos múltiples para permitir un abordaje múltiple.

En la mayoría de los casos, los pacientes que sufren el miedo al dentista, adoptan conductas evitativas que los sumen en un estado bucodental muy deteriorado, con necesidad de rápida intervención.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es en este sentido, el de la necesidad de un abordaje desde el paradigma de la complejidad, que se hace necesaria una mirada que recorra las técnicas que se ponen en práctica actualmente, para reconocer en qué teorías se sustentan, e indagar en ellas acerca de la concepción de *miedo* en que se apoyan. Deberán ser identificadas las diferentes concepciones de este fenómeno que están contempladas en el abanico de estrategias de afrontamiento ofrecidas. Esto aportaría datos significativos a la hora de diseñar nuevas propuestas de abordaje del problema del “miedo de los pacientes al dentista”, y podría poner en relieve –también– la necesidad de la intervención de la disciplina psicológica en la consulta estomatológica.

Como eje guía de este trabajo, se situó la siguiente pregunta: **¿Qué estrategias de abordaje del miedo de los pacientes a la práctica odontológica, ponen en práctica actualmente los odontólogos, y qué concepción de *miedo* sustenta a cada una de ellas?**

3. OBJETIVOS

3.1- General:

Describir las estrategias de abordaje del miedo de los pacientes al tratamiento estomatológico que practican los odontólogos de la ciudad de Villa Constitución, vinculándolas a la concepción de miedo en que se sustentan.

3.2- Específicos:

- Analizar cuáles son las técnicas utilizadas en la práctica clínica por los profesionales Odontólogos.
- Identificar sobre qué teorías psicológicas se sustenta cada una de ellas.
- Reconocer en qué concepción de *miedo* se apoyan.

4. ESTADO DEL ARTE

Si bien la cuestión del miedo de pacientes a la consulta y al tratamiento odontológico ha sido tema de preocupación científica durante los últimos años, la mayoría de las investigaciones se han focalizado en señalar la incidencia de este factor en la salud bucal de la población, su prevalencia epidemiológica, en precisar las causas que lo determinan y describir los mecanismos que lo explican. Pocas, y más recientes, son las que incluyen técnicas de afrontamiento ya sea para su descripción o para medir su eficacia.

Así, por ejemplo, por una investigación que analiza los fenómenos psicológicos relacionados con el estado de salud bucal, realizada en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba, sabemos que “al relacionar el diagnóstico estomatológico con la percepción de riesgo de enfermedad bucal la mayoría de los pacientes percibían éste, pero no eran capaces de acudir al odontólogo para recibir tratamiento.” (Magda Lima Álvarez, 2006, pág. 1)

Paloma Pérez Prieto, en el año 2011, en su tesis doctoral, hace un recorrido extenso de publicaciones relacionadas con la ansiedad y el miedo dental desde 1954 hasta el año anterior a la publicación de su tesis. En su gran mayoría las citas nos muestran estudios inherentes a la prevalencia de esta afección, a la descripción demográfica de los que la padecen (encontrándose mayores niveles de ansiedad en mujeres, y una disminución progresiva a medida que se avanza en edad) y a la descripción de sus causas en diferentes partes del mundo. (Prieto, 2011) Para Locker, Slade y Murray “la importancia de un diagnóstico de ansiedad dental lo más concreto posible radica en la aplicación de medidas concretas para cada sujeto o en algunos casos de la necesaria ayuda e intervención de especialistas en psicología.” (Locker et al., 1998 en Prieto, 2011)

En su extenso recorrido, Pérez Prieto sólo menciona un trabajo, realizado en 1993 por Hackeberg, referido a medidas para afrontar este problema. Específicamente, se refiere a los efectos a largo plazo de tratamientos en una Clínica especializada en miedos dentales en Suecia.

“Los tratamientos posibles eran terapia conductual, premedicación con benzodiazepinas o tratamiento bajo anestesia general. El autor encontró al revisar la evolución de los pacientes diez años más tarde, que los niveles de ansiedad dental habían disminuido en

el grupo de los pacientes que recibieron terapia conductual y cuya conducta de evitación al tratamiento se había modificado de forma que ahora acudían al dentista con regularidad, frente al grupo de pacientes tratados con anestesia general que eran los que peor estado de salud bucodental tenían y que seguían exhibiendo conductas de evitación. Por tanto para los autores de este estudio la terapia conductual había sido capaz de romper el círculo vicioso que se crea entre miedo dental y evitación del tratamiento dental.” (Prieto, 2011, pág. 62)

Un estudio realizado en nuestro país en el año 2010, en la Universidad Nacional de San Luis, relaciona la fobia al tratamiento odontológico con la ansiedad y la depresión, concluyendo que habría evidencias de que al aumentar el nivel fóbico hacia el odontólogo, podría incrementarse la prevalencia de síntomas depresivos. Y destacan la posibilidad de lograr un abordaje que integre el trabajo de la psicología con el odontológico, para mejorar la calidad de tratamientos en este ámbito. (Krahn, García, Gómez, & Astié, 2011)

Un artículo de Mohammad Sharif (2010), propone adaptar el tratamiento de la ansiedad dental al caso particular de cada paciente. Plantea además un derrotero lógico que va desde los afrontamientos no farmacológicos (relación médico-paciente, manejo conductual), el control del dolor por medio de la anestesia local, hasta instancias más invasivas de índole farmacológica (sedación, sedación profunda o anestesia general). (Sharif, 2010).

Rojas Alcayaga, Harwardt Montalva, Sassenfeld Jonquera, Molina Muñoz, Herrera Ronda, Ríos Erazo, Misrachi Launert (2010) plantearon como objetivo determinar la eficacia de las estrategias de *percepción del control*, y la de *relajación* en la disminución de la ansiedad dental. La primera de ellas tiene que ver con acercarle al paciente la certeza de que el procedimiento puede ser detenido cuando él lo desee. La segunda, ampliamente practicada, también ha aportado efectos beneficiosos. La más utilizada es la técnica de relajación progresiva de Jacobson. Sus conclusiones señalan “que la estrategia de percepción de control de estímulos es más eficaz que las técnicas de relajación y el mero trato empático en la reducción de la ansiedad durante la atención dental”. (Rojas Alcayaga et als., 2011, pág 6)

Un trabajo argentino del año 2012 realizado por un equipo investigador de la Universidad de Cuyo, tuvo un alcance algo más extenso en el sentido de la pregunta de investigación objeto de este trabajo: en el intento de generar una nueva escala de

medición del miedo de los pacientes al dentista, incluyó también la pregunta por las alternativas propuestas por los pacientes a cerca de cuáles serían las estrategias consideradas más eficaces a la hora del afrontamiento. Los resultados fueron que el 79 por ciento de los pacientes afirmó que su miedo se relacionaba con el contagio de enfermedades, el temor a que el odontólogo no se cambie los guantes y a cuestiones de higiene. El 95 por ciento de los encuestados sugirió que se les informe qué van a sentir y qué les van a hacer. También manifestaron que les gustaría ser tratados suavemente. (UNLaM, 2012)

En la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, en un trabajo realizado en 2012, se menciona la opción de la hipnosis como viable para posibilitar el tratamiento de la ansiedad odontológica, pero sin estudios concluyentes que pudieran dar cuenta de la efectividad del procedimiento. (Al-Harasi S., en Ríos Erazo M, 2014)

En este mismo artículo, se recorren diferentes opciones favorecedoras del equilibrio emocional a la hora del tratamiento dental. Así, se cita a Bare y Dundes (2004), quienes sondearon entre pacientes las alternativas posiblemente tranquilizadoras para la consulta. Se concluyó que un 89% de los pacientes consideraba la música un elemento favorecedor de la relajación, y que un 75% señalaba que la posibilidad de contar con libros y revistas en la sala de espera favorecía la disminución de la ansiedad dental. (Bare y Dundes 2004, en Ríos Erazo, 2014)

Se mencionan además otras técnicas presentadas por otros artículos: la *relajación*, como posibilitadora de una distensión tanto psíquica como muscular y facilitadora de la recuperación y el equilibrio. (Rojas et al. 2010; en Ríos Erazo 2014). Y la *distracción*, es decir, la focalización de la atención del paciente apartada de los puntos críticos de sufrimiento, dado que “según la teoría del control del dolor, los receptores de dolor actúan en conjunto para enviar señales de sufrimiento al cerebro. Por lo tanto, distractores como la música, pueden bloquear ciertas vías de dolor y disminuir el dolor percibido.” (Lahman et al. 2008; en Ríos Erazo 2014)

Este trabajo concluye que “Todo profesional debe abordar de manera integral al paciente, lo que necesariamente implica conocer las variables psicosociales en juego al momento de trabajar con personas, las cuales no deben ser excluidas cuando se trata de tratamientos odontológicos.” (Ríos Erazo M., 2014)

Todo este acercamiento al campo del problema del miedo de los pacientes al tratamiento odontológico ha permitido establecer la entidad del trastorno, su gravedad y la necesidad del planteo de acciones paliativas que permitan minimizar sus efectos y favorezcan, como consecuencia, a la disminución del sufrimiento humano, por un lado, y al mejoramiento de la salud bucal de la población, por el otro.

Ahora bien, una vez establecido lo anterior, y habiendo transcurrido algunos años desde las primeras conclusiones teóricas a cerca del tema, se hace necesario el sondeo en el campo que nos permita ubicarnos a cerca de las prácticas que en este momento se están llevando adelante, tendientes, por un lado, a la atenuación de los efectos del miedo dental en los pacientes, y/o, en el mejor de los casos, a su supresión.

5. MARCO TEÓRICO

Para organizar el material teórico que otorgue marco a este trabajo, serán visitadas las nociones presentadas por diferentes autores y miradas a cerca de la importancia de la boca en la formación del ser humano, y su influencia en las conductas actuales que la involucren, por un lado. Por otro lado, se revisarán concepciones de miedo, propuestas por las teorías psicoanalítica y conductista. Por último, se hará una aproximación conceptual a cerca de la noción de estrategias de abordaje del miedo.

5.1 - ALGUNOS DESARROLLOS TEÓRICOS

5.1.1- PSICOANÁLISIS

5.1.1.1- SIGMUND FREUD

Freud nace en Freiberg, Moravia (en el entonces Imperio Austrohúngaro, actual República Checa), en 1856. Vivió casi toda su vida en Viena. Fue médico neurólogo, con un extenso recorrido en investigaciones a cerca de las afecciones psíquicas de los seres humanos, a partir de las cuales teorizó profusamente. En París, estudió con el Psiquiatra Charcot en la clínica de La Sapetrière. De vuelta en Viena, practicó la hipnosis para la cura de las enfermedades nerviosas, en colaboración con Breuer, con quien publicó en 1895, su obra “Estudios sobre la histeria”. Allí expuso el concepto central de su producción teórica: el de **inconsciente**.

[El inconsciente está] constituido por contenidos reprimidos a los que ha sido rehusado el acceso al sistema preconciente-conciente por la acción de la represión... Sus contenidos son representantes de las pulsiones; estos contenidos están regidos por los mecanismos específicos del proceso primario, especialmente la condensación y el desplazamiento; fuertemente catectizados de energía pulsional, buscan retornar a la consciencia y a la acción (retorno de lo reprimido; pero sólo tienen acceso al sistema preconciente-conciente, después de haber sido sometidos a las deformaciones de la censura. (J. Laplanche, 1981, pág. 193)

Imposible comprender la complejidad del concepto de inconsciente sin su articulación teórica con el de **pulsión**.

Se sabe que la pulsión (Trieb) es en Freud la presión cuyo fin es suprimir un estado de presión que aparece en la fuente somática por medio de un objeto. Por tanto, conviene representársela como una excitación interna, lo cual dispensa de colocar en la idea freudiana de pulsión la idea de actividad exuberante asociada con el término vecino de instinto [...] En efecto, comprendamos bien que la pulsión no es en Freud la manifestación activa y positiva por medio de un instinto concebido como principio: es mucho más modestamente, un disturbio económico, insatisfacción que se notifica como por superar. (Assoun, 1982, pág. 182)

Su trabajo, no sólo describe las leyes que rigen el funcionamiento psíquico, sino que también diseña la práctica terapéutica llamada Psicoanálisis que ganó numerosos adeptos y detractores a lo largo de su más de un siglo de historia.

Propone un modelo de aparato psíquico que les da marco y sustento no sólo a estas afecciones, algunas tratadas en términos de patologías, sino también a la conducta humana en general, sus motivaciones y fundamentos.

En “La interpretación de los sueños” (1900), capítulo VII, Freud hace una descripción tópica del psiquismo compuesta por tres instancias: *consciente*, *preconsciente*, cuyos contenidos poseen posibilidades de acceso a la conciencia, e *inconsciente*, cuyos contenidos tienen negado el acceso a la instancia consciente, pero a la que finalmente acceden a modo de formaciones de compromiso. Estas formaciones son intentos de afloramiento de esos contenidos que por haber resultado por algún motivo, inaceptables para la conciencia y haber operado como fuente de conflicto con ésta, fueron reprimidos y pasaron a formar parte del inconsciente.

Contando con el empuje de la energía pulsional que conservan, afloran deformados a modo de defensa para satisfacer las necesidades de la descarga de esa energía sin desatender las exigencias de la conciencia. Estamos hablando de síntomas neuróticos, sueños, chistes, lapsus del lenguaje, actos fallidos.

Más avanzada su obra, hace una descripción estructural que complementa la anterior. Describió allí al aparato psíquico como formado por otras tres instancias entre las que se plantean conflictos de fuerzas y tendencias: el yo, el ello y el superyó.

En Freud la pulsión de muerte tiende a la reducción a cero de la excitación, a retornar al ser vivo a lo inorgánico (Freud S. , 2013), ésta se dirige primeramente hacia adentro y

tiende a la autodestrucción; luego se dirige al exterior en forma agresiva o destructiva. (Freud S. , Más allá del principio del placer , 2013)

Su trabajo se funda en la idea de la existencia de la sexualidad infantil como operadora activa de la configuración final del aparato psíquico del ser humano. Postula que se origina en algunas de las funciones fisiológicas de mayor importancia vital. Que es autoerótica y su fin sexual se halla bajo el dominio de una zona erógena. En un principio la satisfacción de la zona erógena aparece asociada con la del hambre. La actividad sexual se apoya primeramente en una de las funciones al servicio de la conservación de la vida, pero luego se hace independiente de ella. La necesidad de volver a hallar la satisfacción sexual se separa de la necesidad de satisfacer el apetito. Señala Freud (1905) que de la primeras relaciones sexuales en la época de la lactancia queda gran parte como resto, después de disociada la actividad sexual de la nutricia. Este resto será el que organice la posterior elección de objeto exterior, y oriente la búsqueda en torno a la intención de volver a constituir la felicidad perdida. (Freud, 2013)

La asistencia de la madre constituye para el niño una importante fuente de excitación sexual. La madre despierta con su ternura el instinto sexual de su hijo. Y es a partir de esa satisfacción experimentada en los inicios de la vida, que quedará la necesidad de repetirla, reencontrarla, reconstruirla.

Sigmund Freud describe el proceso de configuración del psiquismo, poniendo el acento en las diferentes localizaciones por las que transita la pulsión sexual a través del desarrollo del niño, desde estas experiencias tempranas, hasta el afloramiento de la genitalidad puberal, en tiempos de la adolescencia.

Abre así un gran camino teórico a cerca de las diferentes alternativas pensables en ese recorrido de la energía originada en la excitación sexual a lo largo de lo que Freud llamó *desarrollo libidinal*. “Libido significa, en el psicoanálisis, primeramente, la energía (concebida como cuantitativamente variable y mensurable) de los instintos sexuales orientados hacia un objeto (en el sentido ampliado por la teoría analítica).” (Freud S. , Esquema del Psicoanálisis, 2013)

Describe la posibilidad de desarrollos no lineales de la libido, donde determinados puntos de su curso se ven afectados por circunstancias particulares. Su trabajo se basa en demostrar cómo eso delinearán ciertas características que acompañarán al sujeto en su vida adulta. Por lo cual, en un tratamiento estomatológico, podría verse comprometido este perfil del proceso de desarrollo libidinal.

En toda tendencia sexual puede, a nuestro juicio, darse el caso de que alguno de los elementos que la componen permanezca estancado en fases evolutivas anteriores, cuando otros han alcanzado ya el fin propuesto. Claro es que concebimos cada una de estas tendencias como una corriente que avanza sin interrupción desde el comienzo de la vida [...] Me limitaré, pues, a indicaros que tal estancamiento de una tendencia parcial en una temprana fase del desarrollo es lo que hemos convenido en denominar técnicamente *fijación*. (Freud S. , Conferencia XXII, 2013)

Fases del desarrollo libidinal

Conforme a esta teoría, el niño atraviesa cinco fases diferentes en su desarrollo psicosexual. Cada una de ellas asociada a una zona corporal diferente, convertida en fuente de sus pulsiones, en la que concentra la mayor parte de su libido.

La primera de esas etapas es la **FASE ORAL**. Es la que va a dar sustento teórico específico al tema motivo de este trabajo, dado que sitúa a la boca humana, como el espacio que inaugura la vida relacional del niño con el mundo, con los otros y consigo mismo.

El bebé nace en absoluto estado de indefensión y dependencia de un Otro para la vida, y para su constitución como algo más que un ser vivo. Desvalimiento es una palabra del lenguaje común que adquiere un sentido específico en la teoría freudiana, y tiene que ver con el hallarse absolutamente impotente para ejecutar acciones adecuadas para poner fin a tensiones internas. Para el adulto, este desvalimiento constituye el prototipo de la situación traumática generadora de angustia.

Leyendo a Freud se infiere que para que de una criatura humana derive un Sujeto autónomo, capaz de relacionarse con otros en el marco de normas establecidas en su medio, deberá establecerse algún tipo de vínculo con quienes lo reciban al nacer, lo incluyan en una historia, le brinden los primeros contactos y depositen sobre él sus expectativas, determinadas éstas, a su vez, por sus propias experiencias con la vida.

Es así como al nacer, el bebé es introducido en el derrotero que lo convertirá, o no, en un ser social, a través de la función nutricia localizada en la cavidad bucal. “La primera actividad del niño y la de más importancia vital para él, la succión del pecho de la madre (o de sus subrogados) le ha hecho conocer, apenas nacido, este placer.” (Freud, 2013, pág. 1200)

Será en la zona oral donde se concentrarán las energías provenientes del estímulo que la función alimentaria genere en principio. Paulatinamente la estimulación sobre esa zona se independizará de la exclusividad de la nutrición y se vinculará a la búsqueda activa de cierto monto de placer experimentado a partir de ella. Esto será lo que constituya a este sector del cuerpo en *zona erógena*. “De la excitación sensorial adecuada de estas zonas, surge la satisfacción” (Freud, 2013)

La succión refleja con que se nace, junto a la oferta alimentaria materna, abren paso al espacio de la satisfacción, que se hará autoerótica y será observable en el chupeteo de alguna parte de su propio cuerpo, marcando la autonomía de la satisfacción libidinal con respecto a aquellas primeras experiencias vinculadas a la nutrición.

En el acto de la succión productora de placer hemos podido observar los rasgos esenciales de una manifestación sexual infantil. Esta se origina apoyada en alguna de las funciones fisiológicas de más importancia vital, no conoce ningún objeto sexual, es autoerótica, y su fin sexual se halla bajo el dominio de una zona erógena. (Freud S. , Tres ensayos para una teoría sexual, 2013, pág. 1200)

A partir del contacto directo del bebé con la madre, se generará una relación que irá más allá de sus cuidados y la alimentación, y que recurrentemente tenderá a repetir lo que Freud llama *vivencia de satisfacción*: experiencia vivida gracias a la intervención de la madre al poner fin a la tensión devenida del interior del niño. La imagen de quien satisface adquiere entonces un valor primordial en la constitución del deseo del sujeto. Podrá ser reinvestida en caso de ausencia del objeto real (satisfacción alucinatoria del deseo), y guiará constantemente la búsqueda ulterior del objeto que satisface.

Esta relación, de índole amorosa, estará atravesada por las significaciones que parten del encuentro nutricional “comer – ser comido”. Freud no limita su mirada a la generación de una zona erógena, sino que señala al mismo tiempo, un tipo de vinculación en el que el fin es la *incorporación*. “Con respecto a la zona bucal hemos visto ya que el dispositivo que llena esta función es la simultánea conexión entre esta parte del cuerpo con la ingestión de alimentos” (Freud, 2013, pág. 1201)

Por eso también denomina a esta fase “canibalística”, asociando este concepto a ciertas prácticas de algunos pueblos primitivos, en cuya descripción señala: “...al ingerir las partes del cuerpo de una persona en el acto de devorarla, uno se apropia también de las cualidades que habían pertenecido a dicha persona” (Freud S. , Totem y Tabú, 2013)

Esta descripción pensada en la etapa infantil de la lactancia, aproxima las ideas de unión libidinal con el objeto madre a la de agresión, incorporación devoradora y apropiación de sus cualidades. “El concepto de canibalístico connota las íntimas relaciones existentes entre relación de objeto oral y los primeros modos de identificación.” (J. Laplanche, 1981, pág. 49)

Freud inscribe en la biología del cuerpo su concepción de pulsión de muerte, que acompaña a toda pulsión de vida, y la vincula a partir de la visión canibalística de la oralidad, con la aparición de los dientes. Ligada al acto de morder, la tendencia destructiva ensamblada a su opuesta proveedora de placer, da lugar a la aparición del concepto de ambivalencia, que sitúa la relación amor-odio respecto de un mismo objeto. Esta fase, de relevancia superlativa, es el puerto de anclaje de posteriores miedos y angustias característicos, por ejemplo, el deseo o el temor a ser devorado.

La segunda fase de la evolución libidinal, o **FASE ANAL**, también se desarrolla conjugando la sexualidad con otra función fisiológica. Hallamos aquí una organización de la libido bajo el reinado de la zona anal como zona erógena. Desde allí la actividad relacionada a sus funciones anatómicas, tendrá el carácter expulsivo o retentivo, simbolizando un tipo de relación de objeto. La materia fecal adquirirá el valor simbólico de lo que es propio, lo que le pertenece, y con lo que se puede castigar o premiar al objeto de amor, dando o privando. “El niño considera los excrementos como una parte de su cuerpo, y les da la significación de un *primer regalo*, con el cual puede mostrar su docilidad a las personas que le rodean o su negativa a complacerlas” (Freud, 2013, pág. 1203)

El niño, en su actitud de expeler las heces, o de retenerlas, no se priva de la búsqueda de placer accesorio a esta función.

Freud describe en su artículo “El carácter y el erotismo anal” la relación que ha hallado a partir de sus investigaciones en la clínica, entre determinados rasgos caracterológicos del paciente y la presencia de “signos de acentuación erógena en la zona anal” (Freud S. , 2013, pág. 1354) Y concluye:

De todos modos, podemos establecer para la constitución definitiva del carácter, producto de los instintos parciales, la siguiente fórmula: los rasgos permanentes del carácter son continuaciones invariadas de los instintos primitivos, sublimaciones de los mismos o reacciones contra ellos. (Freud S. , 2013, pág. 1357)

A este período, le sigue otro de **LATENCIA**, donde lo que prevalece es la suspensión de las acciones en pos de una búsqueda activa de la obtención de placer de índole sexual. Es en esta fase, donde los efectos de la cultura y la normativa social se imponen con la fuerza de la prohibición. Habrá, además, un condicionamiento biológico relativo a la inmadurez orgánica que la determine.

“Durante este período de latencia, total o simplemente parcial, se constituyen los poderes anímicos que luego se oponen al instinto sexual y lo canalizan, marcándole su curso a manera de un dique.” (Freud, 2013, pág. 1198)

Es en este momento que aparecen en el niño el asco, la vergüenza, que moderan ciertas prácticas irrestrictas que venían caracterizando su conducta anterior.

Finalmente, la **FASE GENITAL** comienza junto con el afloramiento de la madurez orgánica del sistema reproductor en la pubertad. Es allí cuando la genitalidad, que antes no encontraba eco en un cuerpo infantil, aflora desde lo psíquico como respuesta a cambios biológicos que comienzan a permitirle su expresión.

El instinto sexual, hasta ahora predominantemente autoerótico, encuentra por fin el objeto sexual. Hasta este momento actuaba partiendo de instintos aislados y de zonas erógenas que, independientemente unas de otras buscaban como único fin sexual determinado placer. Ahora aparece un nuevo fin sexual a cuya consecución tienden todos los instintos parciales, al tiempo que las zonas erógenas se subordinan a la primacía de la zona genital. (Freud, 2013, pág. 1216)

Noción de cuerpo en Freud.

Es en función del desarrollo libidinal que podemos leer la construcción del cuerpo freudiano. Plantea un cuerpo en principio fragmentado a través del recorrido de la pulsión parcial, deviniendo así un cuerpo segmentado. Por lo cual, la significatividad de las partes del cuerpo estará vinculada a la erogenezación que de él se haga, y su consecuente unificación en una instancia más allá de la física material, pero apoyada en ésta. Este recorrido tiene que ver con hacer existir el cuerpo poco a poco e ir formando una identidad a partir de la simbolización de las experiencias adquiridas en las relaciones con otros que frustran o permiten el placer corporal.

Ya desde su “Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas”, Freud diferencia la instancia responsable de la afección histérica, del cuerpo biológico, y dice que “la histeria se comporta en sus parálisis y demás manifestaciones como si la

anatomía no existiese o como si no tuviese ningún conocimiento de ella.” (Freud S. , 2013, pág. 19). Habla de un cuerpo cuyos efectos se alejan de la lógica neurológica, y que pone en juego energías de otra naturaleza. Introduce cuestiones afectivas articuladas con palabras como determinantes de parálisis que no provienen de lesiones orgánicas. Intenta demostrar que la parte del cuerpo paralizada quedará libre cuando se libere la afectividad ligada a ella. Nos muestra un cuerpo tomado por las representaciones que se tengan de él. El cuerpo es presentado como vehículo del discurso inconsciente.

Señala en “Psicoterapia. Tratamiento por el espíritu.” (1905), que, a pesar de la resistencia de la ciencia médica admitir cierta autonomía de las cuestiones psíquicas y su temor de poner en peligro por ello, el edificio científico,

“se vieron [los médicos] ante el problema de estudiar la naturaleza y el origen de las manifestaciones morbosas [...] Al abordarlo, se descubrió que, por lo menos en una parte de ellos, los signos clínicos tienen por único origen una influencia alterada de su vida psíquica sobre su organismo, o sea que la causa directa del trastorno, ha de buscarse en el psiquismo.” (Freud S. , 2013, pág. 1016)

En “Tres Ensayos para una Teoría sexual”, Freud presenta un cuerpo material que gracias a las primeras vivencias de satisfacción, produce un resto. Esa materialidad somática va perdiendo su exclusividad a medida que se construye el cuerpo erógeno producto de aquellas vivencias. (Freud S. , 2013)

En “Introducción al narcisismo” presenta al cuerpo como receptáculo o continente del monto libidinal que el ser vivo repliega sobre sí (narcisismo primario) y que desplegará y proyectará luego en las relaciones objetales (narcisismo secundario), cuando la carga de esa energía se convierta en excesiva para sí mismo.

En “Pulsiones y sus destinos” (Freud S. , 2013) habla de un cuerpo pulsional, donde la pulsión actúa siempre como fuerza constante desde el interior del cuerpo. El cuerpo aquí es libidinal. Propone la división de pulsiones del yo o de autoconservación, por un lado, y las sexuales, por el otro. Como ya se dijo, la pulsión nace apoyada en aquellas partes del cuerpo que cumplen una función biológica, cualquier parte de la piel o de las mucosas, tiene cierto valor sexual dado que son zonas de intercambio en los cuidados ajenos. El cuerpo pulsional va deviniendo en cuerpo erógeno a partir de esos cuidados. (Freud S. , 2013)

En “Psicología de las masas y análisis del yo” presenta un cuerpo construido a partir de la progresiva constitución del yo, como producto de las diferentes identificaciones que van dando curso a una individuación apoyada en los rasgos de otros. (Freud S. , 2013)

Discurre también sobre el cuerpo como materia finita, en “El malestar en la cultura”. El hombre no puede intervenir en las vicisitudes de la existencia tales como el deterioro inexorable del cuerpo por el paso del tiempo, su condición de posible huésped de virus y bacterias, la realidad de enfrentarse ante la muerte. (Freud S. , 2013)

Se puede decir que el cuerpo freudiano es, finalmente, el resultado del sometimiento del organismo con que se nace, al proceso de construcción subjetiva determinado por su introducción al lenguaje, al mundo simbólico a través de sus vehículos afectivos.

La transferencia

Transferir según la R.A.E, significa “pasar o llevar algo de un lugar a otro.” (R.A.E., 2001). El concepto de transferencia en psicoanálisis remite al tipo de vinculación que se establece entre el paciente y el analista, pero esta noción no se limita al ámbito del dispositivo analítico. Como ya quedó dicho, la relación vincular parental temprana, y las vicisitudes afectivas que ésta conlleva, oficiarán de modelo vincular ulterior que será repetido en otras relaciones que establezca el sujeto. A los fines de esta reiteración, las modalidades de enlace afectivo familiares para él, serán transferidas sobre las personas con las cuales se vaya ligando en el transcurso de su vida.

[Transferencia] Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y de un modo especial dentro de la relación analítica .Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de realidad. (J. Laplanche, 1981)

Desde la clínica se considerará positiva la transferencia cuando el sujeto reviste al otro de autoridad, lo coloca en un lugar de saber, lo que dará lugar a la aceptación de sus interpretaciones. El lugar del saber reedita la confianza infantil a sus padres y consigna al sujeto a un lugar de cierta subordinación.

Al principio de su desarrollo teórico, Freud, habla de la transferencia como el sustento de una disposición a la sugestionabilidad en pacientes neuróticos. Tiene que ver con una expectativa confiada, un ceder el poder para operar cambios en el sujeto. Esto no reduce al médico, analista u otra persona a la que se le haya atribuido el supuesto saber, a un

ente pasivo. Lo coloca en un lugar voluntario o no, para participar de este vínculo desde ese mismo lugar que se le otorgó. Sus jugadas tendrán efectos sugestivos que podrán ser puestos al servicio de la cura (en el caso del médico o analista), o no. Obra la sugestión en la sanación de las sociedades primitivas, en las “curas milagrosas”, y también en el acto médico. (Freud S. , 1986, págs. 121-124)

...la expectativa esperanzada y confiada es una fuerza eficaz de la que en rigor no podemos dejar de prescindir en todos nuestros ensayos de tratamiento y curación. De lo contrario serían inexplicables los curiosos efectos que observamos a raíz de la aplicación de medicamentos y terapias. (Freud S. , 1986, pág. 121)

En “Psicoterapia de la Histeria” Freud (1895) destaca la necesidad del pleno consentimiento del paciente, de su atención y, sobre todo, de su confianza, como condición indispensable para la solución del problema. Habla de una especie de entrega voluntaria, sin exigencias, que pondrá a la relación interpersonal médico-paciente en primer lugar por un tiempo, y determinará la influencia de aquél sobre éste. (Freud S. , 1913, pág. 144) Menciona más adelante que para el progreso del tratamiento es fundamental “que el médico conserve su autoridad sobre el enfermo...” (pág 153)

Junto a los motivos intelectuales en que nos apoyamos para dominar la resistencia, actúa un factor afectivo –la autoridad personal del médico- , del cual sólo muy raras veces podemos prescindir, siendo en cambio, en un gran número de casos, el único que puede acabar con la resistencia. Pero esto puede suceder en todas las ramas de la Medicina y ningún método terapéutico renuncia por completo a la colaboración de este factor. (Freud S. , 1913, pág. 155)

En ese mismo texto, señala que este vínculo de confianza, esa transferencia de afectos sobre la persona del médico, puede ser perturbada por diversos obstáculos. Estos tendrán que ver con la posibilidad de que el paciente se sienta menospreciado por el médico, o haya puesto en duda la efectividad de su intervención; o tema que ese vínculo lo reduzca a una dependencia emocional; o también, puede ser obstaculizante que crea transferir sobre el médico “representaciones displacientes” surgidas de una conexión falsa entre un deseo inconsciente y la persona del médico. (Freud S. , 1913, pág. 167)

Señala la importancia de la influencia médica en tal sentido, que considera fundamental el acto de selección de éste ante un determinado problema, dice que “...si se suprimiera la libre elección del médico, se anularía una importante condición del influjo sobre los enfermos.” (Freud S. , 1986, pág. 124)

El paciente no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa, no lo reproduce como recuerdo sino como acción; lo repite, sin saber que lo hace. La repetición es su manera de recordar.

Freud se interesa en la relación entre la compulsión a repetir con la transferencia y la resistencia. La transferencia misma es un acto de repetición del pasado olvidado, no solo sobre el médico sino sobre todos los otros ámbitos de la situación presente. (Freud S. , Recordar, repetir, reelaborar, 2013)

En “Más allá del principio de placer”, Freud (1920) destaca esta repetición del deseo de amor por el terapeuta como las repeticiones que nunca fueron placenteras y sin embargo se repiten recogiendo la misma frustración que se diera en la ocasión del requerimiento de amor edípico. (Freud S. , 2013)

Dado que el analista trabaja también con su aparato psíquico, y con su sistema representacional, no está ajeno a que el material que presente el paciente, se relacione con experiencias suyas recientes o antiguas, y puede establecer en él tanto una contratransferencia empática, positiva, cuanto una contratransferencia hostil. Dependerá de cuán claro tenga el terapeuta este funcionamiento, para que pueda tomar las decisiones adecuadas para la dirección de la cura.

Como queda explícito, la transferencia otorga al analista, al médico, o a quien sea objeto de ella, un poder del que deberá disponer éticamente.

5.1.1.2 – FRANÇOISE DOLTÓ

La existencia humana conjuga –según Françoise Doltó- dos instancias dinámicamente interrelacionadas: el esquema y la imagen corporal.

Si en principio el esquema corporal es el mismo para todos los individuos (de una misma edad o viviendo bajo el mismo clima, poco más o menos) de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación. De un tipo de relación libidinal. [...] La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales... (Doltó, 1986)

El esquema corporal coloca al hombre en orden de igualdad con el resto de la especie, identificándose una anatomía y fisiología particulares dentro del colectivo humano. Está relacionado con la materia que vehiculiza las posibilidades de desplazamiento del individuo, que le da carácter tridimensional a su presencia en el mundo. Marca el vivir carnal en contacto con el entorno físico. Tiene una existencia real que trasciende toda intencionalidad volitiva de quien lo porta. Existe independientemente del lenguaje y sus códigos simbólicos. Podemos leerlo como el límite impuesto que le pone coto a la fantasmática de los genitores y su deseo. El esquema corporal habita todas las instancias del psiquismo: es consciente, preconsciente e inconsciente.

Es sobre él donde se montará –por medio de la palabra- la historización que construya el ser viviente a partir de sus experiencias. Françoise Doltó llamará a esta construcción, imagen corporal y se constituirá en paralelo en la arquitecturación del campo libidinal y emocional, siendo por tanto de gran importancia los objetos de amor primario, la calidad de la relación con ellos y las actitudes de estos objetos para con el niño que empieza esta estructuración.

Para edificar imaginariamente una imagen corporal será condición sine qua non la presencia de otro que ofrezca al niño la completud coordinada de un esquema en el cual reflejarse, y la confirmación de ese Otro, que por medio de la palabra le asegure que ése es él. La construcción de una imagen corporal compromete las primeras vivencias, las marcas de origen que singularizan a cada sujeto, y las que finalmente se superpondrán a estas primeras. Será la síntesis de sus experiencias emocionales. Define –teniendo como soporte al esquema- la manera de cada sujeto de comunicarse con el mundo y consigo mismo. Tiene que ver con el deseo puesto en juego en cada sujeto, y con su forma de gozar (siempre particular y única).

Un niño con un esquema corporal invalidado por una falta, un niño parapléjico, por ejemplo, puede construir una imagen sana si su entorno lo acepta como es y lo introduce en el juego verbal que no niegue la limitación, pero que no deje de marcar las posibilidades que aun así, posee. El sentirse parte del intercambio sujeto a sujeto, el reconocerse en el deseo del Otro, le permitirá proyectar al niño una imagen sana de su cuerpo, “permite al sujeto integrar dichos deseos en el lenguaje a pesar de la realidad, de la invalidez de su cuerpo.” (Doltó, 1986, pág. 19)

Esto permite afirmar que la imagen corporal devendrá a partir de las experiencias propias, las familiares, la cultura, el trayecto descrito por el desarrollo libidinal particular y sus marcas, las eventualidades a las que haya sido expuesto un sujeto a lo largo de la formación de su subjetividad. Si este juego vincular de aceptación, reconocimiento y libidinización del niño con un cuerpo cercenado no se da, la imagen no podrá ser construida. “La evolución sana de este sujeto, simbolizada por una imagen del cuerpo no inválida, depende de la relación emocional de los padres con su persona.” (Doltó, 1986, pág. 19)

Obstáculos que humanizan

La construcción de la imagen corporal tiene una evolución marcada por las sucesivas experiencias de desprendimiento que obstaculizan la libre realización del deseo del sujeto. Éstas se dan desde el inicio de la vida y son las que humanizan, las que permitirán la instalación de un deseo como propio, y las que otorgan la posibilidad de autonomía.

Ya con el corte del cordón umbilical (**castración umbilical**, dirá Doltó), se inaugura una serie de cortes que permitirán la individuación del nuevo ser orientada a posibilitar el deseo propio y su autonomía física. Este corte define una prefiguración de todas las castraciones ulteriores. Es en esta primera separación donde los cambios son más radicales: hay un cambio de un medio líquido a uno aéreo; se comienza a dar uso al sistema respiratorio; la audición deja de estar amortiguada por la interioridad desde la que se ejercía; se emite el llanto, se escucha la propia voz; se instala el peso corporal; evacuaciones; nueva vía de alimentación, oralidad. Estos cambios devienen traumáticos y marcan un nuevo escenario para la vida. Esto significará también, y por efecto directo, una castración para los padres que a partir de la existencia de ese niño tal cual es, deberán abandonar fantasías e ideales a cerca del aspecto, del sexo, y de los posibles nombres que ya no tendrá. En el Registro Civil quedará inscripto sólo uno, que lo identificará como él mismo y como ciudadano con derechos y obligaciones.

Más adelante el niño deberá ser expuesto a una nueva renuncia relacionada con el destete que Doltó llamará **castración oral**. Es allí cuando deberá hacerse cargo de una actividad independiente del vínculo materno. El destete, asimismo, implica que la madre también acepta la ruptura del cuerpo a cuerpo. El efecto simbolígeno de la castración oral es la incorporación del niño a la relación con el otro a partir del acceso a

modalidades del comportamiento, fundadas en el lenguaje, que le hacen aceptar la asistencia de otras personas distintas de madre. Solo después del destete comienza a efectuarse la simbolización de la lengua materna. Por ello, el papel de la madre como posibilitadora del lenguaje es primordial.

Este alejamiento, tendrá como beneficio la posibilidad de dar entrada a otros en la atención de sus necesidades, lo cual redundará en un mejoramiento de sus capacidades de relación y la apertura al uso social de la lengua.

La castración oral ubica al niño en posición de sujeto que deberá ir haciéndose cargo paulatinamente de su autonomía. Esta supone también la inherente al control de las evacuaciones. Es a ese período que Doltó llama **castración anal**. El alejamiento que supone esta castración se logrará mediante un proceso de progresivo control de sus pulsiones agresivas y del placer de diferir la descarga. Este proceso también involucra a la madre. La pone en un lugar de receptora, de manera que deberá estar a su disposición siempre lista para responder a su demanda, dando una clara muestra de ostentación de poder. El dominio de sus pulsiones le generará cierta tranquilidad al asegurarle el cuidado de su propio cuerpo pudiendo mantener la autoridad sobre sus apetitos destructivos hacia él y hacia otros.

Cuando, en el devenir de su desarrollo, el niño descubre la diferencia entre los sexos, vuelve a sufrir una decepción que marca un nuevo hito en su historia (**castración preedípica**). A partir de este nuevo conocimiento deberá renunciar a la fantasía fálica, y lo hará de a poco, mientras construye un nuevo saber.

Hasta este momento, las sucesivas castraciones vividas se dieron en el marco del narcisismo primario, en el que las cargas libidinales recaían sobre al propio sujeto.

A raíz del descubrimiento de la diferencia entre los sexos, el niño deberá hacer elecciones ajenas a su propia persona. Es allí cuando se dibuja la triangulación edípica, lo que determina la aparición de un narcisismo secundario, y da paso a la castración fundante de la estructura psíquica (**castración edípica**).

Esta será la que sostiene el lazo social, la convivencia y la exogamia posterior, a través de á prohibición del incesto instaurada por la interdicción paterna.

El paso por estas instancias de frustración y desprendimiento hacen del ser vivo, un Sujeto humano deseante y capaz de vincularse bajo las normas establecidas pero siempre desde su propia subjetividad.

Podemos comunicarnos con el otro gracias a la articulación entre el esquema y la imagen corporal. Y el entrecruzamiento se da a partir de dos instancias: tensiones de dolor o placer en el cuerpo, por un lado, y palabras incorporadas de otro para humanizar esas percepciones, por otro. Sólo si Otro (la madre) asiste a un niño la angustia de éste quedará humanizada por percepciones tolerables y palabras capaces de ser nombradas y evocadas. Este vínculo garantizador con la madre, es para el bebé, el modelo de una relación humana y lo acompañará ulteriormente como patrón en el resto de sus relaciones.

De esto se desprende, entonces, que como el proceso de integración de la imagen del cuerpo depende de un lazo afectivo para desarrollarse, toda interrupción o daño de esta relación intersubjetiva podrá tener efectos negativos traducidos en trastornos psíquicos y somáticos. Estos trastornos serán la repetición, a veces intensificada, de una disfunción pasada, real o imaginaria, del cuerpo propio.

5.1.1.3 - RENÉ A. SPITZ

René Spitz nació en Viena en 1887. Pasó gran parte de su infancia en Hungría. Después de terminar sus estudios de medicina en 1910, Spitz descubrió la obra de Sigmund Freud. En 1932 salió de Austria y se instaló en París durante 6 años, donde enseñaba psicoanálisis en la *École Normale Supérieure*. En 1939 emigró a los Estados Unidos y trabajó como psiquiatra en el Hospital Mont Sinaí, entre 1940 y 1943, Spitz se desempeñó como profesor visitante en varias universidades antes de instalarse en Colorado.

Basó sus observaciones y experimentos en los principios de la teoría psicoanalítica, desarrollada por Freud, aunque éste centró sus estudios e investigaciones en el terreno del psicoanálisis de la edad adulta, Spitz basó sus ideas en la investigación empírica de y en la infancia.

Fue en 1935 que Spitz se dirigió más específicamente al desarrollo del niño. Fue uno de los primeros investigadores que utilizaron como método de investigación la observación del niño.

No sólo centró su interés en los niños perturbados, sino también en el desarrollo normal del niño. Señaló los efectos de la privación materna y emocional. Esto se convirtió en su máxima contribución.

No acordó, desde su perspectiva, con Otto Rank a cerca del trauma de nacimiento.

No me siento inclinado a estar de acuerdo con las interpretaciones *científicas* a cerca del trauma del nacimiento... (por ejemplo, Rank, 1924) [...] Freud, con la prudencia científica que lo caracterizaba, afirma que al nacer, no hay conciencia; que el llamado trauma del nacimiento no deja ningún recuerdo; que *el peligro del momento de nacer no tiene todavía contenido psíquico* (Spitz, 2013, pág. 40)

Con respecto a la formación del Yo, y como veíamos más arriba cuando se refiere a la imposibilidad de la existencia de un “trauma del nacimiento”, y cuando ve imposible la depresión en el niño pequeño a partir de instancias inexistentes aún en él, su postura sigue cercana a la freudiana, planteando un Yo que se forma paulatinamente, a través de las experiencias sucesivas que van dejando en el infante la impronta del proceso de apropiación del medio. “Se deduce de esta proposición concerniente al estado de indiferenciación del recién nacido que, en el momento de nacer, no hay yo alguno, al menos en el sentido corriente del término.” (Spitz, 2013, pág. 18)

Spitz desarrolla el resultado de sus observaciones a cerca de la percepción del niño recién nacido y de poco tiempo de vida y afirma que al nacer, éste responde sólo a sensaciones originadas dentro de su propio cuerpo y que se halla protegido de la influencia de los estímulos del exterior por medio de una barrera. Explica que cuando los estímulos exteriores lo invaden, éstos se viven sin significado alguno, como una sensación generalizada imposible de ser localizada y diferenciada de las propioceptivas. (Spitz, 2013, pág. 57)

Sin embargo, destaca una zona particular donde se produce un encuentro sensorial de los estímulos provenientes de afuera con los propios internos: *la cavidad bucal*.

La actividad vinculada a este sector del cuerpo aún antes del nacimiento, fue señalada en 1958 por Spitz, que sin posibilidades todavía de observar la vida intrauterina en imágenes, había teorizado sobre el efecto apaciguador del comportamiento de la boca, a la que llamaba *cavidad primitiva*. Medio siglo después, los avances tecnológicos aplicados a la medicina y al diagnóstico por imágenes, confirmarían este señalamiento con las ecografías. (Cyrulnik, 2005)

Cuanto más movimientos hace el feto con la boca, menos se agita su cuerpo. Realiza ya los prototipos de comportamiento correspondientes a los actos de lamer, comer, besar y hablar que constituirán el eficaz tranquilizante que le acompañará de por vida. (Ionescu, Jacquet., Lhote, 1997; en Cyrulnik, 2005, Pág 53)

Al comienzo de la vida, es difícil poder afirmar que existen muchos reflejos que dirijan la conducta del recién nacido. Pero el de succión (que combina el asir más el tragar), parece ser el más marcado, y se erige como un mecanismo innato vinculado a la supervivencia.

Esta zona se constituye en el escenario donde la estimulación externa (introducción del pezón que amamanta) se constituye en interna (leche que fluye por la faringe). Es una zona de borde que aparece como el primer sector que vincula un afuera y un adentro sin que para el niño sea posible definirse el límite entre ellos todavía. Aún así, Spitz no habla de percepción propiamente dicha, sino más bien de recepción estimular, ante la que se responde de manera dirigida, aunque no intencionada. (Spitz, 2013, pág. 58)

El trabajo de René Spitz pone en relieve la importancia de la zona oral en la formación de las instancias que formarán a un Sujeto a partir de su nacimiento. Esta parte del cuerpo reina en el mundo del recién nacido a partir de su intensidad receptiva y su capacidad de respuesta refleja. Allí se produce un antecedente de lo que más adelante podrá ser la percepción relacionada con el contacto (diferenciable de las que serán estimuladas a distancia, como la vista u oído). "... en ella [la cavidad oral] están representadas la sensación del tacto, del gusto, de la temperatura, del olor, del sufrimiento, y hasta la sensación de profundidad, pues esta última queda implícita en el acto de engullir." (Spitz, 2013, pág. 60)

Sitúa a la percepción, como un acto (en sentido activo) concebido en términos orales. Con la boca como guía, en la experiencia perceptual intervienen también, las manos y el tejido cutáneo. Señala que el bebé no distingue la percepción primitiva de la satisfacción de la necesidad porque las dos suceden simultáneamente, y forman parte del mismo acontecer "de modo que las conductas apetitiva y consumatoria coinciden; lo que acaso se deba sobre todo a la naturaleza de percepción por contacto." Esta experiencia perceptual, por supuesto, en su primera etapa, no es consciente, se trata de reacciones reflejas del organismo, y son vividas unificadamente, sin discriminación de la participación de varias modalidades sensoriales, dado que "al parecer, las sensaciones de los tres órganos perceptuales ancilares presentes al nacer (la mano, el laberinto y la epidermis) están subordinadas al sistema perceptual central de la cavidad oral.

Más adelante, por medio de la adquisición de la percepción a distancia, cuando lo visual y lo auditivo comienzan a intervenir, se interpone una mediatez entre el acto de percibir, al acto de consumir. Este pasaje que se da gracias al amamantamiento, puede observarse a partir de las primeras semanas de vida, donde existe para el infante sólo un objeto perceptual a distancia, que es el rostro de los mayores.

Es por ello que –asegura- la experiencia del amamantamiento no es simplemente una vivencia de satisfacción de necesidad, sino que “es la que inicia el tránsito de la percepción exclusiva por contacto, a la percepción a distancia. Activa el sistema perceptual diacrítico, que es el que reemplazará gradualmente a la organización original primitiva cenestésica.” Estas experiencias son los rudimentos de la paulatina futura diferenciación del “sí mismo-cuerpo”.

Spitz acuerda con Lewin e Isakower (1946), en las anteriores observaciones sobre el desarrollo de la función perceptual en el niño y ciertas conclusiones teóricas a cerca del fenómeno de regresión perceptual observadas en el adulto en ocasión del sueño, ligado a una regresión emocional al momento en que el infante va a quedarse dormido luego del amamantamiento en el seno materno. En la fase precursora de sueño, los pacientes describen tener sensaciones que involucran la boca, la piel del cuerpo y las manos.

Spitz señala a partir de estos autores que en el transcurso de una percepción se producen dos tipos de representación psíquica: una objetiva, descriptible, y otra más vaga. Típica de este último grupo son las sensaciones extrañas que acompañan a la anestesia dental.

El sector anestesiado se siente agrandado, como cuerpo extraño... Estas sensaciones hacen que nos percatemos del proceso perceptual a través de su disfunción. Cuando tocamos con el dedo el pliegue nasolabial anestesiado, se produce el proceso háptico en el órgano no anestesiado. (Spitz, 2013, pág. 69)

El dedo no reconoce la parte del cuerpo que está tocando, dado que en las huellas mnémicas ése, era un proceso combinado tanto del dedo como del labio. Al estar anestesiado uno, la Gestalt registrada de la sensación, estará incompleta y no podrá reconocerse. Sin embargo, se agregará el registro de una sensación nueva.

Spitz establece un paralelo de esta situación con la asociación libre psicoanalítica: “Los recuerdos del paciente permanecen sin significación hasta que la reconstrucción analítica o la interpretación aportan la parte faltante de la Gestalt.”

5.1.2. – CONDUCTISMO

John B. Watson, nacido en Estados Unidos en 1878, es conocido como el fundador del Conductismo. Sin embargo, se hallan antecedentes de investigadores que también habían trabajado desde la perspectiva objetiva de la psicología en trabajos de Sechenov, Pavlov y Bechterev (de la reflexología rusa) y en Estados Unidos de Thorndike, que también se habían ocupado del estudio de la conducta humana alejada de toda concepción mentalista. Watson tuvo gran repercusión con su publicación "Psychology as the behaviorist views it" (1913), donde critica a la psicología de la mente, y propone una mirada diferente basada en el estudio de la conducta, sin apelar al método de la introspección y sin considerar a la conciencia como fuente de aportes de datos para explicarla.

Rubén Ardilla (2013) dirá que Watson propuso una psicología en "tercera persona", en contraposición de Wundt, quien planteó una psicología en "primera persona", donde el participante hace introspección sobre el contenido de su conciencia, y en contraposición también de Freud, quien presentó una psicología en "segunda persona" donde el terapeuta analiza las asociaciones del paciente, haciendo uso de la transferencia. "Esa psicología de Watson en tercera persona era una ciencia natural, de laboratorio, sin presupuestos filosóficos especulativos." (Ardilla, 2013)

La idea de una psicología objetiva tenía que ver con la aspiración de Watson de que pasara a formar parte de las ciencias naturales, para lo cual debía abandonar a la conciencia como objeto de estudio y a la introspección como método.

Watson (1913) señaló que la psicología como la ve un conductista es:

[...] una rama puramente objetiva y experimental de la ciencia natural. Su objetivo teórico es la predicción y el control de la conducta. La introspección no forma parte esencial de sus métodos... El conductista... no reconoce una línea divisoria entre el hombre y el animal. El comportamiento del hombre, con todo su refinamiento y complejidad, forma solo una parte del esquema total de investigación del conductista (Watson, 1913 p. 158; en Ardilla, 2013)

Este enfoque tiene en cuenta la influencia del ambiente como condicionante de los comportamientos. Su teoría afirmaba que los seres humanos se pueden "diseñar" en

sentido adaptativo o desadaptativo, que son perfectibles, modificables, y que no están determinados por contingencias biológicas (genéticas, dicho en la actualidad). Este ambientalismo extremo lo llevaba a proclamar sentencias como la siguiente:

Dadme una docena de niños sanos y bien formados y mi mundo específico para criarlos, y yo me comprometo a tomar cualquiera de ellos al azar y entrenarlo para que llegue a ser cualquier tipo de especialista que quiera escoger: médico, abogado, artista, mercader y sí, incluso mendigo y ladrón, sin tener para nada en cuenta sus talentos, capacidades, tendencias, habilidades, vocación o raza de sus antepasados. Watson, (1930, p. 104; en Ardilla 2013).

El paradigma Estímulo-Respuesta, tomado de la reflexología rusa, será la unidad de análisis de que Watson se sirva para explicar el mecanismo del comportamiento. Un estímulo es cualquier objeto externo o cualquier cambio en los tejidos mismos debido a la condición fisiológica del animal. Ante cada estímulo que afecta al organismo vivo, éste reacciona, y a eso denomina Watson conducta. "Entendemos por respuesta todo lo que el animal hace, como volverse hacia o en dirección opuesta a la luz, saltar al oír un sonido, o las actividades más altamente organizadas, por ejemplo: edificar un rascacielos, dibujar planos, tener familia, escribir libros" (Watson, 1925). Las respuestas son "contracciones musculares y secreciones glandulares" (Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 1980, pág. 541).

Según José G. De La Mora Ledesma (1977) Watson reconoció sólo tres pautas emocionales innatas: el miedo, el amor y la ira. Pero son tan sólo pautas de movimientos y no sentimientos conscientes. Estas pautas de reacción, son iguales a los reflejos porque podemos establecer qué movimientos implican y qué estímulos los producirán. Pero son más complicadas que lo que entendemos comúnmente por reflejos. Dado que al nacer, sólo dos miedos se registran en el ser humano (a un ruido intenso y a la pérdida brusca de la base de sustentación), deberá explicarse por qué otros estímulos producen lo mismo. Es decir, que si bien considera estas tres respuestas emocionales básicas como no aprendidas, señala que sí pueden ser condicionadas.

Para ello, Watson, experimentó con animales y con niños, en ensayos de laboratorio que validaran su teoría. Uno de ellos mostró que si se presenta un perro a un niño, habiendo verificado que no le provoca miedo previamente, se vinculará con él, y probablemente lo acaricie. Si mientras lo toca, se toma una barra de acero y se la golpea a espaldas del niño, aparecerán manifestaciones de miedo. Al repetirse el experimento

más de una vez, el animal provocará la misma respuesta que la barra de acero, miedo, sin necesidad del sonido que en principio lo provocó. Para el conductismo, ésta, es una respuesta condicionada. Es indispensable que, antes que ciertos estímulos puedan ejercer su influencia, se haya instalado un hábito, un condicionamiento. El condicionamiento es el proceso por el cual una respuesta es obtenida en relación con un estímulo, originalmente indiferente con respecto a la misma. (Ledesma, 2003, pág. 42) En esta experiencia, el estímulo provocó en forma directa la respuesta, sin necesidad de la intervención de procesos mentales.

Esta teoría postula también la posibilidad de recorrer el camino inverso. Las conductas aprendidas, podrán desaprenderse, transformarse o neutralizarse accionando el mecanismo de aprendizaje que responde, como siempre, a la dinámica de estímulo – respuesta. Y si un aprendizaje positivo es posible como neutralizante de uno negativo previo, estaríamos –desde la mirada conductista- ante la vía por la cual abordar las dificultades que acarrea el miedo en algunas circunstancias.

5.2 - MIEDO. CONCEPCIONES.

Básicamente, conocemos dos concepciones opuestas de miedo, basadas en las dos grandes teorías: el Conductismo, y el Psicoanálisis.

Según el Conductismo, los organismos vivos reaccionan, asociando a determinados estímulos del ambiente sus consecuencias emocionales, como respuestas. De esta manera, las conductas que serán aprendidas en función de estas asociaciones, permitirán al organismo adaptarse. Se desprende de esta perspectiva que, emociones como el miedo, tendrían origen en asociaciones emocionales de determinadas experiencias vividas que actuaron como estímulo.

Si bien se aborda el miedo desde una perspectiva individual, también podemos situar su carácter grupal, dado que cada cultura también define el perfil de miedos que la caracterizan. Esto estará estrechamente relacionado –del mismo modo que el individual- con las experiencias vividas, con el devenir de la historia que formó cada cultura.

La teoría Psicoanalítica, sitúa su mirada hacia una noción de miedo como producto de un conflicto inconsciente, vinculado a la indefensión y vulnerabilidad propia con la que viene al mundo el ser humano (miedo neurótico). Reconoce también la existencia del miedo asociado a una conducta adaptativa arcaica y filogenética vinculada a la necesidad de supervivencia (miedo real).

Su creador, Freud (1919-1920), hace una diferenciación entre miedo y angustia: “La angustia constituye un estado semejante al de la expectación del peligro y preparación para el mismo, aunque nos sea desconocido. El miedo reclama un objeto determinado que nos lo inspire.” (Freud S. , 2013, pág. 2510)

La teoría psicoanalítica apunta, además, a la intervención relevante de lo simbólico en el armado de las historias que sustentan cada miedo. Habrá que desentrañar en cada caso tal urdido, de manera que queden a la luz los conflictos inconscientes que lo sostienen.

El sujeto que, de esta manera, logre acceder a las verdades ocultas que lo condicionan y –a veces determinan- deberá hacer un trabajo en el que tienda a hacerse dueño de sí mismo, asumiendo la responsabilidad de su deseo y de las acciones que realice o deje de realizar, para satisfacerlo.

Es así como los orígenes de un miedo puntual, pueden quedar expuestos y a partir de ahí, ser redireccionado el eje del conflicto que lo determina, para en lo sucesivo, poder hacer con ello lo que los recursos del sujeto le permitan.

La concepción de esta teoría se opone a la de la primera, el Conductismo, a partir de la noción de inconsciente. Un estímulo no queda, para el Psicoanálisis, ligado a una única respuesta comandada por reacciones reflejas asociadas. Un estímulo, para esta teoría, remitirá a marcas inconscientes guardadas en cada Sujeto, y serán ellas las que, mediante el hilo del lenguaje, desaten respuestas indefectiblemente ligadas a su determinación. Este mecanismo es único en cada Sujeto, y su configuración dependerá de cada historia.

5.2.1- El miedo como obstáculo.

Como queda dicho, el miedo es una emoción arcaica que ha sido útil para la evolución de los seres vivos, en función de su adaptación al medio, que garantizó su supervivencia, alertándolos de peligros reales o probables. Es decir que, es ese sentido, nos encontramos con un miedo funcional.

Pero existe un miedo sobredimensionado, que no se corresponde con el contexto en que se produce, y que genera en los sujetos ciertas limitaciones desadaptativas. Se habla, entonces, de un miedo desadaptativo o disfuncional, o, en psicoanálisis, de una fobia.

La Psicología Conductista explicará esta afección como un condicionamiento negativo, con estímulos ambientales poderosos que ejercieron sobre el individuo un efecto de respuestas exageradas y defensivas.

Freud liga la noción de angustia al concepto de fobia. Los contenidos angustiantes de las fobias son sustitutos desfigurados de la angustia de castración. En “Más allá del principio del placer” se señala a la angustia como el aviso de un probable peligro, como el motivo de un estado de alerta. Nada más peligroso que la amenaza de castración a la que se ve sometido el niño en tiempos de la triangulación edípica. (Freud S. , 2013)

Cuando las exigencias libidinales resultan irrealizables, la angustia activa el mecanismo de represión, la idea inaceptable queda en lo inconsciente, pero el afecto, la energía que estaba ligada a ella, es ahora desplazada sobre un objeto externo (objeto fobígeno). Hay un peligro pulsional del que la fobia está defendiendo al sujeto.

En 1925, en “Inhibición, Síntoma y Angustia”, Freud recurre al ejemplo de la fobia de un niño de cinco años (caso Juanito), para presentar una definición más precisa del síntoma y de su relación con la angustia: ésta no sólo está en el inicio del síntoma, sino que ella misma se convierte en el síntoma central. (Freud S. , 2013)

Es por esto que el psicoanálisis postula un alcance que va más allá de lo observable (de la conducta), que se enfrenta a verdades menos visibles a la hora de modificar esta emoción exacerbada que resulta disfuncional para la vida del sujeto. Las soluciones que apunten a la modificación de la conducta solo en su aspecto exterior, observable, dejarán por fuera, para el enfoque psicoanalítico, las determinaciones inconscientes a que están sujetas, y con esto, se corre el riesgo de solamente conseguir desplazar el foco angustioso hacia otro objeto, sin lograr alcanzar resolución alguna.

5.3- ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DEL MIEDO.

Estrategia es definida por la Real Academia Española como “Arte, traza para dirigir un asunto” o “En un proceso regulable, conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.” (RAE, 2001)

Con base en estas acepciones, y habiendo asumido la mirada del psicoanálisis como posicionamiento teórico de este trabajo, se dirá que éstas deberán ser concebidas a partir de la singularidad de cada sujeto. Tanto en la teoría como en la práctica misma del psicoanálisis, el núcleo sobre el que se erigen tiene que ver con la singularidad. Por lo cual, la idea de un plan prefijado, rígido e inamovible de pasos a seguir estandarizados e indistintamente aplicables para todos los casos, constituiría un contrasentido teórico.

La estrategia a seguir deberá, desde esta teoría, ser planteada a partir de un lugar de encuentro previo con ese sujeto y su deseo, con su conflictiva interna puesta al descubierto a partir de su discurso, acogido desde una escucha que apunte al esclarecimiento necesario para la comprensión de su sufrimiento.

Por otro lado, las terapias conductuales, congruentes con la negación teórica de la determinación inconsciente del Sujeto, propondrán el contracondicionamiento como estrategia para modificar el patrón de conducta disfuncional. Éste desvinculará la asociación refleja que hay entre el estímulo y la respuesta. Por ejemplo, si como efecto de una experiencia dolorosa en una práctica odontológica, queda asociada una respuesta evitativa, será necesario volver a presentar el estímulo, pero esta vez asociado a uno placentero, como podría ser acompañarlo con la música que le agrada. La repetición sistemática de esta práctica, hará que la conducta reactiva ahora quede condicionada por el estímulo asociado, y no por el original.

Propondrán también técnicas de exposición, afrontamiento o desensibilización en vivo, como una de las estrategias que estiman efectivas para el abordaje del miedo disfuncional.

En este sentido, Joseph Wolpe desarrolló esta técnica en sus investigaciones sobre el contracondicionamiento de respuestas de temor en 1948. Sus trabajos con gatos demostraron que una reacción de miedo condicionada podía ser eliminada por la evocación de una respuesta incompatible mientras se presentaba gradualmente el estímulo temido. Esta respuesta incompatible la encontró en la relajación desarrollada por Jacobson en su trabajo "Relajación Progresiva", de 1938.

Wolpe acortó el tiempo en la aplicación de la relajación y la introdujo como parte de su terapia conocida como *desensibilización sistemática* descrita en su libro "Psicoterapia por Inhibición Recíproca". Es un programa específico, situacional y estructurado de recondicionamiento donde la relajación solamente era un aspecto. (Martínez, 1998, págs. 165-167)

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1- Tipo de investigación

Este es un estudio **no experimental, transversal, descriptivo e interpretativo** porque no se manipularon variables, se aplicaron los instrumentos una sola vez, y con ello se obtuvieron datos que pueden ofrecer un panorama de la situación actual del uso de técnicas de afrontamiento del miedo de los pacientes en la consulta odontológica. Es interpretativo porque apunta a un desarrollo teórico a partir de la búsqueda del sentido que los sujetos objeto de este estudio le dan a la presencia del miedo en los pacientes odontológicos, y a las diferentes maneras de afrontarlo.

6.2- Definición de variables

Definición Conceptual:

- Se entiende por **estrategias de abordaje del miedo** al conjunto de acciones planificadas para manejar demandas internas y/o externas a la hora de exponerse a situaciones estresantes del orden de la amenaza y el temor, en este caso, en circunstancias relacionadas con la atención odontológica.
- Se entiende por **concepciones de miedo** a los diferentes postulados teóricos acerca del origen del miedo en que se apoyan determinadas afirmaciones sobre el particular.

Definición Operacional:

Se procesaron y analizaron los datos provenientes de la autodeclaración de los sujetos entrevistados.

6.3- Unidades de análisis

La **población** con que se trabajó fueron los odontólogos asociados a la Asociación Odontológica del Departamento Constitución, con domicilio en la ciudad de Villa Constitución, Santa Fe.

La **muestra** es de tipo no probabilístico, accidental por conveniencia, es decir que los sujetos participantes fueron elegidos a partir de procedimientos no aleatorios, a partir de la conveniente accesibilidad y proximidad para ser consultados.

Fue preestablecida en 10 sujetos, con criterio de saturación de la información: se avanzó con la aplicación del instrumento mientras la información recogida a partir de esto fue diversa. En función de este criterio, fueron finalmente siete los sujetos entrevistados para obtener los datos analizados en el presente trabajo.

6.4- Técnicas, Instrumentos y Procedimientos

Se utilizó la **técnica** de la entrevista semiestructurada, por considerarse apropiada para la recolección de datos en estudios con las características del presente. El libreto de la misma gira en torno a los ejes centrales de esta investigación.

El **instrumento** diseñado para tal fin, que se adjuntado como *Anexo I* al final de este trabajo, consta de un tramo programado a los fines de caldeamiento donde se indagan los datos profesionales del entrevistado, su vinculación con la profesión, y seis ejes posteriores divididos en las seis categorías que se consideraron relevantes para el cumplimiento del objetivo planteado en este trabajo: conocer los modos de abordaje del miedo a la consulta odontológica que utilizan los entrevistados en su práctica profesional. Esos ejes temáticos son:

- Datos sobre la elección de la profesión y experiencia profesional (a modo de caldeamiento)
- Experiencia en la atención de pacientes con miedo excesivo de los pacientes a la práctica odontológica.
- Características observadas de la afección.
- Atribución del origen.
- Metodologías de abordaje y resultados obtenidos.
- Herramientas obtenidas mediante la formación académica.

El **procedimiento** con el que se llevaron a cabo las entrevistas fue individual, administradas personalmente, en los consultorios de los sujetos, en horarios previos o

posteriores a su práctica profesional, con cita pre acordada telefónicamente. Los textos de las entrevistas serán adjuntadas al final del presente como *Anexo II*.

6.5- Área de estudio:

Esta investigación se realizó en la ciudad de Villa Constitución, ciudad portuaria del sur de la provincia de Santa Fe, Argentina, de aproximadamente 48.000 habitantes y una superficie de 103 Km² con un importante despliegue histórico de la industria metalúrgica, con productividad poco significativa en este momento. El movimiento portuario es fundamentalmente cerealero. Posee una vida social y cultural destacada en la región. Cuenta con dos casas de estudio para formación de carreras a nivel terciario; con tres bibliotecas populares y siete clubes sociales y deportivos.

Por ser cabeza del departamento Constitución, esta ciudad es la que centraliza varias asociaciones de profesionales. Este trabajo se realizará con los odontólogos afiliados a una de ellas, la Asociación Odontológica del Departamento Constitución, que nuclea a más de cien profesionales, treinta y cinco de los cuales pertenecen a Villa Constitución.

6.6- Consideraciones éticas

Los sujetos participantes de este estudio lo hicieron de manera voluntaria. Una vez informados debidamente de los objetivos del mismo, se solicitó su consentimiento a la vez que se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos revelados. Se solicitó expresamente también en cada caso, la conformidad para proceder a la grabación de los encuentros.

7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Las entrevistas que se realizaron a los odontólogos que participaron en esta investigación, fueron divididas en seis ejes. En este apartado, se analizará el contenido discursivo de las mismas atendiendo a las respuestas emitidas en cada uno de ellos.

Si bien la muestra se eligió en base a la comodidad de acceso a las mismas, un elemento importante que no estaba previsto expresamente, pero que considero importante destacar, es el tiempo de experiencia de trabajo de los entrevistados, y su relación con el tiempo transcurrido de la finalización del cursado de su carrera.

En ese sentido, la muestra quedó equilibrada entre profesionales de muchos años de práctica que probablemente ya no tengan tan presentes los contenidos relacionados al tema que nos convoca de su formación universitaria, y profesionales con poco tiempo transcurrido desde su egreso, quienes probablemente puedan dar cuenta más fehacientemente de las herramientas teórico prácticas a este respecto obtenidas en el curso de su carrera.

La muestra prevista era de diez profesionales con criterio de saturación de la información. Con la mitad de las entrevistas planificadas, la información recibida por medio de las entrevistas, era recurrente y reiterativa. Se hicieron dos entrevistas más para confirmar esta circunstancia, comprobándose así que las respuestas seguían coincidiendo en lo esencial de los datos vertidos. Es por eso que finalmente, este trabajo se basó en los datos obtenidos en siete entrevistas a profesionales odontólogos asociados a la Asociación Odontológica del departamento Constitución y con domicilio laboral en la ciudad cabecera de ese departamento, Villa Constitución.

El objetivo de las entrevistas fue acorde al interrogante motivo de este trabajo, y está relacionado con conocer los modos de abordaje del miedo de los pacientes en la consulta odontológica que utilizan los entrevistados en su práctica profesional. Para ello, y a modo de caldeamiento, se comenzó por indagar sobre la relación del entrevistado con la profesión, cómo la eligió, años de egresado, años de práctica, experiencias en salud pública y/o privada, especialidad, intereses, autopercepción de fortalezas y debilidades en la práctica.

EJE 1: Datos profesionales. Orientación personal hacia la disciplina. Especialización.

Con respecto a la antigüedad en la profesión, y en virtud de lo referido anteriormente, la muestra se compone de cuatro entrevistados con más de veinte años de ejercicio (entre veinte y treinta y cinco) y tres, con hasta cinco años de práctica de la profesión, todos egresados de la Universidad Nacional de Rosario.

Todos los participantes poseen escasa experiencia en la Salud Pública, y la mayoría refiere como única experiencia la residencia clínica hecha en el marco de la carrera de grado.

Este dato sería interesante dado que a partir del trabajo en ambos ámbitos, podrían haberse establecido inferencias en cuanto al uso de técnicas diferenciales en virtud del tiempo y recursos disponibles en cada caso. El caso en que se manifiesta tener más experiencia en el ámbito público se señala la complicación de seguimiento de un paciente con dificultades como el miedo, dado que la demanda es tan numerosa, que los intervalos entre los turnos de atención se prolongan de manera que la relación médico paciente (a la que se le atribuye gran importancia) se ve interferida en su regularidad.

Según la corta experiencia de todos los entrevistados en la salud pública, en ésta, se entorpece además, el manejo particularizado del tiempo según la necesidad de cada caso, porque es necesario acelerar toda intervención ante el riesgo de que quede incompleto algún procedimiento por tanto tiempo, que finalmente sea necesario reconstruir desde el inicio la reparación, y lo que es peor, con un nuevo diagnóstico quizás agravado. Es decir que la disponibilidad temporal es acotada no solo atendiendo a la regularidad entre los encuentros, sino también en cada uno de ellos, dada la cantidad de población de pacientes que deberá ser cubierta diariamente.

“Junto a los motivos intelectuales en que nos apoyamos para dominar la resistencia, [particularmente, en pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica] actúa un factor afectivo –la autoridad personal del médico–, del cual sólo muy raras veces podemos prescindir...” (Freud S. , 1913, pág. 155)

La posibilidad del establecimiento de una relación personal, afectiva, que vaya más allá de la intervención técnica, que otorgue un lugar de unicidad y reconocimiento a cada paciente, que permita estrechar lazos recíprocos en éste y su odontólogo está, en la

atención pública, sumamente cercenada por cuestiones de orden práctico y de instrumentación del servicio.

En cuanto a las especializaciones, en este sondeo de datos, se mencionaron diferentes orientaciones como ortodoncia, periodoncia, implantes, estética, cirugía y odontología general.

En dos de los casos se menciona la preferencia por las emergencias de una manera narcisista, y en ese sentido, se puede pensar en cuánto se juega esta marca advertida también en otros pasajes de las entrevistas en todos los participantes. “Cuando la situación te pone en aprietos y es ‘o lo soluciono o lo soluciono’, me atrapa” “Cuando le aliviás *la vida* a un desconocido es lo más.” “Estoy segura de poder lograrlo en todos los casos.” “Me gusta la cirugía, la emergencia, el trabajo bajo presión, ese que cuando lo solucionás te sentís Dios viste? Y un poco sos eso en esto.”

En una de los entrevistados, esta característica es visiblemente consciente. Enfatiza su interés por situaciones de emergencia donde la característica prevalente es la falta de vínculo previo con el paciente, dado que eso le hace ver incrementado el desafío de mostrar la efectividad en su trabajo. “...te sentís más exigida en la emergencia porque la gente generalmente no te elige ahí porque te tienen confianza. Te elige porque no le queda otra, porque no da más o porque sos la única que tuvo a mano. Así que tenés que responder. Saber que puedo con eso, me suma.”

La satisfacción derivada de mostrar su omnipotencia, se hace expresa cuando dice “Cuando no lo conozco [al paciente] siento que tengo que mostrar que lo que le pasa es solucionable y que lo voy a hacer. Cuando es alguien habitual, eso ya lo sabe.” Si se sabe, no es necesario el recurso de manifestar el poder al que aparentemente, se aspira.

Este modo de enfrentar la práctica, puede leerse también como un mecanismo utilizado por el profesional de ponerse a prueba. Es decir, quizás, el polo opuesto al señalado de la omnipotencia. Podría ser un cuestionamiento permanente a sus propias capacidades o aptitudes para afrontar el ejercicio de la profesión. Acudir a la situación que permite una posición de grandiosidad, sería quizás una manera de afrontamiento de las propias inseguridades profesionales, prefiriendo un escenario en que éstas no existan, simplemente porque no pueden tener espacio. Por supuesto, queda abierto este interrogante, dado que no tenemos más acceso a la palabra de los entrevistados que en

ocasión del único encuentro programado para su participación en este trabajo. Sin embargo, resultaría interesante indagar algo más a cerca de este punto.

Trabajar el lugar del médico, terapeuta, odontólogo (o cualquier persona que esté en condiciones de brindar un servicio que mejore la salud de un paciente) desde un posicionamiento horizontal es tan pretensioso como necesario. Nos enfrentamos aquí a la necesidad de tener en cuenta las consideraciones freudianas desarrolladas en el marco teórico de este trabajo, inherentes a la relación asimétrica que favorece la aparición de la confianza, con cierto efecto sugestivo y facilitador de la cura.

Pero, ciertamente, será necesario también y juntamente con esas consideraciones referidas, un posicionamiento ético que coloque al paciente en lugar de sujeto, y por lo tanto activo, en relación a su tratamiento.

Un médico que encuentra necesaria la manifestación de su superioridad, podría poner en riesgo las posibilidades de esa posición ambigua, en la que debe compatibilizarse la asimetría con la horizontalidad.

El entrevistado número seis reconoce no haberse decidido por una especialidad en particular dado que así “soy un referente para cualquiera que necesite algo en boca.” Sostiene que una especialidad limita. “Con una boca abierta me conformaba y mi objetivo era solucionar lo que se me presentara.” La cuestión de hablar de bocas, en lugar de personas o pacientes también marcan una mirada particularmente narcisista de reducir al otro a una parte de su cuerpo, a fragmentarlo y erigirse en el “cuerpo entero” de la relación. La fragmentación evidencia la falta en el otro, y lo hace completo a él, por oposición.

Este tópico, de visos narcisistas observables en las manifestaciones de los profesionales participantes de esta investigación, será retomado más adelante, en el desarrollo de otra categoría eje de las entrevistas realizadas.

EJE 2. Experiencia en atención a pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica.

Con respecto a la frecuencia de casos de pacientes con miedo excesivo con la que se han encontrado los entrevistados, todos coinciden que es muy alta, pero hacen distinciones

de intensidad en la afectación. Se habla en algunos casos de afecciones severas donde la práctica se hace imposible, y otros, donde el factor miedo entorpece la relación, y deriva en dificultades notorias de distinto grado para la intervención terapéutica.

En todos los casos, los entrevistados manifiestan haberse encontrado con pacientes con miedo a la práctica. “No son frecuentes así muy severos, pero el miedo, es casi una constante en nuestro consultorio.” “Me he encontrado con algunos [casos graves]. Hay más de los que tienen miedo pero que eso no los paraliza. De esos te encontrarás todos los días.”

En atención a la teoría freudiana, la boca reviste una importancia particularmente intensa, dado que es la zona del cuerpo que inaugura la vida relacional de niño con el mundo, con los afectos, y con sí mismo en virtud de su carácter autoerótico. Es por ello que puede entenderse la vinculación trascendente de todo lo que involucre esta zona con los acontecimientos fundantes del sujeto. La introducción de la vida por medio del alimento, el contacto con quien libidiniza, con quien rescata al sujeto de la indefensión y el desamparo primarios, pasan por la boca. Será fuente de incorporación devoradora y productora de placeres catectizantes. Es una zona que conservará su potencial erógeno, a la vez que guardará las memorias simbólicas que la hayan ido marcando.

Spitz (1965), en consonancia con la teoría freudiana, señala que la boca abre la dimensión oral a la percepción del mundo, a su apropiación en un sinfín de internalizaciones, de captura e identificación del universo nuevo que permite aprehender el entorno, reconociéndolo. Este mecanismo de exploración diseña finalmente el contorno del ser en una dicotomía perceptiva, yo y no-yo.

Y sostiene que “... en ella [la cavidad oral] están representadas las sensaciones del tacto, del gusto, de la temperatura, del olor, del sufrimiento, y hasta la sensación de profundidad, pues esta última queda implícita en el acto de engullir.” (Spitz, 2013, pág. 60)

Es por eso que la atención odontológica, en particular, se encuentra tan teñida de significaciones. La boca, como entrada al interior del sujeto, de su historia, de su intimidad y su relación con la indefensión que lo precede, es un punto álgido, mucho más allá de su realidad materializada en piezas dentarias y tejidos de sostén, de mucosas y terminales nerviosas. Las significaciones inconscientes vinculadas a la zona oral, que

celosamente guarda el sujeto en su instancia psíquica más remota, su valor erógeno, se ponen en juego ante el intento de penetración de un otro ajeno.

El acto de entrega de un sujeto a la intervención de otro a partir de poner a disposición su interioridad abriendo la boca y permitiendo la introducción de su instrumental, su mirada, su mano, sólo será posible mediante la transferencia sobre ese sujeto de afectos arcaicos, familiares a las significaciones otorgadas a esa zona del cuerpo. Es por eso que la relación odontólogo – paciente cobra una relevancia ineluctable a la hora de enfrentar la práctica en estomatología.

En las respuestas obtenidas, se hace referencia también a la consecuencia que la influencia del miedo de los pacientes ejerce sobre la salud bucal. Uno de los entrevistados reflexiona sobre lo poco valorado que está este factor sobre la salud bucodental de la población. “Mucha gente es temerosa de esto. No hay realmente mucha conciencia del factor de ataque a la salud bucal que es el miedo. Una gran parte de la gente tiene problemas, y lo peor es que nunca lo solucionan. Esa es la cuestión. No es que se les pasa. Es una boca destinada al abandono dental.”

Lo que de esta declaración se infiere es la recurrencia, advertida por el profesional, del mecanismo de evitación desencadenado por la afección del miedo en los pacientes. Como ya se desarrolló en el marco teórico de este trabajo, y según la teoría psicoanalítica, la evitación corresponde a un conjunto de maniobras defensivas mediante las cuales el Yo elude objetos o situaciones, que simbólicamente plasman en el afuera los temores del adentro. Los miedos de los pacientes relacionados a la intervención odontológica que generan la necesidad de este mecanismo, propician un círculo vicioso en el que, en principio, el miedo desencadena un estado de deterioro bucal, y más adelante ese mismo estado se convierte en motivo de evasión de la consulta en virtud de la baja considerable en la autoestima que aquél provoca. “Cuando ves un desastre viejo, es obvio que ese paciente no recurre seguido al odontólogo, y la mayoría de las veces es por miedo, o por la vergüenza de mostrar lo que el miedo les dejó en la boca.”

Sea como fuere, el estado de angustia anticipatoria ante la atención odontológica permanece sin resolverse cuando la evitación mengua los efectos devastadores de enfrentarse a la situación.

En cuanto a la franja etaria en que la mayoría de los entrevistados advierten mayor incidencia del miedo de pacientes en la práctica odontológica, se señala la adultez. Estiman que este fenómeno está vinculado a los orígenes del padecimiento. (Véase más adelante, eje número 4, sobre las atribuciones de los orígenes del miedo).

Todos los entrevistados manifestaron no haber recurrido a instancias de apoyo para la atención de estos pacientes. Se entiende por instancia de apoyo, y así fue explicitado al efectuar la pregunta a los participantes, cualquier intervención que exceda la sola realización de la práctica profesional propia, y que otorgue espacio a la interdisciplinariedad.

“Es una particularidad de nuestra práctica el hecho de la invasión al interior de la boca. No es una palpación externa. Es una práctica intracorporal. No es lo mismo. Así, que ¿quién mejor que nosotros para trabajar con eso?” A partir de esta declaración podemos leer que no se le da a la boca el valor que tiene como primera zona erógena y agente cristalizadora del psiquismo. Aparentemente, no puede verse aquí la zona corporal de intervención odontológica –la boca- mucho más allá de su atributo físico, orgánico.

El abordaje del miedo de los pacientes que ven involucrada un área tan significativa de su cuerpo en un tratamiento que la expone a manipulación y, muchas veces a dolor, debería contemplar, a la luz de los postulados psicoanalíticos acerca del significado de la boca como zona erógena, las dos dimensiones que la conforman: la corporal, y la psíquica.

Si las aristas derivadas del miedo de los pacientes y su influencia en la atención odontológica, no son puestas en valor desde los contenidos académicos a los que accede un futuro profesional, como efecto, posiblemente, resulte una falta de ponderación de la importancia del tema en su práctica posterior. Estudiar el lugar que tiene el miedo de los pacientes en la formación académica de un odontólogo, no es motivo de este trabajo, pero queda señalado aquí, como probable línea de investigaciones futuras que aporte al abordaje de esta problemática en función de propender el mejoramiento de la salud bucal de la población, y a la reducción de los márgenes de sufrimiento subjetivo de las personas usuarias de los servicios odontológicos.

“Siempre lo he resuelto desde mis características personales. Siempre he podido manejarlo con una buena relación con el paciente. La confianza es la clave, sino, nadie abre la boca...” En esta respuesta el énfasis es puesto en la características personales,

es decir en atributos de la personalidad del profesional que dirige la práctica. Si esta explicación fuese correcta, estaríamos en condiciones de excluir ciertas personalidades de las consideradas “aptas” para el ejercicio de la odontología. Ciertos atributos personales serían requisito indispensable para este ejercicio, para el cual podríamos confeccionar un perfil adecuado. Ciertamente, esta manera de ver la cuestión no responde a lo azaroso, incierto y variable de las posibilidades de vinculaciones humanas tal como lo plantea el psicoanálisis, para el que, lo que establece contacto con el otro, tiene que ver con singularidades identificatorias, y posibilidades transferenciales espontáneas determinadas por instancias más profundas que la de la personalidad manifiesta.

Lo de la confianza fue desarrollado en otro apartado desde la perspectiva freudiana, y se señaló lo determinante que llega a ser en una relación terapéutica. Reconocemos en esta respuesta una recurrencia con otras que ponen el acento en el tema de la relación que se establece entre el odontólogo y el paciente como posibilitador de la práctica. “...la expectativa esperanzada y confiada es una fuerza eficaz de la que en rigor no podemos dejar de prescindir en todos nuestros ensayos de tratamiento y curación.” (Freud S. , 1986)

En una de las respuestas particularmente, se ve claramente el efecto de una disposición negativa hacia la relación dentista – paciente, en dirección inversa a la que venimos tratando, lo que el psicoanálisis reconoce como respuesta contratransferencial. Es decir que la relación se construye desde dos lugares de transferencia de afectos, desde dos lugares que se influyen recíprocamente.

La entrevistada relata cómo se sintió molesta con un paciente en particular, muy religioso, que exageraba sus capacidades de intermediación sanadora, pero que no era capaz de abrir la boca y enfrentar el miedo que esto le producía. Por su expresión de desagrado al relatarlo después de tanto tiempo transcurrido, parecía que el intento de avance sobre sus creencias y la posición autoatribuida del paciente de poder con todo, no dejaba lugar a su propia posición omnipotente, y eso era lo que la disponía negativamente hacia él, con el que finalmente no pudo trabajar. Esta entrevistada es la misma que en otro momento del encuentro afirma, en el mismo sentido que los dichos de su paciente, “Estoy segura de poder lograrlo en todos los casos.”

“Cuando te enfrentás a un paciente así [con miedo], se te queman los libros... y si no sos creativa, perdiste. Cada paciente tiene su vuelcita. Hay que poder encontrarla para trabajar bien.” La odontóloga que respondía así a la pregunta sobre si había acudido a alguna instancia de apoyo para enfrentar la atención de pacientes con mucho miedo, está relativizando la efectividad formadora del espacio académico*, pero a su vez, está reconociendo (y también es una apreciación recurrente) la particularidad de cada paciente. Lo está valorando en su individualidad, su “vuelcita”. Habla, además, de respuestas creativas, denotando lo falaz de las respuestas estandarizadas, cuando de lo que se trata es de establecer un vínculo con personas.

A la luz de la teoría psicoanalítica, nada más particular que un sujeto. Se ha expuesto en el marco teórico de este trabajo, cómo esta teoría concibe la formación de la subjetividad, los recorridos que la energía libidinal describe a lo largo de la historia de un sujeto, y cómo éstos diseñan características propias, irrepetibles aún en un contexto similar. Esto da sustento teórico a la afirmación de la entrevistada citada. Desde esta mirada, cada paciente deberá ser tratado en su particularidad, deberá ser evaluado a partir de sus características propias, y de las demandas que éstas impongan.

(*) Con respecto a la cuestión de la valoración de la formación profesional en lo que respecta a la respuesta del odontólogo ante el miedo de los pacientes, es necesario no dejar de reconocer que si bien la universidad es quizás el primer lugar de gestión del interés y de la construcción de un respaldo teórico sobre el particular, la experiencia en el campo y la trayectoria recorrida en el tiempo de la práctica profesional, constituyen un aporte invaluable a la hora de afrontar la problemática.

EJE 3. Características observadas de la afección.

Todos los participantes coinciden en señalar que las exteriorizaciones del miedo que prevalecen entre los pacientes, son las comandadas por el sistema nervioso autónomo o neurovegetativo, que regula funciones básicas del organismo vivo y que son de carácter involuntario. Describen sudoración, taquicardia, alteraciones del ritmo respiratorio, salivación excesiva o deficiente, entre otros. “Algunos tiemblan. Otros se desmayan, les baja la tensión.”

Una exteriorización extrema señalada por varios de los entrevistados, es la convulsión. Si bien escasamente los profesionales se encuentran con este cuadro, lo refieren como probable y, en algunos casos, lo han experimentado en sus consultorios. La atribuyen al miedo por la sobrecarga de estrés que éste les provoca, desestabilizando “las energías neuronales que mantienen el organismo en equilibrio.”

Un signo muy referido es la tensión muscular observable desde la postura corporal del paciente. La imposibilidad de relajar el cuerpo desde antes del comienzo de la atención y durante la misma, es indicador de miedo y, a veces, factor obstaculizante para su realización.

“Pero a veces no es eso lo que los denuncia. A veces vos notás que te hablan demasiado, te mantienen entretenido para que nunca empieces. Y cuando le pedís que abran la boca, vuelven a hacer alguna pregunta.” En esta referencia, así como en otras tantas similares, los entrevistados dejan ver la necesidad de poner en juego su capacidad de observación, ya muy desarrollada en algunos por el ejercicio de la profesión.

Vemos a través de estas descripciones lo que fue presentado en teoría anteriormente a partir de las nociones freudianas de “cuerpo”, y su relación con la subjetividad. Una vez más, las motivaciones que permanecen alejadas del acceso a la conciencia se ponen en juego a través del soporte material del ser, de la corporeidad que se construye a partir de las experiencias emocionales que lo involucran y le dan contenido.

No todos los pacientes tendrán una misma motivación para sentir miedo. Tampoco todos responderán a esta cuestión de la misma manera. Se ponen en juego en cada sentir y en cada respuesta, una particularidad individual, que no por individual es aislada del otro, sino que es construida a partir del otro, diseñando así -curiosamente- una singularidad irrepetible.

Un mecanismo desencadenado por el miedo intenso en los pacientes, que se advierte frecuente a partir de las respuestas obtenidas, es la negación montada sobre el mecanismo de evitación. “...dan muchas vueltas hasta que se deciden por un turno. A veces lo cambian varias veces. O te caen un día de sorpresa diciendo *atendeme*, porque saben que probablemente no se los pueda atender. Eso ya te habla de que algo pasa, de que estás frente a alguien que no quiere ser atendido.” Ante este despliegue del arte de ejercer la evitación, no [se] confiesa su sufrimiento, no acepta su verdadero motivo de

reticencia a la atención odontológica, no se implica en el padecimiento ni en el problema.

“Otros lo confiesan abiertamente, y te piden que por favor tengas cuidado. O que los dejes manejar el tiempo a ellos, o que los anestésies de más...” Cuando el sujeto se implica con su problemática puede manifestar su malestar y hacerse cargo de que le sucede algo, y que necesita ser ayudado, tratado especialmente para transitarlo. De igual modo esto no garantiza la posibilidad de éxito del tratamiento, pero lo coloca un paso adelante con respecto al sujeto que no se anticipa de su participación protagónica en la dificultad, o en ocasiones, de la dificultad misma.

Se ha señalado también que la respuesta de los niños ante el miedo a la intervención odontológica, a diferencia de la de los adultos que comprometen su sistema nervioso autónomo, es el llanto. Nada explica mejor que esta observación, aparentemente tan obvia, para poder pensar en el proceso de construcción yoica que explica Freud (1914) en Introducción al Narcisismo. Cuando el sujeto ha atravesado por las exigencias de la cultura y la inserción social, ha asumido roles sociales más adultos, los filtros sublimatorios de las pulsiones convierten las manifestaciones espontáneas en otras solapadas que ocultan, o desdibujan sus orígenes y pretensiones. Es allí cuando la energía, siempre de origen sexual, se convierte en síntoma.

“En niños, [se manifiesta a través de] llanto, no abren la boca, se niegan.” En los niños la construcción yoica está en los procesos iniciales, por lo tanto la intermediación entre la adecuación a la realidad y las satisfacciones inmediatas, está acotada. Pueden manifestar su desagrado más libremente, sin filtros adaptativos que los disfracen: lloran, o directamente, se niegan. “Cuando sos grande podés entender algunas cuestiones que uno tiene que tolerar. Cuando sos chiquito, no hay razones que valgan.”

En adultos, donde las funciones yoicas están más desarrolladas, esta reacción estará mediada por maniobras que, sin renunciar a sus pretensiones de huída, presenten la situación de una manera socialmente aceptable. “Algunos te dicen ‘No tengo miedo, pero me descompongo siempre, no sé por qué.’”

A los fines de los objetivos de este trabajo, es menester tener identificadas las manifestaciones del miedo que presentan los pacientes, para poder valorar a qué se enfrenta el profesional a la hora de pensar un abordaje adecuado. Pero no es menos importante poder identificar también, las cuestiones subyacentes a esas manifestaciones,

dado que son las que, en definitiva, direccionarán las posibilidades de resolución. Quedarse con las exteriorizaciones del problema, reduce el campo de intervención a la fachada de una cuestión con raíces mucho más profundas que determinan no solo la factibilidad de la práctica odontológica, sino los niveles de sufrimiento subjetivo a los que se enfrenta al sujeto ante un tratamiento.

EJE 4. Atribuciones del origen.

Al tratar el tema del origen del miedo en los pacientes, nos encontramos con respuestas casi idénticas en todos los entrevistados. Estas respuestas los unifica en una postura que se presenta como unívoca. También se habla sobre la atribución de origen que los pacientes hacen de su miedo, y aquí, la cuestión no cambia, dado que en ningún caso se plantean alternativas a las apreciaciones obtenidas al respecto.

Todos los entrevistados sitúan el origen del miedo de los pacientes en malas experiencias de atención odontológica pasadas. En un caso, la historia de esas experiencias fue más allá de las de contactos con odontólogos, y se consideró el paso por la dentición primaria, dolorosa o no, y más aún, se consideró también la historia de la odontología. Se señaló que como ésta fue una práctica que surgió antiguamente en un marco no científico, ni de cuidados higiénicos, el dolor era una consecuencia inevitable, por lo cual en el imaginario popular habría quedado registrado este factor como irreductible aún en nuestros días.

No obstante este recorrido onto y filogenético que justificarían el miedo en todos los sujetos, se sitúan recurrentemente como determinantes, las experiencias de “maltrato personal, por un lado, y en lo que tiene que ver con el trabajo en boca, a veces el maltrato son malas prácticas, que no resuelven, o que fueron hechas con mucho dolor, o que nunca se terminaron, por ejemplo.” “En general la cosa viene por el lado de las malas experiencias con otros colegas.” “...si no te cruzás con una vivencia dolorosa o con un trato desagradable de parte del profesional, ¿por qué vas a tener miedo?”

Con respecto al maltrato, se hace claramente la disquisición entre el maltrato personal y el de la práctica, pero, si leemos atentamente las respuestas, finalmente, podemos apreciar que parecen no estar tan aislado uno de otro, y que quizás, por el contrario, uno sea efecto del otro. Se refiere la necesidad de conocer al paciente y sus dificultades, para

atender al tiempo de cada uno, de lo contrario la intervención puede resultar inadecuada y por lo tanto, tarumatizante. “A veces el trabajo es el mismo pero la manera en que te mostrás al hacerlo, cambia todo. No todos tenemos paciencia y nos ponemos en el lugar del que viene a atenderse. Algunos están apurados, y por eso, apuran los tiempos de la comodidad del paciente. Eso es mortal. Otros tienen pocas pulgas, y van al grano aunque no estén apurados, cuestión de personalidad, creo. No sé. Yo pienso que si no le dedicás su tiempo a cada uno, por más que hagas bien el trabajo, el paciente se va mal. Y lo que hay que lograr es que el paciente vuelva, y vuelva contento.”

Esto vuelve a poner en relieve la cuestión de la importancia del vínculo odontólogo – paciente como determinante del éxito de las intervenciones profesionales, y vuelve a confirmar los dichos de Freud al respecto, valorizando el lugar de la transferencia en esta relación. Situemos aquí que para poder entender este fenómeno no podremos apartarnos del reconocimiento de la singularidad de cada paciente, como ser sujeto a una historia que lo condiciona, y hasta a veces, lo determina en sus posibilidades de vinculación con el otro. “No todos tienen miedo de la misma manera. Algunos no necesitan tanta vuelta para abrir la boca, otros sí.”

Este reconocimiento parece verse logrado a través del despliegue discursivo de todos los odontólogos entrevistados. Sin embargo, a pesar de sus afirmaciones al respecto, por otro lado, observamos que la atribución que hacen del origen del padecimiento sería para todos el mismo, con lo cual la consideración de la singularidad se torna dudosa, o cuanto menos, confusa.

Por otro lado, se señala reiteradamente también que lo que agrava la consecuencia de una mala experiencia, es la “tendencia natural” del paciente: “[Algunos] son miedosos por naturaleza... Hay personas miedosas por nada.” Esos pacientes serían los que sufrirían más severamente los efectos de una experiencia dolorosa o negativa en relación a la atención de su salud bucal.

Otra contradicción significativa es posible pensarse a partir de la declaración de la importancia de ver más allá de la boca de un consultante (“Está [en el consultorio] porque sufre o no quiere sufrir más adelante. Puedo ver eso antes que la caries o el problema”), sin embargo, a la hora de referirse a él, se habla de “una boca”, en lugar de una persona (“Es muy frecuente el miedo en las bocas que tienen que ser atendidas.” “Cuando una boca viene, hay que jugarse.”). ¿Con qué “otro” se relaciona ese profesional?

La fragmentación del cuerpo del otro, no va en favor de la consideración de un ser que sufre, que tiene historia que lo constituye, que tiene marcas que lo hacen único, que tiene afectos, dificultades, preferencias. El registro parcial del otro, probablemente confirmando lo que se señaló más arriba en este análisis, colabora en poder verse como único completo en esa relación. Quizás responda a una necesidad narcisística del profesional, que por un lado, se manifiesta receptivo a un sufrimiento que va más allá del dolor de una parte del cuerpo, y por el otro, secciona al otro de tal manera, que la idea de persona, desaparezca frente a él. ¿Obedecerá esta necesidad de un narcisismo “fuerte” a la exigencia de solucionar, de resolver con cierta celeridad, en algún punto, apremiante?

Haciendo una valoración teórica de la atribución del origen del miedo de los pacientes en la atención odontológica que hacen los entrevistados, nos encontramos con que se considera un miedo aprendido, producto de una o más malas experiencias previas de los pacientes. Todos los participantes sitúan en las malas experiencias odontológicas, la adquisición del miedo. Esta concepción conductista del miedo, no justifica este padecimiento en personas que lo sufren sin experiencias previas dolorosas o negativas, por un lado. Pero por el otro, además, desestima las implicancias de los registros inconscientes de la historia de cada sujeto, en el que la boca, según la teoría psicoanalítica lo afirma, es un sitio inaugural. Desconoce por lo mismo, que cada conducta es una manifestación exterior de un mundo interno, de otra dimensión del ser de su paciente.

Los entrevistados señalan que los propios pacientes a veces, no conocen este origen, no obstante ellos, se encargan de explicarlo: “Los que dicen que no saben de qué tienen miedo seguramente han escuchado historias ajenas que los influyeron.”

La mayoría afirma que las experiencias que supuestamente dan origen al padecimiento han sido vividas en la niñez, por lo que señalan como edad de mayor incidencia del mismo, la adultez. En este sentido, se destacan los cambios en la odontología a través del tiempo, dado que ahora a los niños se los escucha más, se los espera y esto contribuiría a evitar experiencias dolorosas que pudieran dejar huellas negativas en el futuro. Esto coincide con las declaraciones posteriores que señalan la odontopediatría como único espacio académico donde se piensan estrategias de abordaje que propicie experiencias odontológicas positivas.

EJE 5. Metodología de abordaje y resultados obtenidos.

Ante la pregunta sobre qué técnicas utiliza con sus pacientes en cada caso de miedo a la intervención profesional, surgieron algunos recursos que se reiteraron en casi todos los entrevistados. Se identificaron como recursos:

- Brindar confianza

→ Con la palabra

“La conversación antes y durante la práctica (en el durante es monólogo, jaja), es importante. Nunca dejo de hablarles.”

Si bien este recurso es atribuido en la mayoría de los casos al efecto tranquilizador de la familiaridad con el odontólogo y al establecimiento de un buen vínculo afectivo que permita al paciente abandonarse a su saber hacer, en uno de los entrevistados, es mencionado como efecto distractor: “Nunca dejo de hablarles. Eso los hace atender a lo que digo más que a lo que hago.” Descentralizar el foco de atención parece funcionar a la hora de atravesar el momento angustiante de la intervención.

→ Con autoridad a partir del saber hacer

“Hay que transmitir confianza mostrando por qué no deben temer, pero con firmeza. Si dudás en animarte a captar la atención, no sirve. Firmeza amable, pero firmeza.”

“Si no te mostrás seguro, o titubeas ante los posibles riesgos de una práctica, sonaste, como en cualquier profesión.”

“En primer lugar, encuentre lo que encuentre cuando abren la boca, siempre les digo que tiene solución, porque la tiene. Creo que eso tranquiliza.”

“Siempre con decisión, mostrándote seguro, por supuesto, porque si te ven con miedo a hacerles doler, perdiste. La decisión es fundamental para que ellos puedan sentir que vos te hacés cargo del tratamiento, que vas a solucionar su problema.”

Otorgar una figura en quien identificarse, para quien tomar las riendas de la situación no sea un problema incierto, ofrece al sujeto la vía tranquilizadora más directa ante la sensación de desvalimiento primitivo que se reedita en cada situación percibida como peligrosa, y lo convierte en vulnerable. El psicoanálisis sitúa esta angustia como la

piedra angular de la constitución subjetiva, y la explica a partir del concepto de la angustia de castración.

La cavidad bucal en particular, con sus componentes dentales, ofrece una metáfora sumamente representativa de la castración precisamente ante la pérdida real o el temor de pérdida, de las piezas que la componen. Perder una parte del cuerpo se convierte, según la teoría freudiana, a raíz de su significación inconsciente, en representativo de perder la posibilidad de acceso a la vida como sujeto, como ser autónomo y deseante.

Someterse ante quien introduzca dentro de esa cavidad tan significativa, el riesgo de las implicancias de la castración, no es sencillo de enfrentar para todos los sujetos, y esto dependerá de cómo haya vivido cada sujeto, esas instancias donde la castración real se vivía como posible.

→ Otorgando al paciente el control y dominio de la situación

“Establecer códigos especiales para avisarme cuando quiere que me detenga, también. Eso les da la tranquilidad de que no me voy a exceder más allá de lo que puedan aguantar. En general no necesitan pararme, pero, igual los tranquiliza saber que pueden hacerlo.”

A pesar de la necesidad de confiar en el saber hacer y las buenas intenciones del odontólogo, el paciente parece valorar la posibilidad de sostener el manejo de la práctica durante su ejecución. El posicionamiento del paciente en un lugar de sujeto, en lugar de uno de objeto, ya fue tratado en este apartado de análisis e interpretación, con motivo de los datos obtenidos en las respuestas del eje nº 1. Allí se señalaba la cuestión ética del profesional que tiene a cargo la cura, y la necesidad de cierto renunciamiento narcisístico como medio para lograr un tratamiento eficaz, que evite el sufrimiento innecesario, y contenga las angustias que emerjan ante él.

- Manejar adecuadamente el tiempo de las sesiones según las características de cada paciente

“El manejo del tiempo es para mí otro recurso, digamos. Dosifico las molestias. Voy de a poco.” “La manipulación del tiempo es importante. Si sufren, se corta más veces.”

Los odontólogos entrevistados mencionan el manejo del tiempo sólo en virtud de “dosificar” el dolor, de administrar las molestias causadas por el tratamiento, de modo que no se conviertan en tan intensas que no puedan ser soportadas.

Según la mirada psicoanalítica, podríamos decir que son los niveles de angustia los que determinarán la necesidad de avanzar rápidamente y concluir cuanto antes, o enfrentarlo paulatinamente, según las significaciones inconscientes del paciente en cuanto a la situación recreada en ese encuentro terapéutico. El umbral de dolor que cada sujeto posea, tendrá un referente inconsciente que lo justifique en cada caso.

- El uso del humor.

“El humor es un arma que debería usarse más en la vida, no solo en el consultorio.”

“[A algunos] les hacés más chistes... según como los ves cuando vienen.”

“Mirá, hasta tengo un libro de chistes acá. (Muestra un libro de Rolo Villar) A veces lo presto a los pacientes que les he tenido que leer alguno...”

Para la teoría psicoanalítica, el humor es una de las formas de gestión de lo inconsciente, en un escenario alejado de las cargas emocionales que lo determinan. “...el humor ocupa una plaza en la larga serie de los métodos que el aparato psíquico humano ha desarrollado para rehuir la opresión del sufrimiento...” (Freud S. , 2014, pág. 2998)

Además de los recursos enumerados, se señaló como técnica utilizada la denominada “Decir – Mostrar – Hacer”.

Ninguno de los profesionales entrevistados pudo reconocer el sustento teórico de esta técnica. Algunos, la atribuyeron a una cuestión de atributos humanitarios. “Responde al enfoque de la calidad como ser humano” “[Responde] al humano. (risas). No. No hay un enfoque teórico que te diga cómo tratar a las personas. Eso viene con el profesional. O no viene. Bueno, y si hay, no lo conozco.” “No hay magia ni procedimiento, ni fórmula. Es eso, llegás o no llegás a la gente.”

Nuevamente, podríamos pensar esta justificación como la base de la consideración de un posible “perfil apto” para el ejercicio de la profesión, y otro destinado inexorablemente a fracasar en el intento, sin poner en valor las capacidades de desarrollo de habilidades del proceso de formación profesional. Pero, estas

especulaciones exceden ampliamente los propósitos de este trabajo, por ello, sólo se reducen a este señalamiento, producto de las respuestas obtenidas en la recolección de datos realizada.

Volviendo a la técnica reconocida por los odontólogos consultados, Decir – Mostrar – Hacer, ha sido descrita de la siguiente manera: “Primero, explicar al paciente lo que se va a hacer, explicar el procedimiento y el por qué hay que hacerlo. [...] Después mostrar todo lo que vas a usar: lugar, instrumental, medicación [...] Y por último, procedés a trabajar. Que no haya nada de lo que vas a hacer que sorprenda al paciente.”

El principal objetivo de esta técnica es aliviar los temores, conformar las respuestas del paciente y señalar expectativas de conducta.

“Alguien que conoce lo que le van a hacer, ya sabe qué esperar, y no está expectante por miedo de alguna sorpresa. La información a mí me sirve siempre, por eso creo que también a mis pacientes.”

Las técnicas que apunten a la modificación de la conducta y el control de las emociones, apuntando a la manipulación de las condiciones ambientales que lo rodean en determinada circunstancia, están fundamentadas en la teoría conductista, desarrollada brevemente en el marco teórico presentado anteriormente. Proporcionar información que estructure la experiencia cognitivamente y la haga familiar y esperable, es la manera que esta técnica manipula las variables de la situación de intervención.

Una entrevistada señaló “...nunca dejo de reconocer los logros de cada paciente. Empiezo por los trabajos más sencillitos, cada uno que puedo terminar, un regalito, si en un niño (tengo estas caritas felices acá...) Si es un adulto, suelo regalar muestritas de pasta o de enjuague, siempre algo que los haga sentir reconocidos y les de ganas de enfrentar el próximo paso.”

En esta declaración podemos reconocer otras dos técnicas apoyadas desde el enfoque conductista. En principio, “Empiezo por los trabajos más sencillitos”, nos habla del cuidado de propiciar un acercamiento gradual a situaciones complejas, lo que el conductismo llama la técnica de *desensibilización*. Por otro lado, reconocemos en el resto del párrafo de sus dichos la técnica también conductista del *refuerzo positivo*, propia del condicionamiento operante formulada por Skinner. Ésta sostiene que la

consecución de un refuerzo positivo inmediatamente realizada la conducta esperable, determina la voluntad de repetición de la misma.

Se enunciaron otras respuestas en favor de la primera técnica, siempre, desconociendo su fundamento teórico "...si hay miedo, primero lo más tranquilo, no avanzar directamente hacia lo más grande." "...ir de a poco."

Con la aplicación de los recursos descriptos, los entrevistados manifiestan haber tenido muy pocos casos en los que finalmente no hayan podido trabajar. Se relatan algunos de ellos, donde lo interesante es poder pensarse, además de la limitación del paciente, las resonancias contratransferenciales del odontólogo en juego, que ya se han presentado en el análisis del eje nº 2.

EJE 6. Herramientas de la formación profesional.

Todos los entrevistados reconocieron como una incumbencia del odontólogo, la evaluación del grado de miedo del paciente. "Porque es con lo que voy a trabajar." "Seguro. Tenemos que hacer la evaluación porque sino no sabés cómo avanzar." "Es parte de nuestro trabajo. Es como los chacareros que no son meteorólogos, y tienen que hacer ciertas predicciones sobre el tiempo. Nosotros tenemos que evaluar el grado de incomodidad del paciente, para ver cuánto énfasis ponerle al vínculo, a la relación." "quién mejor que nosotros podrá saber cómo se te presenta un paciente relajado y otro tenso? Creo que es parte de nuestra rutina al recibir un paciente."

La totalidad de los entrevistados afirmaron hacer su evaluación por medio de la observación, básicamente, coincidiendo en que el interrogatorio no da resultados positivos en todos los casos, dado que hay muchas dificultades para admitir el problema "O lo escucho contármelo, a veces, o lo observo." "Presto atención a las manifestaciones clínicas." "Se nota en seguida, no hace falta mucho. Lo observo. Le hago preguntas, hablo y hablo" "A veces te lo dicen, a veces te tenés que quedar con la observación sola porque no te lo dicen."

La observación de sus pacientes parece ser una habilidad en la que están muy bien entrenados todos los entrevistados. Quizás esto se deba a la respuesta inmediata, la necesidad de resolución que el ejercicio de su práctica les exige. Este entrenamiento les hace valorar la situación del paciente con miedo, aun cuando éste no se implica en lo que le pasa, lo niega o lo evita.

También todos coinciden en que la técnica a aplicar para la intervención, es la misma siempre, aunque cada paciente se presente con diferentes necesidades. Sostienen que adaptan sus recursos en cada caso.

Ante la pregunta de la formación universitaria de grado como proveedora de herramientas para el abordaje del miedo en los pacientes, las respuestas también fueron orientadas en el mismo sentido. Sustentan la idea de que son insuficientes, cuando no inexistentes los contenidos curriculares relacionados con el abordaje del miedo de los pacientes en la atención odontológica. “No. Eso se aprende en la práctica después de recibirte.” “Y, pero ¿qué herramientas te pueden dar? O sos entrador, o no sos. No creo que pueda haber fórmulas a aplicar.” “No [nos brinda las herramientas suficientes]. Creo que salimos bastante crudos en ese sentido.” “Nada de esto se trata en la carrera como un tema importante.”

Dos de los entrevistados reconocen haber tratado el tema en relación a la atención pediátrica, pero no en adultos. “En niños se detienen más en este tema, pero en adultos, nada.” No obstante, una de ellas, admite “En aquel momento lo que aprendí para niños me sirvió y lo pude aplicar en todos. Si llegás a un niño, llegás a un adulto.”

Se sostiene como fortaleza de la formación académica el desarrollo teórico práctico en general, pero se reconoce la necesidad de profundizar en las cuestiones más subjetivas de los pacientes en virtud de lo inermes que manifiestan sentirse ante cuestiones que involucran lo psíquico como instancia determinante de problemas como el miedo de los pacientes a las prácticas, por ejemplo. “Lo teórico-práctico de la formación creo que es completa, salvo el tema de la cuestión psicológica del paciente. Ahí, noto una debilidad.” “Es sólida la formación teórico práctica que te dan. La debilidad quizás podría verse por este lado que estuvimos charlando. Las cuestiones psicológicas del paciente no son muy consideradas o si son consideradas, no se nos acerca demasiado a eso.” “Como falencia podría apuntar la falta de formación a cerca de lo psicológico del adulto. No creo que ofrezca herramientas para entender y encarar ciertas cosas que traen los adultos.”

Sólo dos participantes dicen no creer necesaria la modificación de los contenidos de su formación universitaria de grado en nada, aunque uno de ellos reconoce la falta de herramientas para el abordaje del miedo en los pacientes, y el otro no.

Con respecto a la pregunta de si el profesional cree que la intervención de un psicólogo, tanto en la instancia de evaluación, como en la de la planificación de la estrategia, podría colaborar con la tarea de abordar el miedo perturbador de los pacientes a la práctica odontológica, hubo tres respuestas categóricamente negativas. “En la formación no se prevé la posibilidad de la interconsulta entre el odontólogo y el psicólogo. Nunca.” “Creo que un psicólogo debería prepararnos para que nosotros lo hagamos [...] el odontólogo no puede articular eso con nadie, porque las cosas se dan en el consultorio, no tenés tiempo de cortar un arreglo, por ejemplo e ir a buscar a un psicólogo para que te diga cómo podés seguir.” “Es impensable. No. Hay gente que va al psicólogo y viene acá. Pero nunca se consideró dese la formación ni después yo, durante mis veinticinco años de práctica la posibilidad de la interdisciplinariedad con la psicología. No la creo necesaria.”

De las otras cuatro respuestas, dos se manifiestan a favor de la interconsulta cuando fuera necesario, que funcione a modo de “capacitador” en algunos casos, y además consideran positivo que el paciente consulte con un psicólogo para encarar un tratamiento que le evite el sufrimiento y le permita mantener su salud bucal a pesar del miedo “pienso que lo ideal sería que el paciente pueda tratarse para aliviar el sufrimiento, y que la práctica no le resulte tan estresante, y nosotros estar en contacto con su terapeuta para recibir sugerencias de cómo trabajar con ellos.” “me parece que [los psicólogos] son los más capacitados para eso.”

Otra opinión, solo considera positivo que el paciente se trate con un psicólogo cuando el miedo le impide la intervención odontológica, sin involucrarse en la necesidad de participar interdisciplinariamente con la articulación de ambos saberes: “En los casos en los que no se puede trabajar, me imagino que se les podría recomendar consultar con un psicólogo. En el resto, no lo creo necesario. Si finalmente lo pueden enfrentar, con más o menos sufrimiento, pero lo logran, para qué?”

Y la última discrimina entre dos intervenciones posibles del psicólogo “En el tema de la evaluación, no, porque los que estamos trabajando con los pacientes, somos nosotros en el consultorio. Y quizás el miedo lo despierta esa situación y no se despierte en una consulta con un psicólogo. Pero en los planteos estratégicos, seguramente podrían ayudar mucho.”

A partir de estas respuestas se desprende la necesidad de un espacio donde este debate pueda darse. Ni los que opinan negativamente con la aseveración más categórica, ni los

que se posicionan positivamente ante la interdisciplinariedad parecen tener claros los alcances posibles de la dinámica dialéctica entre el saber odontológico, y el psicoanalítico, en particular, como saber sustentado en la teoría desde donde se formula este trabajo.

8. CONCLUSIONES

Es necesario dejar claramente establecido que el presente trabajo está basado en una muestra reducida en número, lo que la inhabilita para ser concluyente en sentido amplio. No obstante, sí asegura la oportunidad de pensar la temática planteada desde la experiencia y el aporte de quienes intervienen en el campo, vivenciando la realidad de los efectos del miedo de los pacientes en la atención odontológica, y ejecutan acciones que les permiten sortear sus dificultades y lograr prácticas satisfactorias a pesar de ellos. Como evaluación de este trabajo, se consideran cumplidos los objetivos planteados al principio de éste, habiéndose podido identificar y describir las estrategias de abordaje del miedo de los pacientes al tratamiento estomatológico que practican los odontólogos de la ciudad de Villa Constitución, vinculándolas a la concepción de miedo en que se sustentan.

Ha quedado señalado según la recurrencia en los datos obtenidos, que el tema clave en el campo abordado, tiene que ver con lo relativo a la relación odontólogo-paciente. La confianza y la vinculación afectiva han sido marcadas como indispensables para una práctica exitosa.

Basados en el convencimiento de la relevancia de una relación sólida (y, en algunos casos, suficiente) para lograr una respuesta favorable en sus pacientes, los odontólogos consultados, manifiestan poner en práctica ciertos recursos que les permiten abordar el tema del miedo excesivo de algunos consultantes, basados en principios de la teoría conductista: desensibilización, estructuración cognitiva de la experiencia, refuerzos positivos.

Coherentes con esos principios, que sostienen la posibilidad de la modificación y, por lo tanto, de la predictibilidad de la conducta a partir del condicionamiento de ciertas variables ambientales, la concepción de miedo en la que basan su accionar es la de un miedo aprendido como efecto de determinadas experiencias. Esto quedó claramente expresado en los dichos de todos los participantes cuando atribuyen el origen del padecimiento actual de sus pacientes adultos a experiencias negativas de la niñez, o de sus primeros contactos con la atención odontológica.

La explicación del miedo desde una concepción conductista, omite la interrogación sobre las causas profundas del problema, lo cual se muestra llamativamente

contradictorio dado el reconociendo que hacen los odontólogos de que no todos los sujetos son iguales, ni responden de la misma manera ante el mismo estímulo. Aun sosteniendo esta afirmación, se piensan criterios estandarizados de abordaje que no discriminan historias subjetivas.

Los odontólogos consultados parecen compartir este enfoque ecléctico en el que, por un lado, se les da espacio a motivaciones singulares de cada sujeto (concepción ligada a la teoría psicoanalítica), pero, por el otro, no son tomadas en cuenta a la hora de las prácticas con pacientes con el padecimiento, abordándose el problema de manera generalizada.

La cuestión de colocar en el otro extremo de la relación a un sujeto (no una boca), cuyo malestar es consecuencia de procesos inconscientes (y por ser éstos de tal condición, no pueden ser manejados voluntariamente por el paciente) no parece ser contemplada en todos los casos por los odontólogos consultados. Las reacciones extremas como desmayos, o convulsiones denuncian un estímulo que excede al yo del sujeto, y le ocasionan la pérdida de control de su propio cuerpo, y aun de otras funciones yoicas como la posibilidad de hacer un análisis y posterior adaptación a la realidad que está viviendo. Estas consideraciones quedan por fuera desde un enfoque que apunta a las conductas observables, y a las declaraciones literales.

Hay un tema de pertinencia disciplinar que podría explicar el hecho de que, en el caso del odontólogo, lo que se necesite, sea abordar la práctica estomatológica, y no el padecimiento del miedo. Sin embargo, en virtud de lo intrincado de ambas cuestiones, de la inevitable manifestación de uno en ocasión de otra en algunos sujetos, será menester un cuidadoso entrecruzamiento de saberes que permitan poner en el foco al objeto de todo saber médico, que es el ser humano.

Sabemos que, en lo concerniente al psiquismo, los síntomas nunca remiten a una sola causa, del mismo modo que “la curación no es otra cosa que una transformación existencial del sujeto”. (Roudinesco, 2000, pág. 40)

Es por ello que esperar de los odontólogos y de su ciencia, un despliegue que apunte a la cura del problema del miedo, sería tan pretencioso como fuera de lugar. De lo que se trata es, como ya se dijo en varias oportunidades en este trabajo, lograr un saber hacer que pueda articular las múltiples nociones involucradas en el abordaje del problema, desde el diseño de estrategias acordes a su gravedad, su incidencia y su persistencia.

Será entonces necesaria una mirada integradora apuntada en dirección de lograrlo, que contemple y promueva la inclusión de profesionales con orientación psicoanalítica participando:

- Del proyecto curricular de parte de la carrera de formación de grado en odontología.
- Del diseño de estrategias de abordaje del problema del miedo desencadenado en los pacientes ante la práctica odontológica.
- Por medio de la interconsulta ante los casos de difícil resolución, como espacio de aporte teórico que permita pensar que cada paciente es un ser humano que sufre, es una historia que escuchar y decodificar en su cuerpo.
- Por medio de la práctica de la derivación (que pareciera estar en desuso en estos casos).

Algunas cuestiones abiertas

Ciertos puntos quedan abiertos a manera de inquietud pasibles de ser retomados en futuros trabajos, o como dirección señalada para nuevas incursiones en la temática. Una de ellas tiene que ver con el tema de la formación académica de los odontólogos y la inclusión (o su puesta en valor, en caso de estar éste convenientemente incluido) del tema de la importancia de la construcción de las subjetividades, las motivaciones inconscientes de las conductas humanas y el valor erógeno que reviste la zona oral, que es el teatro de operaciones de su práctica.

Una línea de trabajo que podría aportar mucho al tema del abordaje del miedo de pacientes en ocasión de la práctica odontológica, tiene que ver con lo referido a la cuestión vincular. Una relación interpersonal es bidireccional, de manera que tanto uno tiene efectos sobre otro, como viceversa. Y en ese sentido, también se ha apuntado la importancia de acceder a la lectura de las resonancias contratransferenciales del profesional. Será necesario que el profesional trabaje estas cuestiones porque el establecimiento de una relación interpersonal transferencial es favorecedora de una práctica efectiva que tienda a evitar los efectos de la angustia que provoca, y es, a su vez, necesaria para un ejercicio más saludable de su profesión.

Sería interesante también, poder establecer criterios de derivación de pacientes hacia consultas con profesionales psicólogos, para la adecuada evaluación de ciertos casos y de sus posibilidades terapéuticas.

Si bien queda ciertamente acordado por todos que es competencia del odontólogo la evaluación del estado de angustia que acompaña a cada paciente a su consulta, es indiscutiblemente terreno propio del psicoanálisis, el hacer una lectura particular de cada una de ellas para descifrar hasta qué punto están comprometidas las significaciones simbólicas que involucran a la boca como escenario de conflictos que van más allá de lo visible.

Es en función de esto que se afirma que el psicoanálisis tiene mucho que aportar a la hora de pensar abordajes necesarios para que la atención odontológica sea posible, efectiva y esté ocupada en evitar los sufrimientos innecesarios en los seres humanos investidos por mucho más que miedo.

Bibliografía

- Ardilla, R. (Mayo - Agosto de 2013). *Scielo*, Vol45 n° 2. (R. L. Psicología, Editor, & Scielo, Productor) Recuperado el 4 de Julio de 2015, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342013000200014&script=sci_arttext
- Assoun, P. L. (1982). *Introducción a la epistemología freudiana*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Brami, P. (1992). *La boca: entre el placer y el sufrimiento*. Bourdeaux, Francia.
- Cía, A. H. (1999). *Estrategias para superar el pánico y la agorafobia*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Cruz, C. L. (2008). Factores causantes del miedo en la atención estomatológica. *16 de abril Revista científico estudiantil de Ciencias Médicas de Cuba* .
- Cyrułnik, B. (2005). *Los Patitos Feos*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Damasio, A. (2011). *El error de Descartes*. Buenos Aires: Paidós.
- Doltó, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (2013). *Conferencia XXII*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (2013). El carácter y el erotismo anal. En S. Freud, *Tomo X - O.C.* Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (2014). *El Humor (1927)*. barcelona: SigloXXI.
- Freud, S. (2013). *El Malestar en la Cultura*. Buenos Aires: SigloXXI.
- Freud, S. (2013). *Esquema del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (2013). *Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas (1888-93)*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (2013). *Inhibición, Síntoma y Angustia (1925)*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (2013). *Más allá del principio del placer* . Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (2013). *Más allá del principio del placer*. Madrid: Siglo XXI.
- Freud, S. (2013). *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (2013). *Psicoterapia (tratamiento del espíritu) (1905)*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (1913). *Psicoterapia de la histeria (1895)*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (2013). *Pulsiones y destinos de pulsión (1915)*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (2013). *Recordar, repetir, reelaborar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (2013). *Totem y Tabú*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Freud, S. (1986). *Tratamiento Psíquico (Tratamiento del alma)* (Segunda ed., Vol. I). (J. L. Etcheverry, Trad.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2013). *Tres ensayos para una teoría sexual* (I ed., Vol. 9). (L. L. Torres, Trad.) Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (2013). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fundación Universitaria Konrad Lorenz. (1980). John B. Watson (1878-1958). *Redalyc* , 12 (3).
- J. Laplanche, J. P. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor S.A.
- Krahn, N., García, A., Gómez, L., & Astié, F. (2011). Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión. *Redalyc* , 213-222.
- Ledesma, J. G. (2003). *Teorías del aprendizaje*. Méjico D.F.: Progreso S.A. de C.V.
- Magda Lima Álvarez, T. R. (2006). Algunos factores de riesgo y fenómenos psicológicos relacionados con el estado de salud bucal. *Scielo* .
- Marcano, A. d. (2007). TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LAS MANIFESTACIONES DEL MIEDO A LA CONSULTA. *ODOUS CIENTIFICA - Vol VIII, N° 1* , 11-12.
- Martínez, G. S. (1998). *www.redalyc.org*. Recuperado el 18 de junio de 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80530110.pdf>
- Pinel, J. P. (2010). *Biopsicología*. Madrid: Pearson Educación S.A.
- Prieto, P. P. (2011). ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL MIEDO DENTAL EN UNA MUESTRA DE UNIVERSITARIOS DE DIFERENTES LICENCIATURAS. *Tesis Doctoral* . Valencia, España: Universitat de València Servei de Publicacions.
- R.A.E. (2001). *Diccionario* (22ª ed.). Madrid, España: Espasa Calpe.
- Rabaldo Bottan, E. O. (julio de 2007). *Ansiedade ao Tratamento Odontológico em Estudantes do Ensino Fundamental Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. Recuperado el 23 de septiembre de 2014, de <http://www.redalyc.org/http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63770308>
- RAE. (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. Madrid: Espasa Calpe.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario 22ª edición*. Madrid: Espasa Calpe.
- Ríos Erazo M., H. R. (enero-febrero de 2014). <http://scielo.isciii.es/>. Recuperado el 17 de octubre de 2014, de Avances en Odontoestomatología: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852014000100005&script=sci_arttext&tlng=en
- Rojas Alcayaga, H. M. (2011). EFICACIA DE LAS TÉCNICAS DE PERCEPCIÓN DE CONTROL Y RELAJACIÓN EN LA REDUCCIÓN. *Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 49 N° 4* .
- Roudinesco, E. (2000). *El por qué del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Sharif, M. O. (marzo-abril de 2010). *Journal of Applied Oral Science*. Recuperado el 17 de Octubre de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572010000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Spitz, R. (2013). *El Primer Año de Vida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

UNLaM. (1 de noviembre de 2012). Recuperado el 7 de noviembre de 2014, de Agencia Ciencia, Tecnología y Sociedad:

<http://www.ctys.com.ar/index.php?idPage=20&idArticulo=2206>

Vázquez Campos, M. E., & Montes de Campos, E. (2013). *Diagnóstico y diseño de un programa de orientación en atención psicológica primaria, dirigido a estudiantes de quinto año de la facultad de odontología de la universidad de el salvador, que brindan consulta a pacientes en etapa infantil*. San Salvador: Universidad El Salvador.

Yanett Casanova Rivero, A. T. (2006). Miedo al tratamiento estomatológico en pacientes de la clínica estomatológica docente provincial. *Scielo* .

ANEXO I

Diseño del instrumento para recolección de datos

Entrevista semiestructurada.

1. Objetivo de la entrevista

Conocer los modos de abordaje del miedo a la consulta odontológica que utilizan los entrevistados en su práctica profesional.

2. Ejes de la entrevista

- Datos profesionales. Orientación personal hacia la disciplina. Especialización.
- Experiencia en atención de pacientes con miedo excesivo a la práctica.
- Características observadas de esta afección.
- Atribución del origen.
- Metodología de abordaje resultados obtenidos.
- Herramientas de la formación profesional.

3. Preguntas

Datos profesionales. Orientación personal hacia la disciplina. Especialización.

- ¿Cómo llegó a la profesión? ¿Cómo hizo su elección?
- ¿Cuántos años hace que la practica?
- ¿Tiene alguna especialidad?
- ¿Tiene experiencia en el sistema de salud pública? ¿Dónde la adquirió? ¿Cuánto tiempo trabajó?
- ¿Cuál cree que es su fortaleza en la práctica?
- ¿Le interesa desarrollarse en alguna otra área del saber odontológico?

Experiencia en atención a pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica.

- ¿Se ha encontrado con pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica?

- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Podría señalar alguna franja etaria en particular como de mayor incidencia?
- ¿Ha resuelto el problema desde su formación académica, o debió recurrir a alguna instancia de apoyo?
- Si debió recurrir ¿A cuál? ¿Cómo lo ayudó? ¿Siguió buscando esta u otras instancias de asistencia en circunstancias similares?

Características observadas de la afección

- ¿Cuáles son las manifestaciones más comunes observadas en pacientes con esta problemática?
- ¿Se le han presentado modalidades diferentes del problema o básicamente las manifestaciones son similares?
- ¿Podría atribuirle grados de gravedad?
- ¿De qué cree Ud que depende el grado de gravedad?
- ¿Me podría referir los alcances que observa en los casos más graves?
- ¿Encuentra Ud mayor problema en la gravedad o en la persistencia?
- ¿Cree Ud. que los casos menos graves son más fáciles de solucionar?

Atribución del origen

- ¿Refieren los pacientes conocer el origen de esta afección?
- ¿Cuál es el origen que más se señala?
- ¿Considera necesario conocerlo para determinar qué técnica aplicar para contrarrestar sus efectos?
- ¿Dónde sitúa Ud el origen de este padecimiento?
- ¿Piensa que en todos los pacientes tiene la misma etiología?
- ¿Piensa Ud que el origen determina la gravedad del cuadro?

Metodologías de abordaje y resultados obtenidos

- ¿Qué técnicas utiliza en cada caso?

- ¿Siguen pasos sistematizados a modo de protocolo?
- ¿Las puede describir detalladamente?
- ¿Podría identificar el enfoque teórico a que responden?
- ¿Fue capacitado para su instrumentación durante su carrera de grado?
- ¿Dispone de diversos recursos para implementar ante las diferentes necesidades?
- ¿Qué resultados ha obtenido aplicando estos recursos?
- ¿Resultaron efectivas en todos los casos?
- ¿Los tiempos del proceso que lleva al paciente a una respuesta favorable dependen para Ud de la efectividad de las técnicas? Si no ¿De qué dependen?
- ¿Tuvo casos en los que finalmente no haya podido trabajar con el paciente afectado?
- ¿Qué le sugirió hacer al paciente en esos casos?

Herramientas obtenidas por la formación académica

- ¿Considera Ud una incumbencia del odontólogo la evaluación del grado de ansiedad del paciente?
- ¿Cómo evalúa al paciente para precisar este dato?
- ¿Define Ud el procedimiento más apropiado para cada paciente en función del miedo que éste presenta?
- ¿Cree Ud que su formación de grado incluye los contenidos necesarios que le otorguen herramientas de abordaje ante estos casos?
- ¿Cuál es a su juicio la fortaleza de la formación académica que ha recibido, y cuál su debilidad?
- ¿Modificaría algo de ella?
- ¿Cree que la intervención de un psicólogo, tanto en la instancia de evaluación, como en la de la planificación de la estrategia, podría colaborar con la tarea de abordar el miedo perturbador a la práctica odontológica?

Entrevista N° 1

Datos profesionales. Orientación personal hacia la disciplina. Especialización.

- ¿Cómo llegó a la profesión? ¿Cómo hizo su elección?

Los números no eran lo mío. En el polimodal no tuve la opción de elegir terminalidad en ciencias naturales, por lo que mi orientación fue economía. Terminé odiándola. No me gustó. Eso fue lo que me confirmó por si tenía alguna duda, que yo quería buscar para este lado. Y, por otro lado, yo tengo la base de mi mamá (odontóloga desde hace 35 años) y si no elegía esto, era como desperdiciar la oportunidad de hacer lo que me gustaba. Los primeros años de la carrera no estaba muy convencida, porque son de mucha teoría, no ves nada de práctica, y eso genera una incertidumbre de si es o no lo que te gusta. A medida que pasaron los años, cada vez más convencida, empezás a trabajar con pacientes, y ahí lo confirmé ya definitivamente.

- ¿Cuántos años hace que la practica?

Desde el 2010. Cinco años.

- ¿Tiene alguna especialidad?

Ortodoncia, estoy terminando ahora. Hago también periodoncia.

- ¿Tiene experiencia en el sistema de salud pública? ¿Dónde la adquirió? ¿Cuánto tiempo trabajó?

Sólo durante la carrera, cuando cursaba Odontología Social, que nos llevaban a algún dispensario. Después de recibida, aproveché el consultorio que ya tenía instalado mi mamá en casa. Lo privado es lo más sencillo hoy en día, y es lo único a lo que podés acceder de entrada, cuando te recibís. A la salud pública no podés acceder hasta que no hayas hecho una concurrencia de dos años no rentada, trabajando para la provincia o la municipalidad ese tiempo donde se te designe, y rindiendo exámenes. Después de terminada, entrás a un escalafón, y estás supeditada a que te llamen. Yo no lo hice por

una cuestión de comodidad, si querés. Si necesitás trabajar, es difícil hacer las dos cosas de entrada, menos si querés hacer posgrados o especialidades que tenés que pagar.

- ¿Cuál cree que es su fortaleza en la práctica?

Me siento segura en la ortodoncia. Me gusta mucho lo que es prevención, explicar a niños y a adultos, el mecanismo del cepillado, el uso de accesorios, hilo, enjuague.

- ¿Le interesa desarrollarse en alguna otra área del saber odontológico?

Por ahora, la ortodoncia me atrae. Por supuesto que siempre aparecen cosas nuevas y siempre hay algo que por ahí... pero como a mí no me gusta la parte de cirugía, y la ortodoncia se relaciona con otras prácticas como los implantes, está muy relacionada con todo. En general empezás a atender a niños en esta especialidad, los conocés cuando tienen tres o cuatro años, y los seguís viendo hasta que son más grandes, eso me gusta.

Experiencia en atención a pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica.

- ¿Se ha encontrado con pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica?

Todos los días te encontrás con pacientes con miedo. Algunos te lo manifiestan, otros no. Yo prefiero que me lo digan y por lo general trato de preguntar si le da miedo cada cosa. Si son chicos muestro mucho antes de hacer. Explico y muestro lo que voy a hacer. Nunca empiezo a trabajar sin contarles qué voy a hacer, con qué voy a trabajar. Los pacientes adultos son los más complicados, porque en general no te dicen nada, y después tenés episodios de desmayos, se transpiran, y son más complejos de resolver. Los chicos se largan a llorar, pero los adultos se te descomponen.

- ¿Con qué frecuencia?

No tengo calculada la frecuencia, pero más o menos en el día uno de cada diez pacientes, te avisa que tiene miedo y te cuesta más trabajar y resolver después la situación porque sabés que es el que peor la va a pasar. Hay gente que ya sabés que viene y la va a pasar mal. Entonces, tenés que hablar bastante, acortar las sesiones, trabajar más pausadamente, más lento, charlar, distraerlo de lo que le estás haciendo, para que no...

- ¿Podría señalar alguna franja etaria en particular como de mayor incidencia?

No. En todas las edades se ve.

- ¿Ha resuelto el problema desde su formación académica, o debió recurrir a alguna instancia de apoyo?

No, nunca. Además de la formación académica, yo me pongo en el lugar del que está sentado en el sillón y muchas veces les cuento experiencias personales de miedo. Por ejemplo, las extracciones de sangre me descomponen, median miedo, por eso yo cuando voy a hacerme análisis, lo aviso, y pido que me lo hagan en camilla, yo prefiero eso. Y así no pasa nada, cuando terminan me levanto y me voy. No me descompongo como cuando estoy sentada. Y se los cuento, trato de ponerme en su lugar y que ellos me cuenten si les da miedo la anestesia, la turbina, o cualquier cosa, porque así es mucho mejor para ir con cuidado con eso. Intento transmitirle la confianza de que a mí también me pasa lo que a ellos. Me pongo en su lugar.

- Si debió recurrir ¿A cuál? ¿Cómo lo ayudó? ¿Siguió buscando esta u otras instancias de asistencia en circunstancias similares?

Características observadas de la afección

- ¿Cuáles son las manifestaciones más comunes observadas en pacientes con esta problemática?

En niños, llanto, no abren la boca, se niegan. En el adulto, palidez, transpiración, sienten calor, se desvanecen. Por ahí piden parar, toman agua, respiran hondo, y después seguimos a veces, y a veces no se puede. En estos últimos casos, por lo general vuelven, pero depende de cómo fue la primera vez que vinieron. Si la primera vez le diste suficiente confianza o los trataste bien y te pusiste en su lugar, vuelven.

- ¿Se le han presentado modalidades diferentes del problema o básicamente las manifestaciones son similares?

No. Las manifestaciones son básicamente siempre las mismas.

- ¿Podría atribuirle grados de gravedad?

Todos terminan en el desmayo. Pero en lo relativo al miedo, las reacciones son todas iguales.

- ¿De qué cree Ud que depende el grado de gravedad?

En algunos casos debe ser más fuerte el dolor dental que el sufrimiento momentáneo de la consulta. Otros, por más que quieran, no pueden.

- ¿Me podría referir los alcances que observa en los casos más graves?

Lo grave se da cuando tenés algún paciente con alguna patología como epilepsia, o diabetes no controlada que no te avisa y de repente tiene una crisis, eso sí complica. Por eso siempre tratamos de preguntar antes sobre enfermedades de base como para tenerlo en cuenta.

- ¿Encuentra Ud mayor problema en la gravedad o en la persistencia?

Creo que la persistencia es más complicada, porque cada vez que tenés que trabajar tenés que generar confianza, y trabajar despacio, interrumpiendo mucho. Hay casos muy graves, pero una vez superado, se trabaja sin problemas.

- ¿Cree Ud. que los casos menos graves son más fáciles de solucionar?

Sí. El miedo leve es más sencillo. Pero cuando es persistente, entorpece bastante. Depende de a raíz de qué tienen miedo. Puede ser que una mala experiencia con una extracción lo deje muy alerta con las extracciones, pero el resto de las prácticas, no le genere nada. En otros casos, el hecho de venir al consultorio, ya les da miedo, ya la persona del odontólogo, el olor, el ruido, la luz. Depende, hay personas que tienen esos miedos y otras ya vienen con problemas psiquiátricos, o con un combo de cosas que les hace muy difícil estar relajados acá.

Atribución del origen

- ¿Refieren los pacientes conocer el origen de esta afección?

A veces te cuentan malas experiencias en las prácticas. Pero muchas otras también refieren malos tratos, independientemente de las prácticas que se realizaron. Cómo lo trató el odontólogo, le dio importancia o no al problema que tenía, le dedicó tiempo, eso les genera un rechazo y vienen y se quedan sentados, no hablan... y si no tenés confianza, no podés trabajar.

- ¿Cuál es el origen que más se señala?

Las malas experiencias.

- ¿Considera necesario conocerlo para determinar qué técnica aplicar para contrarrestar sus efectos?

Si es por malas experiencias en prácticas, sí, para trabajar con cuidado en esas áreas. Pero cuando se trata del trato que recibieron, cada uno es como es y yo trato a todos por igual, no creo necesitar un trato especial por más que venga castigado con eso. Por ahí notás que algunos necesitan que se los escuche más que otros, y los escuchás unos minutos, y por ahí la cosa cambia a partir de allí. Pero eso lo podés hacer sólo en los consultorios privados, en los públicos tenés una cantidad de pacientes que te impide detenerte mucho con cada uno.

- ¿Dónde sitúa Ud el origen de este padecimiento?

Malas experiencias con el dolor. Mala atención por parte de la persona del odontólogo.

- ¿Piensa que en todos los pacientes tiene la misma etiología?

En algunos una, en otros otra. Depende.

- ¿Piensa Ud que el origen determina la gravedad del cuadro?

No. A veces una situación ínfima despierta un gran miedo. Otras, una gran experiencia negativa, deja una secuela apenas de inquietud. Hay que ver cada persona, cómo es el paciente.

Metodologías de abordaje y resultados obtenidos

- ¿Qué técnicas utiliza en cada caso?

En niños, es muy importante que las sesiones sean cortas, no cansarlos, ir de a poco, a veces las primeras sesiones no se trabaja, sino que las dedicas a conocerlos, explicar, charlar, entrar en confianza, y después recién empezar con el trabajo. Si lloran en la primer sesión yo hago intervenir a los padres, sentándose juntos en el sillón para que les de más tranquilidad.

En adultos hago lo mismo. La técnica se llama “Decir, mostrar y hacer”. Cuando les mostrás los efectos de la turbina en el dedo de su mano por ejemplo, y ven que no les

pasa nada, que no se lastiman, no sangran, no duele, ya se relajan y así se puede trabajar más tranquilos. Siempre informar y mostrar. Hablar bastante antes. Si tiene miedo y viene medicado, preguntar qué toma.

La manipulación del tiempo es importante. Si sufren, se corta más veces.

- ¿Sigue pasos sistematizados a modo de protocolo?

No referente al miedo. Por ahí sí, si declara alguna patología, sí se pregunta sobre la medicación.

- ¿Las puede describir detalladamente?

Decir, mostrar y hacer es la técnica básica, y se ejecuta así, en ese orden.

- ¿Podría identificar el enfoque teórico a que responden?

Es esa. Como suena. Es para generar confianza.

- ¿Fue capacitado para su instrumentación durante su carrera de grado?

Es la única para la que fui capacitada, creo. En la parte de niños, sí. Pero en adultos, no nos dan suficientes opciones.

- ¿Dispone de diversos recursos para implementar ante las diferentes necesidades?

La técnica es siempre la misma. Lo que cambia es dónde pongo más cuidado según lo que observo en el paciente, o lo que éste me declara. El objetivo final es que el paciente logre entrar en confianza conmigo. Si confía en mí, se va a dejar atender. Si no, lo va a hacer muy difícil.

- ¿Qué resultados ha obtenido aplicando estos recursos?

En general los pacientes responden con distintos niveles de confianza, pero finalmente se puede trabajar con casi todos.

- ¿Resultaron efectivas en todos los casos?

No. A veces se te queman los papeles, y ni la confianza, ni la charla, ni mostrar parecen ser útiles. Hay sesiones que se repiten sin poder trabajar. Pero al final, casi todos enganchan y de a poco, se dejan. Pero, hay que ser muy paciente y creativa (risas).

- ¿Los tiempos del proceso que lleva al paciente a una respuesta favorable dependen para Ud de la efectividad de las técnicas? Si no ¿De qué dependen?

No siempre, como ya te dije. Para mí, depende del grado de confianza que finalmente se logre. Yo me pongo en el lugar del paciente, de igual a igual, no como un superior. Que no me vean como más que ellos. Yo trato que sea igual que yo. Charlar, hablar, generar confianza, contarles yo mis miedos, entonces saben que vos también, bueno, entonces se ríen y aflojan un poco. Ponerte a la par.

- ¿Tuvo casos en los que finalmente no haya podido trabajar con el paciente afectado?

Una vez no pude trabajar con un niño que nunca abrió nunca la boca. Traté varias sesiones, pero se ve que no le gusté, o no sé. Nunca se relajó y nada de lo que hacía parecía gustarle.

- ¿Qué le sugirió hacer al paciente en esos casos?

Lo derivé a un servicio de la facultad, donde lo iba a atender un especialista en niños.

Herramientas obtenidas por la formación académica

- ¿Considera Ud una incumbencia del odontólogo la evaluación del grado de miedo del paciente?

Si. Porque es con lo que voy a trabajar. Es nuestra responsabilidad conocerlo. Es imposible no conocerlo además, cuando con una simple observación ya se nota. Lo del grado, también es notable a medida que avanzás en el trabajo con el paciente. Al principio pueden disimular, pero en seguida salta, es inevitable.

- ¿Cómo evalúa al paciente para precisar este dato?

Observación. En la formación académica, en ninguna cátedra te preparan para evaluar el miedo del paciente. Sólo nos encontramos con él, y hay que combatirlo generando confianza. Nada más. No aplico test, ni otros métodos que he leído que hay para evaluarlo, no sabría aplicarlo, la verdad y no conozco si son efectivos.

- ¿Define Ud el procedimiento más apropiado para cada paciente en función del miedo que éste presenta?

Si, pero la técnica de decir, mostrar y hacer es siempre la misma.

- ¿Cree Ud que su formación de grado incluye los contenidos necesarios que le otorguen herramientas de abordaje ante estos casos?

No. No todos los pacientes son iguales. Eso se aprende en la práctica después de recibirte. Lo que salimos sabiendo es el tema de generar confianza, ahora cada uno lo hará a su manera. En niños se detienen más en este tema, pero en adultos, nada. En la parte de niños, por ahí sí. Pero en adultos el tema no se trata específicamente. Por eso en niños, dedicamos más tiempo a preguntar experiencias previas, si tuvo, cómo fueron. Porque a veces el miedo al chico se lo transmite el papá. Pero en adultos, nunca preguntamos sobre el miedo.

- ¿Cuál es a su juicio la fortaleza de la formación académica que ha recibido, y cuál su debilidad?

Esa podría ser una debilidad, la del tratamiento del miedo. También eso depende mucho de la persona y el ámbito. Acá aparece otra vez lo del tiempo en la atención pública. En las prácticas que hacíamos en la facultad, no tenés el tiempo de charlar con el paciente según lo que él necesite, venía el profesor, tenías a veinte chicos mirando, entonces no podías generar la confianza necesaria. Y eso es importante para el paciente. En la Facultad, eso se dejaba un poco de lado, porque no se podía, lo mismo en toda la salud pública, a lo que se agrega que a veces no tenés instrumental o materiales necesarios para resolver todo. Eso limita mucho.

En lo teórico, la carrera es fuerte.

- ¿Modificaría algo de ella?

La formación está bien. Si a vos te interesa saber más, o sentís que no te alcanzan los recursos que tenés, después te podés seguir formando. Modificar lo de las prácticas es muy difícil. La demanda es mucha, no es tan grande el espacio.

- ¿Cree que la intervención de un psicólogo, tanto en la instancia de evaluación, como en la de la planificación de la estrategia, podría colaborar con la tarea de abordar el miedo perturbador a la práctica odontológica?

En la formación nunca se mencionó. Nunca vimos la relación con el psicólogo, ni en casos de atención a personas con capacidades diferentes. En la Facultad hay un sector que es un piso donde se atienden chicos con capacidades diferentes, autistas, y nunca se mencionó la posibilidad de un psicólogo como necesario para acompañar al profesional que atiende a esos chicos. En la parte de niños, que también estaría bueno, tampoco nunca se mencionó, jamás. Nunca vimos la relación con el psicólogo. A veces en el consultorio, se puede preguntar si el paciente probó ir a un psicólogo. Hay algunas personas que te cuentan que van a uno. Pero vos no siempre podés recomendarle que vayan, porque no todos lo van a tomar bien. En la formación no se prevé la posibilidad de la interconsulta entre el odontólogo y el psicólogo. Nunca.

Datos profesionales. Orientación personal hacia la disciplina. Especialización.

- ¿Cómo llegó a la profesión? ¿Cómo hizo su elección?

Me gustaba porque en mi casa la cuestión de los dientes era muy importante. Mi madre no nos daba respiro con ese tema y mi hermano y yo vivíamos visitando preventivamente al odontólogo, que en aquella época, trabajaba de una manera muy distinta a como trabajamos ahora. Y gracias a eso, mi relación con la profesión se gestó amigablemente allí, en esa época de la niñez.

- ¿Cuántos años hace que la practica?

Hace 23 años que trabajo. Mucho, no?

- ¿Tiene alguna especialidad?

No hice nada especial en lo académico que me caracterice. Hice cursos de todo lo que se ofrece por ahí. Hago general. Me gusta todo.

- ¿Tiene experiencia en el sistema de salud pública? ¿Dónde la adquirió? ¿Cuánto tiempo trabajó?

No trabajé más que lo que se me presentó como oportunidad dentro de la residencia de la carrera. Trabajar en la salud pública es complicado. Lleva mucho tiempo de trabajo sin rentar para acceder a un puesto. Bueno, por lo menos eso era así cuando yo me recibí. Mis padres me instalaron el consultorio en su casa, y ese fue el regalo de graduación. Ya tenía todo para empezar ahí. Y fui cómoda, la verdad. Ahí me quedé. Y además, justo se había jubilado en ese momento el odontólogo que tenía el consultorio cerca de ahí, en mi pueblo, porque yo no vivía acá todavía. Así que quedaban muchos pacientes sin atender. Eso hizo que tenga trabajo enseguida, y mucho. Así que la salud pública nunca fue una opción para mí.

- ¿Cuál cree que es su fortaleza en la práctica?

Las extracciones. Me buscan de verdad para eso. Así flaquita como me ves, tengo polenta. (Risas). Se ha corrido la voz de gente a la que le ha ido bien con mis extracciones, y es como que acá me conocen por eso.

- ¿Le interesa desarrollarse en alguna otra área del saber odontológico?

Me gusta la implantología. Hago, pero no sé si hay mucho más que aprender en eso que lo que ya estudié.

Experiencia en atención a pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica.

- ¿Se ha encontrado con pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica?

Si, algunos. He tenido algunos casos embromados.

- ¿Con qué frecuencia?

No son frecuentes así muy severos, pero el miedo, es casi una constante en nuestro consultorio.

- ¿Podría señalar alguna franja etaria en particular como de mayor incidencia?

Son más los adultos, creo. Los niños han nacido en una generación donde se les da más bolilla a lo que sienten. Los adultos de ahora, cuando fueron niños, no fueron bien tratados, y eso deriva en un miedo a veces terrible. Además, son más conscientes quizás, de las complicaciones que puede tener un problema en la boca. No sé. Son los que más he visto sufrir.

- ¿Ha resuelto el problema desde su formación académica, o debió recurrir a alguna instancia de apoyo?
 - ¿Instancia de apoyo?
 - Sí. Alguna interconsulta, por ejemplo.

No. Hago a veces interconsultas con médicos por casos graves, en infecciones severas, por ejemplo. ¿Pero por casos de miedo, decis? No. No, nunca por eso.

Es una particularidad de nuestra práctica el hecho de la invasión al interior de la boca. No es una palpación externa. Es una práctica intracorporal. No es lo mismo. Así, que ¿quién mejor que nosotros para trabajar con eso?

- Si debió recurrir ¿A cuál? ¿Cómo lo ayudó? ¿Siguió buscando esta u otras instancias de asistencia en circunstancias similares?

Lo he resuelto con algún ansiolítico antes de las prácticas largas en algunos casos. Es que no hay otra. Ahí estamos solos.

Características observadas de la afección

- ¿Cuáles son las manifestaciones más comunes observadas en pacientes con esta problemática?

Las típicas son las respuestas neurovegetativas que se disparan automáticamente: taquicardia, sudoración, la aceleración respiratoria, a veces se hiperventilan. Algunos tiemblan. Otros se desmayan, les baja la tensión.

Pero a veces no es eso lo que los denuncia. A veces vos notás que te hablan demasiado, te mantienen entretenido para que nunca empieces. Y cuando le pedís que abran la boca, vuelven a hacer alguna pregunta. Son como los chicos.

Algunos te dicen “No tengo miedo, pero me descompongo siempre, no sé por qué.”

Otros lo confiesan abiertamente, y te piden que por favor tengas cuidado. O que los dejes manejar el tiempo a ellos, o que los anestesies de más... (Risas)

- ¿Se le han presentado modalidades diferentes del problema o básicamente las manifestaciones son similares?

No más que las que te conté. En algunos casos todas, en otros algunas, pero eso siempre es así.

- ¿Podría atribuirle grados de gravedad?

Y sí, hay diferentes intensidades. Los severos son los menos, pero hay.

- ¿De qué cree Ud que depende el grado de gravedad?

De la personalidad de cada uno. Algunos han pasado por algunos problemas complicados con la boca y no quedan con miedo. Otras personas, apenas un arreglito y parece que se enfrentan al fin del mundo.

- ¿Me podría referir los alcances que observa en los casos más graves?

He tenido suerte. Graves, graves de gente que no vuelve en sí, o que haya hecho alguna maniobra defensiva que provocara algún desastre con el instrumental activo, no. Pero conozco casos en que esto pasó.

- ¿Encuentra Ud mayor problema en la gravedad o en la persistencia?

Y me parece que en la gravedad. Hay casos que no se resuelven de tan profundos que se presentan. Los otros, persisten, pero se puede trabajar. Son los que te llevan más tiempo, más esfuerzo en lograr que tengan confianza en que no les vas a hacer doler, y que le vas a poder dar una solución a su problema.

- ¿Cree Ud. que los casos menos graves son más fáciles de solucionar?

Atribución del origen

- ¿Refieren los pacientes conocer el origen de esta afección?

Si, la mayoría de las veces sí, se acuerdan. En general fueron mal tratados por algunos colegas.

- ¿Mal tratados?

Si, maltrato personal, por un lado, y en lo que tiene que ver con el trabajo en boca, a veces el maltrato son malas prácticas, que no resuelven, o que fueron hechas con mucho dolor, o que nunca se terminaron, por ejemplo.

- ¿Cuál es el origen que más se señala?

Prácticas dolorosas. Han tenido trabajos en los que no se les ha dosificado la molestia que implican, o no se los ha esperado lo suficiente a que el paciente se disponga anímicamente a colaborar con la práctica. ¿Viste? Lleva un tiempo que hay que saber esperar.

- ¿Considera necesario conocerlo para determinar qué técnica aplicar para contrarrestar sus efectos?

No siempre te sirve saber por qué tiene miedo. Sí es imprescindible saber que lo tiene. Y para eso no hace falta que lo expresen con palabras. Eso se nota inmediatamente.

- ¿Dónde sitúa Ud el origen de este padecimiento?

En la historia de contactos odontológicos previos que trae la gente. No todos los profesionales saben o pueden esperar el tiempo de cada uno. Algunos quieren terminar rápido, y eso es nefasto para alguien que tiene sus reservas para abrir la boca.

- ¿Piensa que en todos los pacientes tiene la misma etiología?

Si. No he encontrado otros motivos que justifiquen el miedo de los pacientes. Hay algunos casos que temen a lo desconocido, pero en cuanto los familiarizás con el instrumental, con el lugar, y conmigo misma, eso desaparece. Eso no lo cuento como miedo problemático, porque es más bien un miedo lógico.

- ¿Piensa Ud que el origen determina la gravedad del cuadro?

No. La gravedad la establece cada persona según su umbral de sufrimiento. Es como te decía, ante la misma experiencia, dos personas reaccionan de distintas maneras.

Metodologías de abordaje y resultados obtenidos

- ¿Qué técnicas utiliza en cada caso?

Lograr una relación de confianza con el paciente es fundamental. Nada se puede hacer si la persona no se abandona a que vos puedas intervenir.

El manejo del tiempo es para mí otro recurso, digamos. Dosifico las molestias. Voy de a poco.

La conversación antes y durante la práctica (en el durante es monólogo, jaja), es importante. Nunca dejo de hablarles. Eso los hace atender a lo que digo más que a lo que hago.

Establecer códigos especiales para avisarme cuando quiere que me detenga, también. Eso les da la tranquilidad de que no me voy a exceder más allá de lo que puedan aguantar. En general no necesitan pararme, pero, igual los tranquiliza saber que pueden hacerlo.

Y bueno, eso. La confianza. Y nunca dejo de reconocer los logros de cada paciente. Si alguien tiene miedo, empiezo por los trabajos más sencillitos, cada uno que puedo

terminar, un regalito, si en un niño (tengo estas caritas felices acá, y ellos se cuentan en la sala de espera cuántas tiene cada uno). Si es un adulto, suelo regalar muestritas de pasta o de enjuague. Siempre algo que los haga sentir reconocidos y les de ganas de enfrentar el próximo paso.

- ¿Sigue pasos sistematizados a modo de protocolo?

No, no es tan rígida la cosa. Se va llevando con tacto según lo que ves que requiere el caso.

- ¿Podría identificar el enfoque teórico a que responden?

Me mataste. ¿Enfoque teórico? No sé. Es lo que hago, y en mi experiencia funciona.

- ¿Fue capacitado para su instrumentación durante su carrera de grado?

Bueno, no recuerdo si había un temario específico que incluyera estos cuidados que tomo, que ya te enumeré. Creo que a lo largo de la carrera estas cosas se han hablado. Porque sino, estaría siendo una innovadora, y no creo que sea así. Pero son cosas que se transmiten por la experiencia de cada profesional. Yo tuve buenos docentes y he aprendido de sus consejos más que de la teoría a veces.

- ¿Dispone de diversos recursos para implementar ante las diferentes necesidades?

Básicamente son los mismos para todos. No hay secretos. Es lo que hago con todos los pacientes. Manejo la necesidad de cada uno pero los recursos son los mismos.

- ¿Qué resultados ha obtenido aplicando estos recursos?

En general muy bien. La gente ahora no sufre tanto como antes, así que cada vez el problema se está diluyendo más. Son pocos los casos insalvables.

- ¿Resultaron efectivas en todos los casos?

Si, siempre que puedas hacer una buena relación. Sino, nada funciona.

- ¿Los tiempos del proceso que lleva al paciente a una respuesta favorable dependen para Ud de la efectividad de las técnicas? Si no ¿De qué dependen?

Cada uno tiene su tiempo para abandonarse al odontólogo. A veces es mucho el tiempo que lleva, pero es necesario esperar al momento oportuno, porque antes, nada funciona. Y ¿viste? Algunos son más confianzudos, otros más desconfiados... de eso depende.

- ¿Tuvo casos en los que finalmente no haya podido trabajar con el paciente afectado?

Desde que trabajo he tenido algunos casos con los que no lo logré. Serán cinco o seis casos, capaz que siete casos que no volvieron. Una volvió muchas veces, pero jamás logré que no se desmayara antes de sentarse en el sillón.

- ¿Qué le sugirió hacer al paciente en esos casos?

He derivado a otros colegas, les he recomendado que busque por otro lado, porque evidentemente no había feeling conmigo. Si la relación de confianza no se da con una, no se puede trabajar. Capaz que se da con otro.

Herramientas obtenidas por la formación académica

- ¿Considera Ud una incumbencia del odontólogo la evaluación del grado de miedo del paciente?

¡Por supuesto! Seguro. Tenemos que hacer la evaluación porque sino no sabés cómo avanzar.

- ¿Cómo evalúa al paciente para precisar este dato?

O lo escucho contármelo, a veces, o lo observo. Siempre hay signos que te dicen si está relajado y confiado, o está pensando en salir corriendo antes de que yo les meta la mano en la boca.

- ¿Define Ud el procedimiento más apropiado para cada paciente en función del miedo que éste presenta?

Claro, se trabaja según lo que el paciente manifiesta.

- ¿Cree Ud que su formación de grado incluye los contenidos necesarios que le otorguen herramientas de abordaje ante estos casos?

Me parece que no. Los estudiantes que pueden establecer buenas relaciones con las personas, digamos, salen buenos profesionales. Los que no tienen ese don, fracasan en el ejercicio de la profesión. Es una cuestión de cada uno.

- ¿Cuál es a su juicio la fortaleza de la formación académica que ha recibido, y cuál su debilidad?

La formación es excelente, creo. Yo salí segura de lo que tenía que hacer. ¿Debilidad? Y quizás la debilidad sea esta de no preparar a las personas detrás del profesional.

- ¿Cómo sería eso?

Y, que te den herramientas para relacionarte bien con los pacientes. De eso depende una buena práctica. Y eso no te lo da la facultad. Eso lo tenés o no lo tenés.

- ¿Modificaría algo de ella?

Quizás modificaría eso. Sí, si pudiera, modificaría eso.

- ¿Cree que la intervención de un psicólogo, tanto en la instancia de evaluación, como en la de la planificación de la estrategia, podría colaborar con la tarea de abordar el miedo perturbador a la práctica odontológica?

Creo que un psicólogo debería prepararnos para que nosotros lo hagamos. Pero en la formación académica, digo. Una vez puesto a trabajar, el odontólogo no puede articular eso con nadie, porque las cosas se dan en el consultorio, no tenés tiempo de cortar un arreglo, por ejemplo e ir a buscar a un psicólogo para que te diga cómo podés seguir.

Datos profesionales. Orientación personal hacia la disciplina. Especialización.

- ¿Cómo llegó a la profesión? ¿Cómo hizo su elección?

Siempre me gustó la parte biológica. Apunté a medicina porque es lo más conocido. Hice el primer año de la carrera, pero eran épocas muy difíciles del país, hubo muchos paros, se dieron pocas clases y yo sentía que en una profesión dedicada a salvar vidas, no podía ser hecha a medias, sentí que falló, y me lo cuestioné mucho. Llegábamos a parciales y a lo mejor habíamos dado tres días de clases, casi ni conocíamos al profesor. Entonces me incliné por otra área de la salud, para la que me veía con condiciones, y fue ahí que me dispuse a estudiar Educación Física, pero al hacer los trámites de ingreso, y como estaba desvalorizada esa profesión en aquel momento, me insistió una ex docente del secundario que siga medicina o alguna carrera afín. Ante las dudas, fui a hacerme un test que ya había hecho mi hermano para elegir la orientación de su secundario. Me dio que no le había errado. Las opciones que me proponían también eran farmacia, odontología, enfermería, pero me recalaban la cuestión de la práctica. Como conocía a una chica que en ese momento estaba cursando odontología, le pregunté, le pedí el plan de estudios, y me animé. La elegí porque comparé y tenía materias parecidas, y ahí sí vi que se daban las cosas en profundidad, en Medicina era de todo un poquito. Acá, cabeza y cuello lo tomaban con detalle, con profundidad, y me encantó. Además, tenía mucho de lo manual. Y así fue.

- ¿Cuántos años hace que la practica?

Empecé a trabajar apenas me recibí, hace treinta y cinco años.

- ¿Tiene alguna especialidad?

La primera que elegí fue cirugía, me gustaba mucho el quirófano, las emergencias. Pero más adelante, me incliné por la odontopediatría. Me parecía una cosa tan rara poder trabajar con una personita tan chiquita, fue un descubrimiento, era como jugar. Y ahí también pensé que podría haber sido maestra jardinera. Me gustó mucho esa área, y decidí trabajar con eso. Obviamente, eso me llevó directamente a la ortodoncia, así que hice esa especialidad también.

- ¿Tiene experiencia en el sistema de salud pública? ¿Dónde la adquirió? ¿Cuánto tiempo trabajó?

Sí. Trabajé en el Hospital de niños “J. Vilela” más o menos por dos años y medio, después dejé cuando estaba por tener a mi primer hijo. Me costó mucho dejar a la gente, porque uno ya iba conociendo a las familias. Venía un chiquito, después un hermanito, y otro. Me costó mucho dejarlos, porque explicarles... ahí me parece el tema de motivación, me parece... Y después en la Facultad en la parte de Interceptiva, que es donde trabajás con psicólogos, fonoaudiólogos, de interceptar hábitos. Y de ahí, hice el escalón a ortodoncia.

-¿Qué es interceptar hábitos?

Su había formado un equipo para analizar casos de chicos con deglución atípica, que colocan mal la lengua cuando degluten, o succionadores, que se chupaban el dedo o chupaban otra cosa, y eso hacía que conformen mal la oclusión dental, mordidas abiertas o chicos con respiración bucal. En el quipo estaba la profesora de ortodoncia, era un grupo medio cerrado, pero yo me ofrecí porque ya estaba trabajando con chicos exclusivamente y que estaba en el Vilela, y me dijeron venite el jueves. Pero eso fue una actividad como de investigación. Después no siguió.

- ¿Cuál cree que es su fortaleza en la práctica?

La motivación. Es como que es prioridad. Me exijo en terminar una restauración bien. Pero es desde el principio que el paciente se tiene que sentir cómodo. Para mí es un desafío. Es como que tenemos que cambiar la historia con el odontólogo. Con los niños, es una fortaleza. Estoy segura de poder lograrlo en todos los casos. Me lo propongo como desafío, y me siento segura en eso. La cirugía también es una fortaleza.

-¿Cuándo me habla de la motivación, se refiere a la que el odontólogo necesita para trabajar, o la que el paciente necesita para ser atendido?

A las dos. Porque cada paciente te demanda cosas diferentes. Tiene que ver con que se sienta bien, en provocar el menor dolor posible. Pero no aflojo en plantarme si se tienen que aguantar algo, si me tienen que ayudar en algo, sé donde tengo que poner mano firme. Mano firme no quiere decir dolor. Pero por ejemplo, si estás haciendo una extracción, el paciente no va a sentir dolor, pero va a sentir tu trabajo, entonces, lo explico, pero no aflojo en mi trabajo. Entonces él se siente seguro de que eso es lo que

tiene que sentir. O por ejemplo, si se está anestesiando explicarle lo que va a ir sintiendo.

- ¿Le interesa desarrollarse en alguna otra área del saber odontológico?

En lo que tuve inquietud fue en la parte de implantología, que cuando hice la facultad, no lo dimos y me pareció interesante. No lo desestimé, pero, en lo poco que incursioné, no me atrapó tanto como la cirugía, por ejemplo. Hice cursos, pero no me pareció un área que me motive. Creo que necesitás un buen conocimiento de la anatomía y ser prolijo nada más, para implantar. En cambio extraer un retenido, una cirugía, te exigen más. Me gustan más.

Me gusta también la emergentología. Cuando la situación te pone en aprietos y es “o lo soluciono o lo soluciono”, me atrapa. Cuando le aliviás la vida a un desconocido es lo más. Ya no voy a hacer esa especialidad, porque creo que tendría que pensar más en retirarme que en incursionar en un trabajo tan demandante, pero siempre me gustó mucho. Me quedará como deuda. Nunca la hice porque exige mucha disponibilidad horaria, y yo preferí tener hijos, y una vida más tranquila, pero si volviera a ser jovencita, seguro iría por ahí.

Experiencia en atención a pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica.

- ¿Se ha encontrado con pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica?

No tantos, pero hay. Me he encontrado con algunos. Hay más de los que tienen miedo pero que eso no los paraliza. De esos te encontrás todos los días.

Tuve cuatro casos severos. Uno era un señor que me advirtió que él se quedaba como desmayado, y le costaba volver en sí, pero que no se desmayaba, que él iba a estar mirando desde arriba todo lo que pasara, como desdoblado. Yo me animaba a trabajar igual, porque en ese momento compartía consultorio con médicos a los que podía recurrir, pero la cuestión era que él decía que a veces le duraba mucho tiempo. Como no podíamos precisar cuánto tiempo íbamos a estar después de la práctica esperando que vuelva a despertarse, le dije que no íbamos a poder trabajar así, que solucionese ese tema y que vuelva. Porque, ¿qué hacía yo con el tipo inconsciente en el sillón después de trabajar? No me quise arriesgar. Nunca volvió. Él decía que este fenómeno se le imponía cuando estaba en situaciones de mucho miedo, y que con el tiempo había

logrado saber de antemano cuándo le pasaría, y ese día, sabía que le iba a pasar porque tenía miedo.

Otro caso era una mujer que tenía bloqueo de la anestesia del terror que tenía. Ante el tercer intento, la mandé a su casa, porque vivía cerca. Se distrajo un rato, y volvió. Ahí ya había actuado la anestesia, y pude trabajar.

También tuve otra mujer con la que me sentí estafada, porque no me fue honesta cuando le hice el interrogatorio. La noté con miedo, pero ella no lo admitía entonces empecé despacio sabiendo que a veces no te lo dicen, pero al minuto empezó a convulsionar. Me asusté, no se pudo trabajar. Después me dijo que solía pasarle.

Y el cuarto caso fue imposible, creo que porque me molestaba a mí lo que pasaba... me mató cuando me dijo que nada era imposible para él, como hijo de Dios (se ríe). Era un pastor evangélico que me estuvo hablando y hablando de que venía de orar por una nena enferma y que se sanó. Era como que me quería evangelizar y yo lo dejaba para que entre en confianza. Se lo veía aterrorizado, porque no dejaba de hablar, y ahí vos te das cuenta que no te quieren abrir la boca. Finalmente, admite que no puede controlar su temor. Yo usé sus argumentos para decirle que si su Dios tenía poder para sanar a otros cómo no iba a obrar sobre su miedo, que se tranquilice, si tenía un Dios poderoso. Costaba. Demoraba. No se entregaba. Y creyendo hacer bien, le dije que al final lo que predicaba no le servía a él mismo. Se ve que no le gustó, porque se levantó del sillón y nunca más volvió. No sé si ofendido, avergonzado, o para evitar abrir la boca, pero se fue.

La cuestión es ir de a poco, lograr la confianza. Una vez que pudiste empezar, es muy raro que después no puedas terminar, de ahí en más, depende mucho de tu creatividad, tu calidad para hacerlo convencer de que no va a morir en el intento (ríe). El tema es cuando no se dejan desde el principio.

- ¿Con qué frecuencia?

Miedo excesivo al punto de que no lo pueda trabajar en ese momento, no son frecuentes.

- ¿Podría señalar alguna franja etaria en particular como de mayor incidencia?

Por suerte, la odontología en niños ha cambiado mucho, y ya casi podemos decir que los miedos están contrarrestados porque todo el mundo tiene más consideración y más cuidados de lo que siente el paciente.

Por ahí, algunas personas mayores vienen con más reticencia porque han sufrido la época en que no se anesthesiaba siempre y han sufrido. Ellos son los que quieren sacarse las piezas antes de arreglarlas.

Pero la gente joven, por ahí si no tuvieron experiencias ni buenas ni malas, vienen con cierto temor. Si han tenido buenas experiencias anteriores, no es común.

Antes la gente se venía del campo y no podía volver periódicamente, así que se quería sacar la pieza y terminar de una vez con el problema. No había medicación, o no se utilizaba para esto. Muchas cosas han cambiado e influido para que haya menos malas experiencias. Por ahí también se deba a que somos más. Antes había menos odontólogos y tenías que caer en el que encontrabas, ahora, podés elegir. Si no funciona con uno, buscás otro.

¿A qué te referís cuando decís “si no funciona”?

A la relación que se pueda dar con el odontólogo que indudablemente es la que determina si se puede seguir trabajando con ese paciente o no. El paciente tiene esa libertad de ver con quién le gusta atenderse. Antes esto estaba más limitado. Y si no te sentís cómodo con el odontólogo que te tocó, es imposible vencer el miedo si lo tenés.

- ¿Ha resuelto el problema desde su formación académica, o debió recurrir a alguna instancia de apoyo?

En mi caso si me bastó. Pero por la calidad de la docente que tuve, hago hincapié en eso. Pero tiene que ver la inquietud de cada uno. A mí me gusta. Bueno yo hablo de la parte de niños, porque de adultos nunca se trató nada en la carrera. Pero vos ves que hay de todo, viste? Vos ves uno a uno cómo es el trato. Hay gente que lo que le importa si tiene que extraer por ejemplo es que esté extraído, sumar un trabajo. Están otros que espera si le tomó, no le tomó... cuando trabajás en equipo eso lo ves mucho. En cirugía trabajé en un equipo del tres, y querían si o si un varón porque decían que era más fuerte, tenían más coraje. Con nosotras fue bueno el varón pero no nos ayudó mucho con los pacientes porque nosotras éramos más de tomarle la mano al paciente, de tranquilizarlo, de esperar que se sintiera cómodo para empezar,

de asegurarnos bien de la anestesia. El varón empezaba rápido, colocaba anestesia y ya teníamos que estar empezando. Eso nos fortaleció en saber como no queríamos ser. La facultad te insiste en la contención de niños, pero en los adultos cero, nada de nada. Todo lo referido a lo psicológico del paciente está apuntado a niños. Pacientes con miedo, nada en mi época. Y que el odontólogo se interese, no lo veo. No sé si hay oferta de capacitaciones al respecto.

- Si debió recurrir ¿A cuál? ¿Cómo lo ayudó? ¿Siguió buscando esta u otras instancias de asistencia en circunstancias similares?

Características observadas de la afección

- ¿Cuáles son las manifestaciones más comunes observadas en pacientes con esta problemática?

Desde que sacan el turno. Por ahí cuenta la secretaria cuando dan muchas vueltas hasta que se deciden por un turno. A veces lo cambian varias veces. O te caen un día de sorpresa diciendo atendeme, porque saben que probablemente no se los pueda atender. Eso ya te habla de que algo pasa, de que estás frente a alguien que no quiere ser atendido. Y después, si es adulto, las mujeres generalmente lo dicen. El varón se hace más el fuerte, pero empieza a transpirar, ves signos. Está rígido, yo miro mucho el cuerpo, entonces te das cuenta enseguida cuando no le podés girar la cabeza, estás ante una estatua, cuando tienen los hombros levantados y tiesos. Algunos hasta aceleran el ritmo respiratorio, ni hablar del cardíaco. Lo que se nota también es que o no hablan para nada, expectantes a ver qué pasa, o sino te charlan, te charlan mucho para que vos no puedas abordar el trabajo. Eso lo hacen los chicos generalmente. Las manitos apretadas.

Algunos manifiestan sentirse mal cuando anestésias, es como una lipotimia. Pienso que son personas que estuvieron muy atemorizadas y cuando ven que lo peor ya pasó (anestesia) se relajan y ahí bajan. Pero se los saca de la lipotimia y a trabajar sin problemas después con la mayoría.

- ¿Se le han presentado modalidades diferentes del problema o básicamente las manifestaciones son similares?

En la mayoría se da de la misma forma.

- ¿Podría atribuirle grados de gravedad?

No sé si grados. Pero en algunos casos es más leve que en otros, eso se nota. A algunos les cuesta relajarse la primera vez que los ves, pero mientras te vas haciendo conocer, les explicás lo que le vas a hacer, se relajan y después ya vienen mejor. Otros necesitan decirte cada vez que vienen que tienen mucho miedo, que están nerviosos.

- ¿De qué cree Ud que depende el grado de gravedad?

Depende para mí de la información que tengan sobre lo que les pasa, lo que le va a hacer, y de la experiencia que haya tenido con otras intervenciones. A veces son muy embromadas, por cosas simples, podés tener experiencias feas. Caer con una urgencia, una extracción que demoró. El que no tuvo experiencias previas malas, depende de la información.

- ¿Me podría referir los alcances que observa en los casos más graves?

El caso de la convulsión fue el más grave. Ahí me sentí estafada, porque después me enteré que había deambulado por otros odontólogos, y había pasado lo mismo. Hubiera preferido que me lo diga, así podía tomar más precauciones, tomar más tiempo en el pre, viste? Y eso que no le había mostrado nada. La convulsión afecta las energías neuronales que mantienen el organismo en equilibrio. El miedo intenso puede desencadenar una convulsión.

Otro caso fue por mostrar porque vino alguien con mucho dolor. Hablamos, anestesié, y cuando saqué el nervio que le había dado tanto dolor, le pregunté si lo quería ver, y me dijo que sí. Cuando lo vió, se desmayó, pero como un desmayo no normal, fue una descompostura rara. Por eso derivé al neurólogo. Pero creo que fue una cuestión de miedo contenido, no sé.

¿En el caso de la convulsión, crees que fue secundaria al miedo o tenía otra patología?

Debe haber tenido otra patología. Debe haber sido epiléptica, nunca me enteré porque no volvió. Pero si no hubiera tenido una patología de base, el miedo se logra vencer, quizás no en un primer encuentro, pero se logra.

En el otro caso, ya había terminado la mayor parte del trabajo, de modo que la situación es distinta, ahí aprendí a ni ofrecer ver lo que saco, salvo que me lo pidan.

- ¿Encuentra Ud mayor problema en la gravedad o en la persistencia?

El que tiene miedo persistente, en general es el que le tiene miedo a todo, a una ecografía, a cualquier cosa y te exige un esfuerzo permanente en tratar de que no sobredimensione nada de lo que le vaya a hacer. La gravedad es quizás más difícil pero una vez que tomó confianza, lo sacás de ahí y se puede.

- ¿Cree Ud. que los casos menos graves son más fáciles de solucionar?

No, no siempre, por lo que te dije antes. Son pacientes que demandan contención permanente.

Atribución del origen

- ¿Refieren los pacientes conocer el origen de esta afección?

Si, refieren.

- ¿Cuál es el origen que más se señala?

Malas experiencias y mala información del boca a boca, porque cada uno tiene su experiencia y por ahí escuchan de otros.

- ¿Considera necesario conocerlo para determinar qué técnica aplicar para contrarrestar sus efectos?

Si, ayuda mucho saberlo.

- ¿Dónde sitúa Ud el origen de este padecimiento?

Definitivamente en las experiencias odontológicas que haya tenido la persona. Y también se dice que cuando se tuvo una dentición dolorosa, genera también una disposición defensiva a lo que tiene que ver con la boca. No sé si es el término correcto, pero como que el recuerdo de esa experiencia dolorosa queda en el inconsciente, y por eso no les resulta fácil exponer la boca después.

Es una profesión en la que históricamente se improvisó, se practicaba en las barberías, y eran prácticas muy dolorosas y eso generó gran miedo. No es fácil salir del lugar en que eso nos puso. Llevó años determinar que con analgesia todo sería más fácil. A partir del uso de la anestesia, la cosa es distinta. Antes se sacaban las muelitas de leche (que duele lo mismo que las definitivas) sin anestesia, y eso se hacía, obviamente en niños. Imaginate el paciente lo sufre y de niño, vos ves todo más grande. Una gotita de anestesia o de alguna manera, pero no la trampita. He utilizado el ratón, el hilito, pero está el que es corajudo y están los otros que lo tienen colgando de un hilito y no quieren tocarlo.

Todo lo relacionado con la boca, pero tiene mucho que ver la mano que se presenta y también la información que trae el paciente, por ejemplo yo hablo del niño, la información que trae forma como una cortina y el objetivo nuestro, por lo menos el mío, es bajar esa cortina. No es el cuco, no es lo que escuchó, viste?

- ¿Piensa que en todos los pacientes tiene la misma etiología?

No, claro. Mala experiencia o mala información.

- ¿Piensa Ud que el origen determina la gravedad del cuadro?

Si. Depende por lo que pasó.

Metodologías de abordaje y resultados obtenidos

- ¿Qué técnicas utiliza en cada caso?

Los nombres no te los puedo precisar. En los chicos, hay que lograr que te escuchen, porque pueden tenerle miedo hasta a un espejito. Hay que mostrar el instrumental, y lograr que lo mire, que te atienda. Lógico, no el instrumental más invasivo, pero de a poco con los más inofensivos. Hay que transmitir confianza mostrando por qué no deben temer, pero con firmeza. Si dudás en animarte a captar la atención, no sirve. Firmeza amable, pero firmeza.

En realidad hago lo mismo con todos los pacientes, no con los que tienen miedo exclusivamente, pero con éstos, lo hago con más detenimiento.

En primer lugar, encuentre lo que encuentre cuando abren la boca, siempre les digo que tiene solución, porque la tiene. Creo que eso tranquiliza.

Otra técnica que uso es cortar de a ratitos. Nunca trabajo de corrido, eso me ha costado muchas quejas, porque demoro mucho en cada turno. Si vas haciendo de a pasitos, le das tiempo al paciente a reponerse de la tensión, les hacés hacer un buhecito, les acomodás algo, la cuestión es ir cortando.

Siempre, hay que informar. Eso da resultado. Lógico, no le vas a decir “te voy a pinchar acá, te voy a cortar...” pero informar el procedimiento sin dar detalles que pudieran impresionarlo. Alguien que conoce lo que le van a hacer, ya sabe qué esperar, y no está expectante por miedo de alguna sorpresa. La información a mí me sirve siempre, por eso creo que también a mis pacientes.

La información además te permite pedir colaboración al paciente, y eso lo hace responsable un poco del procedimiento, eso también resulta.

- ¿Sigue pasos sistematizados a modo de protocolo?

Puede haberlo, yo no lo conozco. No a modo de protocolo pero son procedimientos que tengo en cuenta en cada caso.

- ¿Podría identificar el enfoque teórico a que responden?

No. Al mío (ríe).

- ¿Fue capacitado para su instrumentación durante su carrera de grado?

Si, pero siempre hablando de niños. Nunca en adultos. Era como que los adultos no sufrieran.

- ¿Dispone de diversos recursos para implementar ante las diferentes necesidades?

Si. Veo qué necesita cada uno en particular.

- ¿Qué resultados ha obtenido aplicando estos recursos?

Me han funcionado. Logro bajar los niveles de alerta de los pacientes, me da mucha satisfacción cuando se van contentos.

- ¿Resultaron efectivas en todos los casos?

En casi 35 años de práctica, ya te conté que sólo tres de los cuatro casos problemáticos no pude atender.

- ¿Los tiempos del proceso que lleva al paciente a una respuesta favorable dependen para Ud de la efectividad de las técnicas? Si no ¿De qué dependen?

Si, de la técnica y del operador. Del odontólogo, de la relación que se pueda establecer. Eso depende de la persona del odontólogo y de cómo maneje éste la situación.

- ¿Tuvo casos en los que finalmente no haya podido trabajar con el paciente afectado?
- ¿Qué le sugirió hacer al paciente en esos casos?

Derivé a neurólogo en los casos que creí que correspondía. Y en el caso del pastor, lo mandé a que se haga de coraje, le di una inyección de fe.

Herramientas obtenidas por la formación académica

- ¿Considera Ud una incumbencia del odontólogo la evaluación del grado de ansiedad del paciente?

Si, si. No todos los odontólogos pueden llegar a todos, pero creo que es un trabajo que tenemos que realizar.

- ¿Cómo evalúa al paciente para precisar este dato?

La observación. La experiencia me permite tener una observación rigurosa de lo que me da datos sobre cómo se va sintiendo el paciente.

- ¿Define Ud el procedimiento más apropiado para cada paciente en función del miedo que éste presenta?

Si, por supuesto. La evaluación es previa a la práctica. ¿Vos te referís a la motivación?

¿Qué es la motivación para vos?

Bueno, motivación, no sé si es la palabra adecuada, se usa en niños cuando les das motivos para aceptar la práctica odontológica, cuando les sacás el miedo.

- ¿Cree Ud que su formación de grado incluye los contenidos necesarios que le otorguen herramientas de abordaje ante estos casos?

Si. En aquel momento lo que aprendí para niños me sirvió y lo pude aplicar en todos. Si llegás a un niño, llegás a un adulto.

- ¿Cuál es a su juicio la fortaleza de la formación académica que ha recibido, y cuál su debilidad?

En mi época una fortaleza era la cirugía, sobre todo si la comparás con la formación actual, donde los chicos tienen que salir a hacer cursos para manejar cosas que nosotros salíamos manejando de la facultad.

La práctica tenía mucha carga horaria, eso también es bueno.

Como falencia podría apuntar la falta de formación a cerca de lo psicológico del adulto. No creo que ofrezca herramientas para entender y encarar ciertas cosas que traen los adultos.

- ¿Modificaría algo de ella?

Si. Esto último, me parece que ameritaría una reestructuración de la carrera. No sólo incorporar contenidos sobre qué le pasa a un adulto con miedo, sino en cada materia. Que cada práctica, tenga en cuenta el caso del miedo, porque un trabajo vos lo podés hacer de distintas maneras, estaría bueno ver en cada práctica, el modo de encararse en caso de paciente con miedo.

- ¿Cree que la intervención de un psicólogo, tanto en la instancia de evaluación, como en la de la planificación de la estrategia, podría colaborar con la tarea de abordar el miedo perturbador a la práctica odontológica?

Un trabajo interdisciplinario ayudaría mucho, como una especie de capacitador. Por ahí decir mirá tengo este caso, necesito hacer tal práctica, tanto tiempo de boca abierta, necesito que colabore, el paciente es de tal manera, cómo lo puedo encarar. Ayudaría estar en contacto para manejar ciertos términos, según el miedo de cada uno.

Y pienso que lo ideal sería que el paciente pueda tratarse para aliviar el sufrimiento, y que la práctica no le resulte tan estresante, y nosotros estar en contacto con su terapeuta para recibir sugerencias de cómo trabajar con ellos.

Datos profesionales. Orientación personal hacia la disciplina. Especialización.

- ¿Cómo llegó a la profesión? ¿Cómo hizo su elección?

Elegí la profesión por una vecina mía que era odontóloga. Yo iba al consultorio y la veía trabajar y me gustaba. Me llamaba la atención la cantidad de instrumental, los colores. Siempre quise hacer lo mismo.

- ¿Cuántos años hace que la practica?

Hace 25 años que trabajo en esto. El viernes cumplo cincuenta yo, viste? Ya hace mucho que trabajo.

- ¿Tiene alguna especialidad?

Estética mayormente trabajo. Hago general, pero me interesa lo estético sobre todo, hago implantología.

- ¿Tiene experiencia en el sistema de salud pública? ¿Dónde la adquirió? ¿Cuánto tiempo trabajó?

Nunca. No.

- ¿Cuál cree que es su fortaleza en la práctica?

Mi carácter. La gente se engancha enseguida conmigo y se siente cómoda. Y mi debilidad son los niños. Atiendo, pero tengo que reconocer que no me siento cómodo con un niño que sufre o que tiene miedo. Si tengo que atender a niños que lloran me angustio mucho. Los evito. Trato de tomar siempre adultos, lo que pasa es que es inevitable que a veces, te pidan que atiendas a los hijos, por ejemplo... y ahí, no la paso tan bien.

- ¿Le interesa desarrollarse en alguna otra área del saber odontológico?

Tomo cursos, voy a los que tienen que ver con lo estético, sobre todo.

Experiencia en atención a pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica.

- ¿Se ha encontrado con pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica?

Hay gente que viene con mucho miedo. Muchos al ruido de la turbina, a los olores de las medicaciones que usamos, los materiales. Y hay algo que yo veo que es que tiene que ver con el tipo de práctica. Los médicos cirujanos trabajan con anestesia general. Pueden hacer cualquier revoltijo y el paciente no se entera de lo que le hace. En cambio nosotros, trabajamos con el paciente alerta. Te mira la cara, las expresiones, los gestos. Cualquier cambio que advierten en tu cara, los pone en guardia. Es decir que es un detalle que tenemos que cuidar permanentemente. Yo veo que el paciente te está mirando a la vista y ante cualquier gesto tuyo, se tira para atrás.

Muchos de los instrumentales con los que trabajamos son metálicos, cuando vos le ponés el instrumental en la boca, el paciente no ve lo que le estás haciendo. Por eso, salieron prácticas intraorales con cámara que permiten ir viendo en una pantalla los procedimientos. Eso tiene sus pros y sus contras: hay pacientes que no quieren ver nada, y otros que se sienten más tranquilos pudiendo observar todo.

Pero sí, hay mucha presión todavía, a pesar de todos los adelantos que hay, por el tema del miedo al odontólogo.

A mí no me ha tocado enfrentarme con nadie que salga corriendo. Nada grave.

- ¿Con qué frecuencia?

El miedo es muy frecuente, pero no siempre es grave, así, extremo.

- ¿Podría señalar alguna franja etaria en particular como de mayor incidencia?

No particularmente. En todas las edades hay miedo. En niños uno tiene más cuidado, pero no tienen más miedo que los otros, eh?

- ¿Ha resuelto el problema desde su formación académica, o debió recurrir a alguna instancia de apoyo?

No he recibido formación específica para enfrentar esta cuestión. Siempre lo he resuelto desde mis características personales. Siempre he podido manejarlo con una buena relación con el paciente. La confianza es la clave, sino, nadie abre la boca, querida.

- Si debió recurrir ¿A cuál? ¿Cómo lo ayudó? ¿Siguió buscando esta u otras instancias de asistencia en circunstancias similares?

Características observadas de la afección

- ¿Cuáles son las manifestaciones más comunes observadas en pacientes con esta problemática?

No necesito ver más que su boca. Cuando ves una boca retocada, es un paciente que se ha cuidado. Cuando ves un desastre viejo, es obvio que ese paciente no recurre seguido al odontólogo, y la mayoría de las veces es por miedo, o por la vergüenza de mostrar lo que el miedo les dejó en la boca.

- ¿Se le han presentado modalidades diferentes del problema o básicamente las manifestaciones son similares?

Son similares. Una mujer me dijo que ella prefería entrar a una casa incendiada antes que ir al odontólogo. Transpiraba, se agitaba, no podía relajarse. Yo charlé, charlé, le contaba historias, le mostré las fotos de mis hijas. Finalmente, pude trabajar bien, pero me quedé con eso del incendio, ¿viste? Era muy particular la referencia. ¡Resulta que después me enteré que la señora era bombera! (risas)

- ¿Podría atribuirle grados de gravedad?

Y sí. Algunos son más graves que otros. Pero ninguno irresoluble. Sólo te llevan más tiempo.

- ¿De qué cree Ud que depende el grado de gravedad?

Depende de las cosas que hayan vivido en relación a la odontología desde chicos, ¿viste? Antes se trabajaba sin anestesia, y la gente la pasaba mal. Esa gente viene ahora aterrorizada.

- ¿Me podría referir los alcances que observa en los casos más graves?

Hacen lipotimias. No más que eso.

- ¿Encuentra Ud mayor problema en la gravedad o en la persistencia?

Y, cuando la cosa persiste tenés que dedicar esfuerzos y tiempo cada vez que viene. A veces no tenés ganas de dar tantas vueltas, les pondrías el succionador para que no te

hablen y listo... pero tenés que charlarlos y todo eso cada vez que vienen. Cuando es un caso grave y resuelto, probablemente, ya no de problemas después.

- ¿Cree Ud. que los casos menos graves son más fáciles de solucionar?

No difíciles. Son los más molestos.

Atribución del origen

- ¿Refieren los pacientes conocer el origen de esta afección?

Algunos te cuentan cosas de otros colegas que te horrorizan. Otros no tienen claro qué les pasa. Pero la cosa es que cuando uno es miedoso, por ahí, todo le provoca aprensión. Y el dentista es una más de las cosas que les cuesta enfrentar.

- ¿Cuál es el origen que más se señala?

En general la cosa viene por el lado de las malas experiencias con otros colegas.

- ¿Considera necesario conocerlo para determinar qué técnica aplicar para contrarrestar sus efectos?

No siempre es necesario, porque la técnica es la misma. Yo si lo veo desconfiado, le hablo más. Si lo veo tranqui, entro a trabajar enseguida nomás.

- ¿Dónde sitúa Ud el origen de este padecimiento?

Para mí es cuestión de sufrimientos ligados a experiencias malas, sobre todo si las sufrieron de niños.

- ¿Piensa que en todos los pacientes tiene la misma etiología?

En algunos casos, puede ser también que como no conocen o no pasaron por la experiencia, no saben a qué atenerse. Como en todo, lo nuevo produce miedo.

- ¿Piensa Ud que el origen determina la gravedad del cuadro?

Si claro. No es lo mismo cuando la pasaste mal y sufriste mucho, que cuando tenés temor por desconfianza de algo que no conocés. La fantasía en estos casos nunca ha llegado a tanto como para superar el sufrimiento realmente vivido.

Metodologías de abordaje y resultados obtenidos

- ¿Qué técnicas utiliza en cada caso?

Tiene mucho que ver la confianza que vos le brindes al paciente. Si no te mostrás seguro, o titubeas ante los posibles riesgos de una práctica, sonaste, como en cualquier profesión. Un abogado que titubea, ¿te daría confianza? Una persona que va a depositar su confianza en cualquier orden de cosas en alguien que no se muestra muy convencido de lo que va a hacer, se va. En nuestro caso, si no se va, lo padece.

- ¿Sigue pasos sistematizados a modo de protocolo?

No, no. El humor, la conversación que te permita entrar en confianza. La cercanía así... afectiva te diría. Un trato familiar y seguro. Esa es la única técnica. Es eso. Cuántas veces querés pedirle algo a alguien y lo tratás mejor que a otros por eso... Bueno, con esto es más o menos así. Vos querés que te deje trabajar, por eso se lo pedís de alguna manera, con confianza, acercamiento, viste? Como si tuvieras que seducirlo al paciente. Algo así. El humor es un arma que debería usarse más en la vida, no solo en el consultorio.

- ¿Podría identificar el enfoque teórico a que responden?

Responde al enfoque de la calidad como ser humano. Un profesional que no es capaz de llegar a la gente, no lo va a poder lograr. Porque no hay otra. No hay magia ni procedimiento, ni fórmula. Es eso, llegás o no llegás a la gente.

- ¿Fue capacitado para su instrumentación durante su carrera de grado?

No. En mi época, nada de esto se daba. Se hacía alguna referencia en cuanto al trato en niños porque lógicamente necesitan una dedicación especial. Pero teóricamente, nada.

- ¿Dispone de diversos recursos para implementar ante las diferentes necesidades?

Contestado. Contestado.

- ¿Qué resultados ha obtenido aplicando estos recursos? ¿Resultaron efectivas en todos los casos?

Siempre me resultaron. Mirá, hasta tengo un libro de chistes acá. (Muestra un libro de Rolo Villar) A veces lo presto a los pacientes que le he tenido que leer alguno... Aún recurriendo a eso, pero me ha funcionado siempre.

- ¿Los tiempos del proceso que lleva al paciente a una respuesta favorable dependen para Ud de la efectividad de las técnicas? Si no ¿De qué dependen?
- ¿Tuvo casos en los que finalmente no haya podido trabajar con el paciente afectado?

No, no. Con más o menos laburo si, pero ¿que no haya podido? Ninguno.

Herramientas obtenidas por la formación académica

- ¿Considera Ud una incumbencia del odontólogo la evaluación del grado de miedo del paciente?

Por supuesto. Es parte de nuestro trabajo. Es como los chacareros que no son meteorólogos, y tienen que hacer ciertas predicciones sobre el tiempo. Nosotros tenemos que evaluar el grado de incomodidad del paciente, para ver cuánto énfasis ponerle al vínculo, a la relación. A algunos los tratás normales, a otros con más atención, les dedicás más tiempo, les hacés más chistes... según como los ves cuando vienen.

- ¿Cómo evalúa al paciente para precisar este dato?

Le miro el estado de la boca y observo su conducta. Un cuerpo rígido y una persona que no se sonríe, ya te dicen algo.

- ¿Define Ud el procedimiento más apropiado para cada paciente en función del miedo que éste presenta?

No el procedimiento, sino la regulación de los tiempos de trabajo, y de los tiempos de charla de otras pavadas, para relajar. El procedimiento no puede cambiar. Es el que necesita y punto. Pero por ahí podés dedicarle más o menos tiempo a la fantochada. (risas)

- ¿Cree Ud que su formación de grado incluye los contenidos necesarios que le otorguen herramientas de abordaje ante estos casos?

Y, pero ¿qué herramientas te pueden dar? O sos entrador, o no sos. No creo que pueda haber fórmulas a aplicar. Esta profesión no es para todos, como todas, en realidad. Pensá en una maestra jardinera que no sea suave, ¿cómo puede trabajar?

- ¿Cuál es a su juicio la fortaleza de la formación académica que ha recibido, y cuál su debilidad?

Las horas de práctica son una gran fortaleza de la carrera. La debilidad... nunca lo pensé. No podría decírtelo ahora.

- ¿Modificaría algo de ella?

Tendría que ver cómo está ahora. De la mía, no.

- ¿Cree que la intervención de un psicólogo, tanto en la instancia de evaluación, como en la de la planificación de la estrategia, podría colaborar con la tarea de abordar el miedo perturbador a la práctica odontológica?

Es impensable. No. Hay gente que va al psicólogo y viene acá. Pero nunca se consideró dese la formación ni después yo durante mis 25 años de práctica la posibilidad de la interdisciplinariedad con la psicología. No la creo necesaria. No sé. Por ahí a mí me fue bien, pero te repito: yo confío en la calidad en relacionarse de los profesionales como la llave de todo.

Datos profesionales. Orientación personal hacia la disciplina. Especialización.

- ¿Cómo llegó a la profesión? ¿Cómo hizo su elección?

En primer lugar, tuve una gran influencia en eso porque conocía muy bien la profesión. Viví toda mi vida en una casa con consultorio porque mi mamá es odontóloga (todavía trabaja ella).

Pero además yo buscaba siempre en el área de la salud, tuve en cuenta otras opciones, pero ésta me convenció más. Lo que en principio estaba claro era que iba a ser dentro de lo relativo a la salud.

Además, esto de ya tener a tu disposición un consultorio instalado con muchísimos pacientes de toda la vida, es tentador, viste? Cuando uno estudia algo siempre tiene la incertidumbre de cuando se reciba. En mi caso si elegía la odontología, eso estaba como solucionado de antemano, entendés? Así que no hubo mucha deliberación. Obvio!

- ¿Cuántos años hace que la practica?

Hace tres años.

- ¿Tiene alguna especialidad?

No, no hice ninguna especialidad todavía. Hago general.

- ¿Tiene experiencia en el sistema de salud pública? ¿Dónde la adquirió? ¿Cuánto tiempo trabajó?

La experiencia que te da la Facultad. Dos años. Es una muy buena experiencia.

- ¿Cuál cree que es su fortaleza en la práctica?

Creo que el llevarme bien con los niños es algo que me favorece. Yo no tengo problemas con ellos. Me escuchan, se enganchan y siempre terminan riéndose un poco. Soy medio payasa... Además, yo la paso bien con ellos.

- ¿Le interesa desarrollarse en alguna otra área del saber odontológico?

Sí. Me gusta la cirugía, la emergencia, el trabajo bajo presión, ese que cuando lo solucionás te sentís Dios viste? Y un poco sos eso en esto. Porque a veces la gente sufre mucho. Los dolores de la boca no son cualquier dolor. La boca es la boca, no es un músculo, una articulación, un hueso. Es todo eso y mucho más. Con la boca hablás, comés, besás, sentís si tu hijo tiene fiebre. No es poca cosa.

Además, te sentís más exigida en la emergencia porque la gente generalmente no te elige ahí porque te tienen confianza. Te elige porque no le queda otra, porque no da más o porque sos la única que tuvo a mano. Así que tenés que responder. Saber que puedo con eso, me suma. No lo vivo de la misma manera cuando es alguien nuevo que cuando tiene una emergencia un paciente que ya vengo atendiendo. Cuando no lo conozco siento que tengo que mostrar que lo que le pasa es solucionable y que lo voy a hacer. Cuando es alguien habitual, eso ya lo sabe. Igual lo hago con responsabilidad y todo, pero siento menos presión, menos exigencia, trabajo más relajada. No sé.

Experiencia en atención a pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica.

- ¿Se ha encontrado con pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica?

Sí, me he encontrado. Qué problema ese!

- ¿Con qué frecuencia?

Es muy frecuente. No conozco estadísticas, pero yo lo veo mucho en el consultorio.

- ¿Podría señalar alguna franja etaria en particular como de mayor incidencia?

En mi experiencia son más miedosos los adultos de entre 40 a 60 años, gente grande.

- ¿Ha resuelto el problema desde su formación académica, o debió recurrir a alguna instancia de apoyo?

Lo he tratado desde mi formación académica pero, puntualmente, lo he manejado más por mi voluntad y dedicación. Cuando te enfrentás a un paciente así, se te queman los libros... y si no sos creativa, perdiste. Cada paciente tiene su vueltita. Hay que poder encontrarla para trabajar bien.

- ¿Su vueltita?

Claro, algunos necesitan que seas prolija, lenta, metódica. Otros quieren que sea rápido y termine ya. A algunos le tenés que hablar todo el tiempo, otros prefieren no escuchar nada. Lo mismo con ver lo que hacés. A algunos les tenés que mostrar todo. A otros, mejor no pasar el instrumental por delante de sus ojos. Esas vueltas, digo. Hay que ir conociéndolo para no equivocarte. Y ahí, la Facultad tiene poco que hacer. Qué teoría podría enseñarte lo que te tiene que enseñar el paciente?

- Si debió recurrir ¿A cuál? ¿Cómo lo ayudó? ¿Siguió buscando esta u otras instancias de asistencia en circunstancias similares?

Características observadas de la afección

- ¿Cuáles son las manifestaciones más comunes observadas en pacientes con esta problemática?

Y... transpiran, se ponen verborrágicos, hacen lipotimias, algunos aumentan su curiosidad, tosen...

- ¿Se le han presentado modalidades diferentes del problema o básicamente las manifestaciones son similares?

Básicamente las manifestaciones son las mismas aunque no se dan todas juntas siempre. En algunos unas, en otros, otras.

- ¿Podría atribuirle grados de gravedad?

Si, claro. Hay más y menos graves.

- ¿De qué cree Ud que depende el grado de gravedad?

Y para mí la gravedad se mide con el hecho de finalmente poder o no poder trabajar. Y depende de la información que trae el paciente, básicamente, de mitos que tiene incorporados, y de malas experiencias anteriores.

- ¿Me podría referir los alcances que observa en los casos más graves?

La lipotimia y la convulsión son las manifestaciones más fuertes del miedo, creo.

- ¿Encuentra Ud mayor problema en la gravedad o en la persistencia?

En ambas. Lo grave es un paredón que hay que derribar. Pero lo leve y persistente, te extiende en el tiempo tratamientos insignificantes y sumamente inocuos. Y a veces, eso termina siendo más problemático que lo otro. La diferencia está en que en los leves tenés asegurada la posibilidad del trabajo, aunque sea todo un tema hacerlo. En los otros, no siempre.

- ¿Cree Ud. que los casos menos graves son más fáciles de solucionar?

Si, generalmente si. Hay casos muy graves, donde la alternativa es la anestesia general. En los otros, la manejas como vas pudiendo, pero no tenés que llegar a eso.

Atribución del origen

- ¿Refieren los pacientes conocer el origen de esta afección?

A veces si. No siempre te lo dicen. Algunos ni confiesan que tienen miedo, y te das cuenta por los signos que están a la vista. Pero eso pasa. Muchas veces ni hablan del asunto. Y vos te tenés que hacer como que no te das cuenta, porque si ellos lo prefieren así...

Y los que te cuentan generalmente lo vomitan como para que se les tenga lástima y consideración. Como diciéndote: Mirá que esto no me puede volver a pasar, eh? Te marcan el terreno por las dudas. (Ríe)

- ¿Cuál es el origen que más se señala?

Malas experiencias de niños son las causas más recurrentes. Pero hay miedos injustificados también. Sobre todo a los inyectables y a la turbina. Es torturante para algunos el sólo hecho de escuchar el ruido aun estando en la sala de espera, imaginate!

- ¿Considera necesario conocerlo para determinar qué técnica aplicar para contrarrestar sus efectos?

Por supuesto, es necesario para poder trabajar con más cuidado en esa área. Pero cuando no te lo dicen, tenés que trabajar con manos de seda en todas las áreas del trabajo: el trato del instrumental, la charla que les das, el que vea o no vea lo que introducís en la boca, los sonidos, los olores, todo. Es agotador estar tratando de que se relaje alguien que quiere parecer no tenso, me entendés? Es mucho mejor que te digan: mirá, a mí me

trabajaron una vez sin que haya tomado la anestesia y no me creían que yo sentía todo. Vos en ese caso, tomás los recaudos de que el paciente sea el que te diga cuándo trabajar o no. Tenés cuidado de que sienta que maneja eso. Pero si no te lo dice, capaz que eso se te pasa de largo y vos estás preocupada por aliviarle otras cosas de la experiencia, que a él ni le van ni le vienen.

- ¿Dónde sitúa Ud el origen de este padecimiento?

En la niñez. Yo creo que ese es el punto donde estas cosas hacen más daño o predisponen mejor. Cuando sos grande podés entender algunas cuestiones que uno tiene que tolerar. Cuando sos chiquito, no hay razones que valgan. Por eso es tan importante que los chiquitos sean esperados con paciencia y mucha tolerancia, porque le toman aversión a un dentista, y fuiste para todo el viaje.

- ¿Piensa que en todos los pacientes tiene la misma etiología?

No sé si todos, pero sí la mayoría.

- ¿Piensa Ud que el origen determina la gravedad del cuadro?

Si. Creo que están directamente relacionados. El calibre de una experiencia va a producir consecuencias acordes, me parece. Es muy raro que alguien que sólo se sintió inseguro y no lo trataron con gentileza, tenga un miedo terrible como el que sufrió un trabajo doloroso sin anestesia, por ejemplo.

Metodologías de abordaje y resultados obtenidos

- ¿Qué técnicas utiliza en cada caso?

La técnica que aplico con niños y adultos es la “decir-mostrar-hacer”. El agregado indispensable a eso es la tolerancia y la paciencia. No hay otra.

- ¿Siguen pasos sistematizados a modo de protocolo?

A veces sí, a veces no. Depende del caso. En general, se adapta la técnica a quien está en el sillón.

- ¿Las puede describir detalladamente?

Primero, explicar al paciente lo que se va a hacer, explicar el procedimiento y el por qué hay que hacerlo. Eso tiene que ver con la motivación. Le das un motivo por el que el paciente se quiera aguantar quedarse sentado ahí.

Después mostrar todo lo que vas a usar: lugar, que pueda ver todo el consultorio (porque a veces llegan, los sentás y no saben que tienen detrás de ellos), el instrumental, los elementos de cuidado profiláctico (guantes, barbijo, protector ocular, etc.), las pastas y medicaciones que vamos a usar, en fin, todo lo que vas a hacerle.

Y por último, procedés a trabajar. Que no haya nada de lo que vas a hacer que sorprenda al paciente. Que pueda saber qué le espera. El trabajo tendrá que ser hecho brindándole seguridad y tranquilidad todo el tiempo.

- ¿Podría identificar el enfoque teórico a que responden?

No. La verdad que no. Así me la enseñaron en la Facultad, y así la aplico. No sé a qué teoría pertenece.

- ¿Fue capacitado para su instrumentación durante su carrera de grado?

Fue una incursión teórica la que hicimos. Después en las prácticas nunca se detuvieron en eso. Se miraba el diagnóstico, la ejecución, el trabajo final, pero los modos de que el paciente se sintiera cómodo, no.

- ¿Dispone de diversos recursos para implementar ante las diferentes necesidades?

Recursos, recursos, no. Dispongo de mi buen ojo de ver lo que cada uno necesita. Pero los recursos son siempre los mismos.

- ¿Qué resultados ha obtenido aplicando estos recursos?

Hasta ahora me han resultado eficaces. Espero que siga siendo así.

- ¿Resultaron efectivas en todos los casos?

En la mayoría, si. No en todos.

- ¿Los tiempos del proceso que lleva al paciente a una respuesta favorable dependen para Ud de la efectividad de las técnicas? Si no ¿De qué dependen?

Depende para mí de la técnica, y del vínculo que se forma entre el odontólogo y el paciente bajo el concepto de confianza. Eso es muy importante.

- ¿Tuvo casos en los que finalmente no haya podido trabajar con el paciente afectado?

Si, hubo casos.

- ¿Qué le sugirió hacer al paciente en esos casos?

Le sugerí que busque un psicólogo, porque consideré que necesitaría apoyo para poder volver algún día.

Herramientas obtenidas por la formación académica

- ¿Considera Ud una incumbencia del odontólogo la evaluación del grado de miedo del paciente?

Si, claro. El odontólogo tendrá que hacer una evaluación cuando algo le llama la atención.

- ¿Cómo evalúa al paciente para precisar este dato?

Presto atención a las manifestaciones clínicas.

- ¿Define Ud el procedimiento más apropiado para cada paciente en función del miedo que éste presenta?

Si hay miedo sí. Si no lo hay lo defino en función de la necesidad de la boca, no del paciente.

- ¿Cree Ud que su formación de grado incluye los contenidos necesarios que le otorguen herramientas de abordaje ante estos casos?

No. Creo que salimos bastante crudos en ese sentido.

- ¿Cuál es a su juicio la fortaleza de la formación académica que ha recibido, y cuál su debilidad?

Lo teórico-práctico de la formación creo que es completa, salvo el tema de la cuestión psicológica del paciente. Ahí, noto una debilidad.

- ¿Modificaría algo de ella?

Sí, eso justamente lo modificaría. Sería muy necesario.

- ¿Cree que la intervención de un psicólogo, tanto en la instancia de evaluación, como en la de la planificación de la estrategia, podría colaborar con la tarea de abordar el miedo perturbador a la práctica odontológica?

Si. No sé cómo se podría articular, pero me parece que son los más capacitados para eso. Nosotros lo hacemos a pulmón, de pura voluntad. Pero ustedes se preparan para eso. Es su oficio, no? Sería lo ideal.

Datos profesionales. Orientación personal hacia la disciplina. Especialización.

- ¿Cómo llegó a la profesión? ¿Cómo hizo su elección?

Nunca lo supe. Un día me preguntaron qué quería ser y yo dije “Dentista”. Fue una sorpresa hasta para mí, que nunca había pensado en esa posibilidad. Pero lo dije en serio, eh? “Dentista”. No sé. Por ahí pensaba que se me iba a pasar porque no hay nadie dentista cercano, ni profesionales de la salud en mi familia, pero no. Acá estoy. Nunca cambié de opinión.

Yo ahora les digo a mis hijos que querrán hacer cuando sean más grandes y tienen veinte ideas. Yo no. Fue así.

- ¿Cuántos años hace que la practica?

Hace 22 años que trabajo. Me recibí en el 93. Enseguida empecé a trabajar y nunca paré.

- ¿Tiene alguna especialidad?

No. He hecho cursos de postgrado, pero no me dedico a una especialización en particular. Hago odontología general. A mí me gusta la boca abierta, pase lo que le pase. Al principio me preocupaba por buscar algo en qué especializarme, por eso hice cursos de todo lo que se me ofrecía. Buscaba. Tardé como diez años en convencerme que no me interesaba nada en particular. Con una boca abierta me conformaba y mi objetivo era solucionar lo que se me presentara, viste? Por ahí es porque me aburro fácil yo. La variedad de casos me exige estar siempre atento, siempre actualizado. No sé. Por ahí la cosa es que también una especialidad te limita. No sé.

- Te limita?

Sí. Sos buscado sólo para esos casos. Y, la verdad, no sé si me hubiera ido bien. Yo así no discrimino bocas, soy un referente para cualquiera que necesite algo en boca.

- ¿Tiene experiencia en el sistema de salud pública? ¿Dónde la adquirió? ¿Cuánto tiempo trabajó?

Trabajé en el hospital de acá siete años. Te acordás? Estaba en el edificio viejo. No fue una buena experiencia. El Estado cree que somos magos. La gente necesita y vos no le podés decir que no. Porque si sos un buen profesional, tenés que dedicarle el triple de las horas que te pagan. Siempre quedan afuera más bocas de las que podés atender y no les podés hacer un buen seguimiento para tenerlos cortitos con la higiene, o con los controles. Porque los atendés hoy y consiguen el próximo turno con suerte a los tres meses, viste? En esa época era así. Me cansé. Bueno, no me cansé, me frustré. Me exigía demasiado y me redituaba muy poco. Tenía que hacer magia. Entonces me instalé mi consultorio. Me ayudó mi viejo, me acuerdo.

- ¿Cuál cree que es su fortaleza en la práctica?

La sensibilidad. Yo soy sensible al dolor de la gente. Puedo ponerme en su lugar. A veces hay que ponerse duro, sino no podés trabajar, pero siempre puedo pensar que el que se sienta en mi sillón no está ahí porque tiene ganas. Está porque sufre o no quiere sufrir más adelante. Puedo ver eso antes que la caries o el problema. Creo que gracias a eso tengo tantos pacientes, porque no habemos muchos sensibles en esta profesión eh? La consigna parece ser si me endurezco te ayudo, si me ablando no te sirvo. Pero yo no pienso igual. Uno puede ayudar tratando de ponerse en el lugar del que viene a veces desesperado de dolor.

- ¿Le interesa desarrollarse en alguna otra área del saber odontológico?

Por ahí quizás como interés, me interesen los implantes, que tienen hoy una vigencia importante. Pero no creo que quiera dedicarme a eso solamente. Me interesa nomás.

Experiencia en atención a pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica.

- ¿Se ha encontrado con pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica?

Puuffff... Muchos. Mucha gente es temerosa de esto. No hay realmente mucha conciencia del factor de ataque a la salud bucal que es el miedo. Una gran parte de la gente tiene problemas, y lo peor es que nunca lo solucionan. Esa es la cuestión. No es que se les pasa. Es una boca destinada al abandono dental.

- ¿Con qué frecuencia?

Mucha frecuencia. O yo atraigo todos los miedosos, o son muchos para todos... jajaja No. Hay estadísticas que te dan este dato. Es muy frecuente el miedo en las bocas que tienen que ser atendidas.

- ¿Podría señalar alguna franja etaria en particular como de mayor incidencia?

En general son los adultos el problema. A un niño lo agarrás si es chico, le vas enseñando las molestias y los beneficios de la práctica en boca, pero a los grandes... Ya los tenés hechos. Y a veces, no hay manera de enseñarles nada. Están muy afectados ya y no se relajan.

- ¿Ha resuelto el problema desde su formación académica, o debió recurrir a alguna instancia de apoyo?

Ni una cosa ni la otra. Académicamente el miedo creo que se nombra en alguna materia, pero que puedas ofrecer soluciones desde allí? No! Y lo de instancia de apoyo a qué te referís? A medicación sedante? No. No he recurrido a eso nunca, aunque creo que podría haber sido necesario. Lo que pasa es que yo quiero una boca abierta por voluntad propia, viste? No forzada. Ese es trabajo fino que hay que hacer. Si lográs convencerlos de que no les vas a hacer doler nada más que lo necesario, y que eso es soportable. No necesitás más. Esa es una boca disponible. Sino, no me gusta trabajarle.

Características observadas de la afección

- ¿Cuáles son las manifestaciones más comunes observadas en pacientes con esta problemática?

Y son las mismas que si una persona va caminando por un pasillo oscuro y sabe que al final la espera alguien desquiciado con una motosierra, viste como en las películas? Casi no respiran, contienen hondo. Transpiran. Abren mucho los ojos. Están duros como la pared. Las piernas a veces no las apoyan en el sillón, las mantienen en vilo, viste? Hay taquicardia, y a veces hacen lipotimias. A veces se mantienen en este estado de tensión todo el tiempo, pero no pierden el control. Igual, algo se puede hacer en esa circunstancia, pero están como aterrados, no es lo mismo.

- ¿Se le han presentado modalidades diferentes del problema o básicamente las manifestaciones son similares?

Mirá, muy diferentes las manifestaciones no son, pero sí se dan diferentes maneras de enfrentarlo. Una vez, una señora, me pidió que mientras la atendía, por favor le prenda una vela que había traído, una vela roja con una imagen de no sé quién, un santo parecía. Y se la prendí. Si eso la iba a tranquilizar, por qué no? Igual fue muy difícil poder terminar esa boca. No volvió más, no sé si porque se dio cuenta de que no le funcionó lo de la vela para evitar el sufrimiento, o porque le daba vergüenza volver a pedir una cosa así...

- ¿Podría atribuirle grados de gravedad?

Y sí, hay más y menos graves. Yo lo mido por la mayor o menor posibilidad de trabajar que tenés con cada boca. Los menos graves, son un tema, pero los vas llevando. Hay otros que ni con Dios bajado del cielo. Cuando una boca viene, hay que jugarse.

- ¿De qué cree Ud que depende el grado de gravedad?

De la persona. Hay gente que es escandalosa con las cosas en su vida. Hay otra que enfrenta la vida con más moderación. Y me parece que eso depende de la actitud que tengan. Es una cuestión de autocontrol, viste? Algunos se controlan más otros menos...

- ¿Me podría referir los alcances que observa en los casos más graves?

Lo más grave fue gente con lipotimias recurrentes y de difícil resolución. Nunca convulsión. Pero unas “señoras lipotimias” me han tocado. A veces sin abrir la boca, es decir antes de empezar. No llegan ni al sillón y se descompensan.

- ¿Encuentra Ud mayor problema en la gravedad o en la persistencia?

Generalmente si es grave, es persistente. No recuerdo casos muy graves que hayan podido resolver y terminar con ese problema.

- ¿Cree Ud. que los casos menos graves son más fáciles de solucionar?

Definitivamente. Con que puedan comprobar que la práctica no es dolorosa, ni invade más allá de lo necesario, a veces resuelven. Cuando no se dejan trabajar, no pueden comprobar nada... y obviamente, no van a resolver.

Atribución del origen

- ¿Refieren los pacientes conocer el origen de esta afección?

A veces sí. No siempre. Porque a veces se hacen los tontos y no reconocen el problema. Esperan que si no me lo dicen, no me dé cuenta.

- ¿Cuál es el origen que más se señala?

La mayoría que yo recuerdo aduce haber tenido tratamientos dolorosos y traumáticos en otras ocasiones, que los dejaron con miedo a que se repita. Hay casos en que no saben por qué, pero les pasa.

- ¿Considera necesario conocerlo para determinar qué técnica aplicar para contrarrestar sus efectos?

Está bueno saberlo para no caer en algunas cosas que les pudiera molestar, pero para determinar la técnica, no, porque la técnica de trabajo es la misma. Lo que podés hacer es tener más delicadezas con alguien que se muestra miedoso, y llevarlo de a poco, por ejemplo. El trato sí, obviamente va a ser diferente en alguien con miedo, que en alguien que no tiene miedo. Más cuidadoso, más atento, más en guardia permanentemente ante cualquier manifestación que te indique parar, o distraer, o apurarte... depende.

- ¿Dónde sitúa Ud el origen de este padecimiento?

Yo creo que este trabajo puede ser tan aliviador como martirizante para el paciente, según como sea encarado, y según la calidad profesional de quien lo hace. No todos han pensado en cuidar a la persona además de a la boca. Y las experiencias dolorosas no se olvidan, ¿viste? Te podés olvidar de lo que te fue bien, pero de lo que te fue mal, lamentablemente, te acordás el resto de tu vida. Viste cómo es? Quien tuvo esta mala suerte de que le haya ido mal, queda marcado por esa experiencia para el resto del viaje. No es fácil volver a confiarle la boca a alguien. Imaginate que es como cuando uno tiene un accidente, no es fácil volver a sentarte en el auto, ¿no?

- ¿Piensa que en todos los pacientes tiene la misma etiología?

La mayoría. Y otros son miedosos por naturaleza, ¿me explico? Hay personas miedosas por nada. Y otras en que responde realmente a algún trauma, y por más fuerte que sea, eso condiciona la vida posterior. Hay que volver a enfrentarse con el dolor, no es joda.

- ¿Piensa Ud que el origen determina la gravedad del cuadro?

Si, si, claro. Si te dolió y nadie tuvo cuidados para evitarlo por ejemplo, son dos dolores que hay que superar. Eso va a ser mucho más grave que si sentiste dolor pero hubo alguien que estaba tratando de que sea lo más leve posible. Ahí la cosa va a ser menor.

Y si sos miedoso de todo, la gravedad quizás no es tanta, pero va a ser difícil que puedas sacarte alguna vez el problema de encima.

Metodologías de abordaje y resultados obtenidos

- ¿Qué técnicas utiliza en cada caso?

La técnica de trabajo como te dije, es la misma. Lo que cambia es el cuidado que tenés en cada caso. Habrá gente con la que tendrás que trabajar más lentamente, con más charla que vaya distraendo, con más empeño en mostrar cada paso y cada cosa que vas a hacer. Siempre con decisión, mostrándote seguro, por supuesto, porque si te ven con miedo a hacerles doler, perdiste. La decisión es fundamental para que ellos puedan sentir que vos te hacés cargo del tratamiento, que vas a solucionar su problema.

- ¿Sigues pasos sistematizados a modo de protocolo?

No, nada de eso. Esto es una conversación. Si nos entendemos, terminamos resolviendo el motivo de consulta. Si no nos entendemos, no. Y para conversar uno no sigue protocolos.

- ¿Podría identificar el enfoque teórico a que responden?

Al humano. (risas). No. No hay un enfoque teórico que te diga cómo tratar a las personas. Eso viene con el profesional. O no viene. Bueno, y si hay, no lo conozco.

- ¿Fue capacitado para su instrumentación durante su carrera de grado?

Creo que ya dije que el miedo no es un tema muy tratado en la carrera, por lo menos en mi época. Además, si hablamos de calidad humana como única técnica útil para enfrentar esto, qué facultad te prepara en eso?

- ¿Dispone de diversos recursos para implementar ante las diferentes necesidades?

Se ve la necesidad. Recursos técnicos, hay poco margen de elegir. Cuando hay que limpiar una caries, hay que limpiar y ya. No podés reemplazar eso. Pero sí podés hacerlo acompañado de un trato diferencial según quién tenés ahí sentado.

- ¿Qué resultados ha obtenido aplicando estos recursos?

Yo estoy conforme con mi trabajo y la gente se va contenta. Mi evaluación es que los resultados de mi “trato diferencial” son buenos. No siempre es fácil, pero me manejo muy bien con eso.

- ¿Resultaron efectivas en todos los casos?

No siempre, hay que decirlo. Hubo casos en que ni un buen trato, ni mis artes persuasivas acerca de lo inofensivo del tratamiento tuvieron resultado. Eran casos muy complicados de miedo mezclado con algo más seguramente que no podría determinar yo, en los que han sido un fracaso todos los intentos. Me acuerdo de un señor que cuando vino ya me adelantó que venía de recorrer una docena de dentistas y que nunca había podido lograr ni siquiera que lo examinen. Grave, muy grave. Acá también, se sentó, empecé a hablar, y me pidió por favor que le diera paso, porque se quería ir. Y así hizo. Chau paciente! (risas) Eso fue todo... pobre tipo!

Ha habido bastantes casos en que no he podido resolver la cuestión. Al principio me frustraba mucho. Después, entendí que hay cosas que no puedo hacer. Que siempre va a haber cosas que se me escapan. Perfecto no puedo ser.

A mí me gustaría que se hagan campañas dándole confianza a la gente de que los tratamientos de ahora no son como los de antes, que son realmente inofensivos e indoloros. Pero parece no ser muy importante esto para las autoridades sanitarias, porque siempre promueven la atención bucal, pero no siempre una mala salud bucal está originada en la pobreza y la falta de información. Esta cuestión del miedo es muy frecuente y no se encara.

- ¿De qué dependen los tiempos del proceso que lleva al paciente a una respuesta favorable?

Y, de la predisposición del paciente y de la habilidad del odontólogo. No hay otra.

- ¿Qué le sugirió hacer al paciente en los casos en que finalmente no se pudo trabajar?

A ese caso que te conté nada, porque ni me dio tiempo. (Risas). A veces, les digo que dejen pasar un tiempo y que vuelvan. Por ahí, se ve algún cambio, no sé.

A veces, recomiendo que consulten con un psicólogo. No siempre, porque cuando no tenés confianza, lo pueden tomar mal, pero si los conozco, se los digo.

Herramientas obtenidas por la formación académica

- ¿Considera Ud una incumbencia del odontólogo la evaluación del grado de miedo del paciente?

Si. Hay que evaluarlo antes de empezar. Tenés que estar preparado. Y quién mejor que nosotros podrá saber cómo se te presenta un paciente relajado y otro tenso? Creo que es parte de nuestra rutina al recibir un paciente.

- ¿Cómo evalúa al paciente para precisar este dato?

Se nota en seguida, no hace falta mucho. Lo observo. Le hago preguntas, hablo y hablo. Le hablo mucho yo.

- ¿Define Ud el procedimiento más apropiado para cada paciente en función del miedo que éste presenta?

Eso ya te lo contesté, no? No me lo habías preguntado?

- ¿Cree Ud que su formación de grado incluye los contenidos necesarios que le otorguen herramientas de abordaje ante estos casos?

No. También lo dije. Nada de esto se trata en la carrera como un tema importante.

- ¿Cuál es a su juicio la fortaleza de la formación académica que ha recibido, y cuál su debilidad?

La carrera ofrecía una buena formación. Yo he compartido con otros colegas de otras universidades y cada vez me sentía más orgulloso de mi facultad. Es sólida la formación teórico práctica que te dan. La debilidad quizás podría verse por este lado que estuvimos charlando. Las cuestiones psicológicas del paciente no son muy consideradas o si son consideradas, no se nos acerca demasiado a eso. Y después, nos manejamos con nuestros criterios propios en eso, sin un GPS que nos oriente.

- ¿Modificaría algo de ella?

Probablemente propondría esto. Lo del GPS me gustó. Sería bueno.

- ¿Cree que la intervención de un psicólogo, tanto en la instancia de evaluación, como en la de la planificación de la estrategia, podría colaborar con la tarea de abordar el miedo perturbador a la práctica odontológica?

Yo no conozco los alcances de la tarea del psicólogo, pero sin dudas tiene algo que hacer en estos casos. En el tema de la evaluación, no, porque los que estamos trabajando con los pacientes, somos nosotros en el consultorio. Y quizás el miedo lo despierta esa situación y no se despierte en una consulta con un psicólogo. Pero en los planteos estratégicos, seguramente podrían ayudar mucho. Sí.

Datos profesionales. Orientación personal hacia la disciplina. Especialización.

- ¿Cómo llegó a la profesión? ¿Cómo hizo su elección?

Desde chica me gustó porque mi dentista era bárbara, y yo la adoraba. Siempre quise ser como ella. Me acuerdo que cuando me peleaba con mi mamá, yo decía, por qué Sonia (mi dentista) no es mi mamá? Tenía siempre una sonrisa, y era tan dulce, que hasta me quería poner el mismo perfume. Y bueno, no podía ser de otra manera, también quise hacer lo que ella hacía. Trato de ser dulce como ella con mis pacientes.

- ¿Cuántos años hace que la practica?

Me recibí en el 2000. Trabajé en un consultorio de un odontólogo en Rosario unos meses, donde trabajaba de asistente mientras estudiaba, y después me instalé acá, en Villa Constitución.

- ¿Tiene alguna especialidad?

Ninguna.

- ¿Tiene experiencia en el sistema de salud pública? ¿Dónde la adquirió? ¿Cuánto tiempo trabajó?

No, lo que hice con la Facultad nomás. Pero tengo compañeras que están en salud pública y la verdad, da vergüenza. No les pagan. No les crean cargos; al contrario, los que entran en vacante, se cierran. Una amiga fue reemplazando por licencia, y cuando la titular se jubiló, la sacaron. Se cerró el servicio. Mientras trabajó, facturaba como monotributista, no entró con relación de dependencia. Es decir, que ya tenían en mente cerrarlo. Y ese barrio se quedó sin atención odontológica.

Algunas van a dispensarios de barrios muy jodidos, donde se arriesgan todo el tiempo, no tienen lo necesario. Ni hablar de la salud pública. Si funcionara para todos (para la gente y para los profesionales), me encantaría. Pero así, no sé cómo pueden seguir los que trabajan ahí.

- ¿Cuál cree que es su fortaleza en la práctica?

Y, a mí me parece que como te dije de Sonia, lo que más me hace fuerte es el trato con la gente. Trato de ser muy suave, sonrío todo el tiempo, aún cuando estoy haciendo algo. A veces no es fácil porque uno viene con lo suyo, viste? Pero no pierdo el personaje mientras estoy con gente. Es una actitud como la de los actores, “el show debe continuar”, aunque no tengas ganas de sonreír algunos días.

- ¿Le interesa desarrollarse en alguna otra área del saber odontológico?

Me interesa mucho la periodoncia porque todos ponen el foco en los dientes pero nadie repara en los tejidos que los sostienen. A mí me parece fundamental que haya gente que se encargue de eso que tiene que ver con la prevención más que nada. Fui a algunas jornadas, a muchos seminarios clínicos, y a un curso, pero nunca pude hacer todavía una capacitación buena con eso. Tuve una gran oportunidad en Buenos Aires, que venían de Harvard a hacer unos cursos, hace como dos años atrás, en la que me había inscripto, pero después no pude ir. Se siguen haciendo, veremos si el 2016 es el vencido...

Experiencia en atención a pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica.

- ¿Se ha encontrado con pacientes con miedo excesivo a la práctica odontológica?
¿Con qué frecuencia?

Si, claro. Muchos tienen miedo, no todos tienen miedo excesivo, pero miedito, la mayoría. Y viste, la boca... es toda una entrega la que hay que hacer. Es frecuente encontrarse con pacientes que no se abandonan fácilmente. Por eso, si encima encuentran un sargento acá, la cosa es más difícil. Siempre la sonrisa y la dulzura ayudan.

- ¿Podría señalar alguna franja etaria en particular como de mayor incidencia?

Menos los niños, que vienen nuevitos e inexpertos todavía, todos. Porque hay jóvenes, más adultos y ancianos con terror de dejarse trabajar. Cuando abren la boca por primera vez, ya podés calcular el miedo que tienen según el estado en que los encontrás.

- ¿Ha resuelto el problema desde su formación académica, o debió recurrir a alguna instancia de apoyo?

Todo lo que sé lo adquirí en mi formación académica. ¿Apoyo? No, no sé cómo podría ser eso.

- Bueno, como hacer alguna interconsulta, o recurrir a alguna capacitación específica, por ejemplo.

No, no. Interconsulta hago cuando hay cuestiones infecciosas severas que no ceden, cuando hay patología de base que me puede hacer estar alerta, cuando se dan situaciones particulares en las que necesito estar segura de lo que hago. Pero con el miedo, el médico, va a estar igual que yo! Y capacitaciones específicas como vos decís, no hay. Cuando te toca enfrentar un caso de esos, estás vos, y el paciente en el consultorio. De alguna manera lo tenés que resolver.

- Si debió recurrir ¿A cuál? ¿Cómo lo ayudó? ¿Siguió buscando esta u otras instancias de asistencia en circunstancias similares?

Características observadas de la afección

- ¿Cuáles son las manifestaciones más comunes observadas en pacientes con esta problemática?

En lo primero que se nota es en la postura corporal. Si les tomás el pulso en ese momento seguro están haciendo taquicardia. Se los ve como si estuvieran por enfrentar un precipicio. Ojos muy abiertos, respiración acelerada, rigidez, sudor, les cuesta mucho abrir la boca. Buscan excusas para alargar la charla, advierten cosas, abren, y se vuelven a acordar de otra, y así lo van demorando.

- ¿Se le han presentado modalidades diferentes del problema o básicamente las manifestaciones son similares?

Algunos muestran unos signos, otros, otros, claro. Algunos llegan a desmayarse, otros aguantan más.

- ¿Podría atribuirle grados de gravedad?

Nunca me pasó, pero pueden llegar a la convulsión. Eso es un poco más complicado. El gran estrés que les provoca enfrentar una situación que les da miedo, los hace colapsar.

- ¿De qué cree Ud que depende el grado de gravedad?

Me parece que como todas las cosas, algunos son más fuertes y otros no tanto. Viste que cada uno tiene su umbral de dolor, de resistencia. La gravedad creo va a depender de si ese límite está muy cercano o la capacidad de soportar se extiende un poco más.

- ¿Me podría referir los alcances que observa en los casos más graves?

Lipotimia es lo máximo que me ha tocado resolver.

- Y en cuanto a la posibilidad de trabajar?

Con todos he podido trabajar, más o menos complicados, pero he podido. Pero sé de casos de colegas que terminaron no pudiendo, y derivando. O a veces, ni derivando, no aparecen más...

- ¿Encuentra Ud mayor problema en la gravedad o en la persistencia?

La gravedad, me parece, porque en casos muy severos ni siquiera se puede empezar, a veces. Los otros son los que te van a dar trabajo siempre, pero finalmente las cosas se terminan haciendo.

- ¿Cree Ud. que los casos menos graves son más fáciles de solucionar?

No. No se soluciona el miedo. Eso va a seguir. Pero por lo menos con algunos cuidados, se puede trabajar.

Atribución del origen

- ¿Refieren los pacientes conocer el origen de esta afección?

Si, algunos saben cuando comenzó el calvario. Otros no. Les pasa nomás y no saben por qué, ni desde cuándo.

- ¿Cuál es el origen que más se señala?

En general son personas que no han tenido la suerte de encontrarse con profesionales que los hayan comprendido, los hayan esperado, y que quizás hayan tenido poca delicadeza. A veces el trabajo es el mismo pero la manera en que te mostrás al hacerlo, cambia todo.

No todos tenemos paciencia y nos ponemos en el lugar del que viene a atenderse. Algunos están apurados, y por eso, apuran los tiempos de la comodidad del paciente. Eso es mortal. Otros tienen pocas pulgas, y van al grano aunque no estén apurados, cuestión de personalidad, creo. No sé.

Yo pienso que si no le dedicás su tiempo a cada uno, por más que hagas bien el trabajo, el paciente se va mal. Y lo que hay que lograr es que el paciente vuelva, y vuelva contento.

- ¿Considera necesario conocerlo para determinar qué técnica aplicar para contrarrestar sus efectos?

Y, sí, ayuda saberlo porque así vos sabés por dónde ir.

- ¿Dónde sitúa Ud el origen de este padecimiento?

En la suerte que te haya tocado en la vida de no encontrarte con ninguno de esos colegas que te decía, y que te hayan dejado una mala experiencia. Porque si no te cruzás con una vivencia dolorosa o con un trato desagradable de parte del profesional, por qué vas a tener miedo? Como los niños, ellos vienen confiados porque no saben de qué se trata. Y si les das una buena bienvenida al mundo odontológico, no va a ser un problema para ellos.

- ¿Piensa que en todos los pacientes tiene la misma etiología?

Los que dicen que no saben de qué tienen miedo seguramente han escuchado historias ajenas que los influyeron. Pero finalmente, la práctica sin cuidados y sin tener en cuenta al paciente, siempre termina siendo el problema.

- ¿Piensa Ud que el origen determina la gravedad del cuadro?

No. Creo que la gravedad te la da ser miedoso o no. No todos tienen miedo de la misma manera. Algunos no necesitan tanta vuelta para abrir la boca, otros si.

Metodologías de abordaje y resultados obtenidos

- ¿Qué técnicas utiliza en cada caso?

La técnica no se cambia, se cambia el cuidado en el trabajo. El tiempo que le dedicas. El detenerte a mostrar cada instrumento que vas a usar. El explicar el procedimiento. Y a veces, el ir mostrando en espejos lo que vas haciendo. A veces, el espejo hay que dejarlo lejos... según el paciente. Y por supuesto, si hay miedo, primero lo más tranquilo, no avanzar directamente hacia lo más grande.

- ¿Sigue pasos sistematizados a modo de protocolo?

No. No existe ningún protocolo. Yo no sigo ninguno.

- ¿Podría identificar el enfoque teórico a que responden?

La técnica que te digo se llama mostrar-decir-hacer, pero a qué enfoque teórico responde, no sabría decirte. Por ahí me lo enseñaron y yo ahora no me acuerde. Pero de todos modos, es la única que se maneja. La adaptás según lo que vas viendo en el paciente, pero en definitiva es siempre esa.

- ¿Fue capacitado para su instrumentación durante su carrera de grado?

Claro, es la que aprendimos en la Facultad. Siempre había que tenerla en cuenta en cada práctica.

- ¿Dispone de diversos recursos para implementar ante las diferentes necesidades?

No, no, no. Esa es la técnica que se usa en todos los casos, como te dije.

- ¿Qué resultados ha obtenido aplicando estos recursos?

Efectivos. No me ha pasado de no poder trabajar con alguien.

- ¿Resultaron efectivas en todos los casos?

Si, si.

- ¿Los tiempos del proceso que lleva al paciente a una respuesta favorable dependen para Ud de la efectividad de las técnicas? Si no ¿De qué dependen?

La técnica es importante, pero si no tenés don de gente, si no te mostrás dulce, suave y delicada, si no te tomás tu tiempo para conocer al paciente, ninguna técnica puede resultar. Es decir que la técnica sirve en tanto y en cuanto el odontólogo sirva, me entendés?

- ¿Tuvo casos en los que finalmente no haya podido trabajar con el paciente afectado?

No.

Herramientas obtenidas por la formación académica

- ¿Considera Ud una incumbencia del odontólogo la evaluación del grado de miedo del paciente?

Si la secretaria le hace algunas preguntas antes de entrar al consultorio estás advertido, pero no vas a saber qué necesita o cómo deberá ser tratado el paciente hasta que no hables con él y lo conozcas. Así que me parece una incumbencia exclusiva del odontólogo hacer esa evaluación.

- ¿Cómo evalúa al paciente para precisar este dato?

Observo y pregunto. A veces te lo dicen, a veces te tenés que quedar con la observación sola porque no te lo dicen.

- ¿Define Ud el procedimiento más apropiado para cada paciente en función del miedo que éste presenta?

Claro. De eso se trata cuando digo que la técnica es la misma pero que la tenés que adaptar.

- ¿Cree Ud que su formación de grado incluye los contenidos necesarios que le otorguen herramientas de abordaje ante estos casos?

No sé si para abordar casos con mucho miedo. Me ofrece la información necesaria para trabajar con la gente. Y la gente no es toda igual, eso es sabido.

- ¿Cuál es a su juicio la fortaleza de la formación académica que ha recibido, y cuál su debilidad?

La formación me pareció muy completa. Lo que más destacaría es que salís habiendo trabajado con pacientes directamente ya. Algún contenido más específico sobre el trato con los pacientes sería bueno considerar. Ahí me parece que se quedan cortos.

- ¿Modificaría algo de ella?

Agregaría algo de eso que te dije, para poder desarrollar habilidades para llegar al paciente de manera que no le resulte problemática la práctica.

- ¿Cree que la intervención de un psicólogo, tanto en la instancia de evaluación, como en la de la planificación de la estrategia, podría colaborar con la tarea de abordar el miedo perturbador a la práctica odontológica?

En los casos en los que no se puede trabajar, me imagino que se les podría recomendar consultar con un psicólogo. En el resto, no lo creo necesario. Si finalmente lo pueden enfrentar, con más o menos sufrimiento, pero lo logran, para qué?