

IMPACTO DEL PERFIL PSICOLÓGICO EN LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

Susumu Nisizaki¹

Resumen

Concurrir al odontólogo estuvo siempre rodeado de una fantasía traumática. Ir al dentista "era para sufrir". Aún existe ese paradigma de experiencia psicológica no placentera, que genera nerviosismo y rechazo. El planteo de los problemas emocionales de los A.M., por frases que he ido recogiendo y archivado durante años, permitirán acercarse y tal vez entender su perfil psicológico.

Escuché frases impactantes que me generaron sorpresa, dolor, compasión, comprensión, pero también debo confesar que algunas veces me han provocado, sensación de impotencia.

Vinculado con la pérdida de dientes me confesaron: "La pérdida de todos los dientes ha significado para mí una verdadera mutilación". "Me siento como desnuda". "Me siento envejecida/o". "He llorado mirándome al espejo". "Ni yo misma me puedo mirar sin dientes en el espejo". "Por supuesto que mi marido nunca me ha visto sin las dentaduras". "Cada vez que me saco un diente, siento que arrancan una parte muy íntima de mi cuerpo". "Me afectan más las pérdidas de los dientes de adelante que las muelas". "Me da vergüenza que hasta ustedes (los odontólogos) me vean sin dientes". "No quiero que sus colaboradoras me vean así". "Mi nieto me vio sin dientes y quedó asombrado". "Me dijeron irónicamente, ¿estás estrenando sonrisa?".

En algunas circunstancias llegan pacientes al consultorio, luego de muchos fracasos técnicos que lo afectan psicológicamente. Vienen con una carga de desilusión y depresión bastante marcada.

¹ Carrera de Especialista en Gerodontología. Escuela de Graduados de Facultad de Odontología- UDELAR. Clínica Integral del Adulto Mayor. Facultad de Odontología. UCUDAL.

Susumu Nisizaki. Doctor en Odontología 1968, Facultad de Odontología de la Universidad de la República (Montevideo-Uruguay). Profesor Director Titular, Clínica de Prótesis 1º (Prótesis Completa), Facultad de Odontología de la Universidad de la República (Montevideo-Uruguay), 1991-2006. Profesor Director de la Carrera de Especialidad en Gerodontología, Posgrado de Odontología Geriátrica, Escuela de Graduados, Facultad de Odontología de la Universidad de la República (Montevideo-Uruguay), desde 2001. Profesor Director de Clínica del Adulto Mayor. Facultad de Odontología. UCUDAL. Ha recibido varios premios internacionales por su labor académica. Tiene más de 300 cursos y conferencias dictados en Uruguay, Argentina, Brasil, Perú, Chile, Ecuador, Japón, España, Italia, Israel, EE.UU., Holanda, Francia, Sudáfrica, Polonia. Publicaciones en Prosdoncia y Odontología Geriátrica. suni@adinet.com.uy

Se plantean también situaciones muy complejas en las que aparece el rechazo e intolerancia a las prótesis. En muchos A.M. coexisten una serie de patologías o desórdenes bucales que tienen etiología psicológica. Entre ellos el síndrome de boca ardiente, la pseudo halitosis, algunos desórdenes temporomandibulares, etc. La historia clínica nos muestra pacientes nerviosos, con cefaleas corrientes, trastornos en el sueño, consumidores de medicamentos (tranquilizantes, antidepresivos), con antecedentes de tratamientos psicológicos y psiquiátricos.

Sin lugar a dudas que en muchos casos hay un componente estético-emocional vinculado con las pérdidas dentales y que cada paciente procesa de manera diferente.

¿Cuál debe ser la actitud del profesional, odontólogo? En un tratamiento odontológico y en otros en el área de la salud, se "enfrentan" 2 perfiles psicológicos, el del paciente A.M. y el del profesional. Ambos tienen un objetivo común, que es cumplir exitosamente con el tratamiento y llenar en lo posible las expectativas del paciente, así como la satisfacción profesional.

La realidad muestra que la mayoría de los pacientes A.M. son rehabilitados satisfactoriamente. "Lucir bien, hablar bien, comer adecuadamente le dan seguridad y satisfacción".

Palabras clave: Adulto Mayor, Odontología, Perfil Psicológico.

Planteo de la Situación Clínica Problema

El hecho de concurrir al odontólogo estuvo siempre rodeado de una fantasía traumática. Ir al dentista "era para sufrir".

Si bien las circunstancias han cambiado mucho, aun existe ese paradigma de experiencia psicológica no placentera, que genera nerviosismo y rechazo.

En el caso del Adulto Mayor (AM) también se observa esos temores históricos, pero sin dudas que hay una serie de hechos peculiares de esta cohorte que bien vale la pena compartir.

El planteo de los problemas emocionales de los AM, por medio de ejemplos y frases que he ido recogiendo y archivado durante años, permitirán acercarse y tal vez entender su perfil psicológico, enfrentado al tratamiento odontológico.

Muchas veces durante la entrevista o primer contacto con el paciente, surgen esos primeros hechos. En otras oportunidades los problemas surgen en las sesiones de tratamiento subsiguientes y aun al final del mismo. Seguramente en esta última circunstancia por impericia o falta de experiencia clínica, o de preparación psicológica del odontólogo, o por no haber hecho la derivación correspondiente en el momento oportuno, al psicólogo.

Algunas frases impactantes me generaron sorpresa, dolor, compasión, comprensión, pero también debo confesar que algunas veces me han provocado, sensación de impotencia.

Vinculado con la pérdida de dientes, he escuchado confesiones con alto contenido emocional como: "La pérdida de todos los dientes ha significado para mí una verdadera *mutilación*". "Me siento como *desnuda*". "Me siento *envejecida/o*". "Me hace sentir muy mal". "He *llorado* mirándome al espejo". "*Ni yo misma me puedo mirar* sin dientes en el espejo, es *terrible*". "Por supuesto que *mi marido nunca me ha visto* sin las dentaduras". "No le vayan a decir a mi marido que tengo dentadura postiza".

"Cada vez que me saco un diente, siento que *arrancan* una parte muy *íntima* de mi cuerpo". "Me afectan más las pérdidas de los dientes de adelante que las muelas". "Me da *vergüenza* que hasta ustedes (los odontólogos) me vean sin dientes". "No quiero que sus colaboradoras me vean así, no quiero ni que entren al consultorio". "Siento que estoy muy cerca de *la muerte*".

Otra vergüenza: "Mi nieto me vio sin dientes y quedó *asombrado* y yo *avergonzada*".

"Me dijeron irónicamente, "¿Estás estrenando sonrisa?". Una pariente tal vez con sus propios duelos no resueltos.

También hay circunstancias en las que los problemas de los AM están ligados a antecedentes remotos, como este caso, "A mi de niña mis compañeros en la escuela me decían "la dientuda", porque tenía los dientes para afuera. "Yo nunca quise a mis dientes, me sentía fea". "Usted ahora de vieja me puede mejorar".

Todos habrán tenido alguna experiencia con pacientes que "tapan" su vergüenza, cubriéndose la boca o miran hacia abajo cuando hablan, para que no se les vean la boca, sus dientes o la ausencia de los mismos. Otros tratan de no sonreír o hacerlo limitadamente y además hablan poco.

Como se puede observar en las expresiones se traslucen problemas de género; a la mujer le afecta más el aspecto estético, aunque en los últimos años también el hombre siente algo similar. A algunos hombres psicológicamente les afecta hasta en su virilidad.

En algunas circunstancias llegan pacientes al consultorio, luego de muchos fracasos técnicos, pero que en definitiva lo afectan psicológicamente. Vienen con una carga de desilusión y depresión bastante marcada. Ellos concurren al odontólogo en búsqueda de "la solución". Lo primero que se debería hacer es saber escuchar y prestar mucha atención a su comunicación verbal, a sus gestos, para comprender al paciente. Además preguntar de manera inteligente para acercarnos a él, brindarle seguridad en nuestra comunicación y ser absolutamente claros en cuanto a la posibilidad de éxito del tratamiento.

Sería un gran compromiso y responsabilidad para el odontólogo agregar otro fracaso y otra desilusión más a ese sufriente AM.

Se plantean también situaciones muy complejas en las que aparece el rechazo e intolerancia a las prótesis, especialmente cuando los pacientes no han elaborado el duelo de sus pérdidas.

En términos generales esa intolerancia es mayor cuanto más joven es el paciente o está en la perimenopausa. Nuevamente el *género* está presente. Los duelos toman más tiempo y la ayuda técnica se hace necesaria. En estos casos muchas veces no hay fracaso en el tratamiento por fallas en los procedimientos técnicos, sino psicológico, provocada por esa intolerancia. El paciente pregunta ¿Por qué yo no me puedo adaptar a las dentaduras?

En muchos de estos pacientes coexisten una serie de patologías o desórdenes bucales que tienen etiología psicológica. Entre ellos el síndrome de boca ardiente o quemante, la pseudo halitosis, algunos desórdenes témporo mandibulares, etc. La historia clínica nos muestra pacientes nerviosos, con cefaleas corrientes, trastornos en el sueño, consumidores de medicamentos (tranquilizantes, antidepresivos), con antecedentes de tratamientos psicológicos psiquiátricos, etc.

Sin lugar a dudas que en muchos casos hay un componente estético-emocional vinculado con las pérdidas dentales y que cada paciente procesa de manera totalmente diferente. Este no es un problema actual sino que históricamente fue así. Hoy con la

gran exigencia social "de lucir bien", la sociedad exitista, ligada a la belleza y armonía han profundizado estos problemas

Así han ido surgiendo todas esas expresiones de dolor, acompañadas por gestos de sufrimiento, depresión y hasta las lágrimas. Algunos vienen con una carga emocional tal, que sus palabras y gestos denotan ansiedad, miedo por los fracasos y frustraciones. Se deben capturar esas emociones si pretendemos comprender la situación y tener éxito en el tratamiento.

Por esta razón los pacientes vienen a veces con exigencias desmedidas. Por ej. "quiero que me saque por lo menos 10 años de encima" o "quiero que me saque estas arrugas que tengo en el labio, con la nueva dentadura". Cuando parte, podrán ser disimuladas por el odontólogo y otras serán competencia del cirujano plástico. Pero todo esto merece una detallada explicación *previa* al tratamiento., con términos comprensibles para que el AM entienda los alcances y límites de nuestra rehabilitación. Tener presente que todo lo que se diga o haga después suena a disculpas, por nuestra incompetencia.

Pero aún existe un grupo de pacientes con problemas más severos, como la disquinesia oro facial, que tiene un alto componente psicológico y que debe diferenciarse de la disquinesia oro facial tardía y de la enfermedad de Parkinson.

La disquinesia oro facial entre otros signos clínicos se manifiesta con un temblor mandibular inconciente (de origen local o periférico), que se incrementa cuando el paciente está más nervioso.

La disquinesia oro facial tardía, en cambio se presenta con temblor mandibular, también incontrolable, como consecuencia del abuso de medicamentos, tranquilizantes por ejemplo (durante más de 2 años). Su diagnóstico tardío la hace irreversible.

En relación a la enfermedad de Parkinson es oportuno plantear que ésta tiene su etiología en el sistema nervioso central, mientras que la disquinesia oro facial es de causa periférica, aunque también vale la pena recalcar que el tratamiento con medicamentos antiparkinsonianos aumenta el temblor mandibular, así como todos los signos clínicos satélites.

El temblor mandibular genera preocupación y a veces temor al paciente y la familia. Esta le hace notar y le recrimina permanentemente ese *moles*to temblor mandibular, por más que el paciente no lo pueda controlar. La familia le repite, "no muevas tanto esa mandíbula, por favor". Hecho que al paciente lo hace sentir disminuido, lo pone más nervioso y aumenta la disquinesia.

Ese temblor mandibular genera rechazo social y mayor aislamiento del paciente AM.

Las demencias representan aun otro gran tema que requiere un enfoque más específico y que exceden a los límites de este artículo.

Otro capítulo lo representan los acompañantes (entre ellos cónyuges), cuando tienen un carácter imperativo que no dejan expresarse al paciente y quieren imponer solo su idea. Algo similar ocurre con los hijos, que eventualmente vienen como acompañantes, que no conocen bien la situación y tratan de "manejar" el tratamiento bajo una óptica interesada. En términos generales todas son situaciones muy complejas, cuyas soluciones son a veces difíciles por los intereses y limitaciones de los propios familiares. En la medida que las personas mayores comprendan y puedan racionalizar esta situación empeora su condición psicológica.

Analizadas todas estas expresiones de dolor y sufrimiento, uno como profesional se siente como su confesor, a veces como la única persona que conoce sus emociones, sus sentimientos más íntimos. Pero esto al mismo tiempo significa un serio compromiso

profesional, para buscarle una solución a esos problemas físicos y psicológicos. Esto debe asumirse como parte de la responsabilidad profesional.

Luego de transitar tantos años junto al AM., uno observa el gran impacto social y familiar de todos estos problemas odontológicos o médico odontológicos, de los que el psicólogo no puede estar ausente.

Una vez más se plantea el rechazo social que sienten las personas mayores, muchas otras su discriminación.

La falta de cobertura médico-psico-odontológica en muchos casos lo hace sentirse un "paciente de tercera", totalmente disminuido.

El cambio, por una estructura asistencial integral es absolutamente necesaria, para *contener al AM*, darle el soporte que se merece y sobrellevar así esa pesada carga, a veces más psicológica que física.

¿Cuál Debe Ser La Actitud Del Profesional, Odontólogo?

La búsqueda permanente de soluciones-tratamientos integrales para los AM nos ha llevado a estudiar su perfil psicológico. Hay una literatura muy amplia en este sentido, que nos permite manejar las situaciones corrientes, pero en muchos casos, se requiere de un equipo multidisciplinario.

El compromiso permanente con nuestra especialidad nos enseñó no solo a escuchar a nuestros pacientes sino también a registrar las expresiones clave que nos relatan.

El desarrollo de este tema se centra justamente en los impactantes conceptos expresados por los AM.

Es necesario puntualizar que en un tratamiento odontológico y en otros en el área de la salud, se "enfrentan" 2 perfiles psicológicos, el del paciente AM y el del propio profesional.

Ambos tienen un objetivo común, que es cumplir exitosamente con el tratamiento y llenar en lo posible las expectativas del paciente, así como la satisfacción profesional, quien en lo posible deberá de dar más de lo que el paciente espera. Debe quedar claro que la responsabilidad profesional es *conducir* el tratamiento, de modo tal que no se planteen esos posibles enfrentamientos. No todo es tan sencillo como en principio parece, no es fácil equilibrar la carga emotiva que el AM a veces sobrelleva.

La empatía que se puede establecer entre las 2 partes, las recomendaciones del profesional, su reputación, pueden mejorar el "encuentro" de esos 2 perfiles psicológicos, es decir el vínculo de confianza.

Cuando la situación no se puede manejar y no se puede guiar el tratamiento, se debe derivar responsablemente, manteniéndose involucrado en el mismo. Los años de profesión me han enseñado que ética y moralmente me debo mantener involucrado en el tratamiento del paciente. La gran interrogante muchas veces es, hasta que punto debo hacerlo.

Por lo tanto derivar no es sacarse un problema, sino incorporar otro u otros profesionales más al equipo asistencial del AM. Son muy comunes las discrepancias interdisciplinarias, en toda el área de la salud. Pero las discrepancias son siempre más enriquecedoras que los acuerdos totales, porque conducen a una discusión positiva, para los pacientes y profesionales. Esta es la base del trabajo en equipo.

Se debe guiar el tratamiento con seguridad, pero al mismo tiempo con calidez, flexibilidad y firmeza, aunque siempre abierto a escuchar al paciente, a la derivación o consulta interdisciplinaria. El gran reto es saber penetrar en su individualidad. A veces

la lucha no es fácil, se lucha contra los años del añoso, sus enfermedades múltiples, su fragilidad y muchas veces contra su impertinencia y sus pocas ganas de vivir.

La realidad muestra que la mayoría de los pacientes AM son rehabilitados satisfactoriamente, en lo funcional, estético y psicológico.

Se cumple así con el rol de integrar al paciente a sus actividades sociales satisfactoriamente sin que se sienta disminuido. "Me siento feliz porque me veo bien, como cuando era joven y con dientes.": "Además ahora hablo y la gente me entiende, sin tener que repetir, hasta me entienden cuando hablo por teléfono".

En las últimas décadas con la aparición de los implantes, se ha dado un vuelco muy importante desde el punto de vista psicológico. El paciente siente ahora como si tuviera una tercera dentición. *Se siente cómodo seguro y feliz* con este tipo de rehabilitación protética.

La clave es no llenar la boca de dientes sino de funciones y dentro de ellas la estética que tiene un alto componente psicosocial.

Lucir bien, hablar fluidamente, disfrutar del momento de la alimentación, le da seguridad y satisfacción. Su duelo está cumplido y psicológicamente recupera su autoestima. Tal vez hasta se sienta mas "joven".

Se han planteado una gran variedad de conceptos y temas que requieren una profunda evaluación y discusión interdisciplinaria. Pero tampoco debe excluirse la responsabilidad que le cabe, en este caso al odontólogo, con respecto a la información y educación de sus pacientes AM.

Si bien muchos son temas complejos, se les debe informar, buscando la mejor manera para que comprenda. Esto forma parte de nuestra tarea clínica diaria. También es real que requiere una mayor formación nuestra en este sentido.

Se debería informar incluso sobre temas clave como la relación entre la *masticación, su influencia sobre la circulación cerebral y la memoria.*

Las investigaciones, durante más de 10 años han demostrado que, cuantas más unidades masticatorias hay, mas eficiente es la masticación, esto mejora la circulación cerebral y con ella la memoria espacial. También se ha demostrado que los *alimentos duros y blandos selectivamente mejoran la circulación sanguínea, en distintas áreas del cerebro.*

Se debe recomendar por lo tanto, preservar la función masticatoria con dientes naturales o artificiales y consumir alimentos de distinta dureza o consistencia.

Recordar además a los pacientes AM que la *malnutrición* se asocia a disminución de defensas, salud precaria, avitaminosis, osteoporosis, *depresión e inestabilidad psicológica.*

Planteado el tema de esta forma, *¿Cuál Debería De Ser El Perfil Del Gerodontólogo?*

Conocimiento profundo sobre el AM, transmitir seguridad en sus maniobras clínicas, actitud profesional y vocación de servicio, manifestándose tanto en su comunicación verbal como en sus gestos.

El perfil que debe tener todo profesional que asista AM, no debe referirse solo a lo técnico sino también a sus cualidades humanitarias. Recordar que el A.M. y su familia generalmente vienen en búsqueda no solo de apoyo técnico.

Las propias cualidades de estos pacientes, hace necesario que se deban considerar aspectos filosófico-científicos y éticos pertinentes al A.M.

Como se planteó al comienzo, el objetivo es buscar la interpretación y solución a todas esas "fantasías" traumáticas o paradigmas no resueltos o mal resueltos.

Lo ideal sería someter todo este planteo de historias clínicas reales e investigaciones y aun aspectos filosóficos a la opinión y discusión de los especialistas en A.M.

Se puede constatar en todo lo planteado la alta valoración de la boca, en los A.M. Incluso como se producen cambios en el comportamiento, gestos y actitudes, de acuerdo con la condición bucal.

Referencias Bibliográficas

- CABARGAS J. ASPECTOS PSICOLÓGICOS: Adulto Mayor en Odontología. En Cabargas J. y Misrachi L. Salud Oral en el Adulto Mayor. Santiago de Chile 2005.
- EITNER, S. ET AL.: Clinical Study on the Correlation Between Psychogenic Dental Prothesis Incompatibility, Oral Stereognosis and the Psychologic Diagnostic Tools SCL-90R and CES.D. Int. J Prosthodont. 2007, 20: 538-545.
- FRANKS A S T; HEDEGARD B.: Psicología de la Edad Avanzada. En Odontología geriátrica. Ed. Labor (Barcelona), 1976.
- FROMHOLT P.: Aging from a Psychological Perspective. En Holm-Pedersen, Poul; Løe, Harald. Geriatric Dentistry. 2da edición. Munksgaard (Copenhagen), 1996.
- GIDDON D B.: The Psychologic Significance of the Mouth in the Geriatric Patient. En Toga, C.J. et al. Geriatric dentistry. Lexington Books, 1979.
- KIVAK, H A.: Psychologic Aspects of Aging. En Papas A S; Niessen L C; Chaucey H H. Geriatric Dentistry: Aging and Oral Health. Mosby Year Book (EE.UU.), 1991.
- NAKATA, M.: Masticatory function and its effects on general health. Int Dent J 48(6): 540-548, 1998.
- NISIZAKI S.: Área de Gerodontología. En Ventura R L y Cols. 400 Respuestas a 400 Preguntas Sobre Demencia. Bibliomédica (Montevideo) 2006.
- SCOTT M S Y CAROL K S.: Método Biopsicosocial para Tratar Pacientes Ansiosos y Fóbicos. En Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Administración del Consultorio. Ed. Interamericana (México), (vol. 1) 1988.
- UMEDA, K. ET AL.: Effect of tooth loss on spatial learning and memory abilities in adult rats: implications for control acetylcholine. Biogen Amines 11(3): 225-233, 1995.
- VILLASANA A. Y GONZÁLEZ-PINTO A.: Psicogerontología. El Envejecimiento Cerebral. En Bullon Fernandez P. y Velasco Ortega E. Ondontoestomatología Geriátrica. Ed. Smith Kline Beecham. Madrid 1996.
- VILLASANA A. Y GONZÁLEZ-PINTO A.: Psicogeriatría. Trastornos mentales en las personas de edad avanzada. En Bullon Fernandez P. Velasco Ortega E. Ondontoestomatología Geriátrica. Ed. Smith Kline Beecham. Madrid 1996.
- YELLOWITZ J A.: Cognitive Function, Aging and Ethical Decisions: Recognizing Change. En Dental Clinics of North America. Geriatrics: Contemporary and Future Concerns. Ed. Elsevier-Saunders Philadelphia 2005.