



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

GRADO EN ODONTOLOGÍA

CURSO ACADÉMICO 2019-2020

TRABAJO DE FIN DE GRADO

ESTUDIO DE LA RELACIÓN SUBJETIVA ENTRE LA PERSONALIDAD Y LA EXPERIENCIA DOLOROSA EN PACIENTES ODONTOLÓGICOS

AUTORA: Alba Sánchez Rodríguez

TUTOR: José Manuel García Arroyo

SEVILLA, 2020



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DR. JOSÉ MANUEL GARCÍA ARROYO, PROFESOR ASOCIADO ADSCRITO AL DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, COMO DIRECTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO.

CERTIFICA: QUE EL PRESENTE TRABAJO TITULADO “ESTUDIO DE LA RELACIÓN SUBJETIVA ENTRE LA PERSONALIDAD Y LA EXPERIENCIA DOLOROSA EN PACIENTES ODONTOLÓGICOS”, HA SIDO REALIZADO POR ALBA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ BAJO MI DIRECCIÓN Y CUMPLE A MI JUICIO, TODOS LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SER PRESENTADO Y DEFENDIDO COMO TRABAJO DE FIN DE GRADO.

Y PARA QUE ASI CONSTE Y A LOS EFECTOS OPORTUNOS, FIRMO EL PRESENTE CERTIFICADO, EN SEVILLA A DÍA 28 DE MAYO DE 2020.

D/D^a _____
EL TUTOR



Facultad de Odontología



D/Dña. (Apellidos y Nombre)

Alba Sánchez Rodríguez con DNI 30265296 X alumno/a del Grado en Odontología de la Facultad de Odontología (Universidad de Sevilla), autor/a del Trabajo Fin de Grado titulado:

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA PERSONALIDAD Y LA EXPERIENCIA DOLOROSA EN PACIENTES ODONTOLÓGICOS

DECLARO:

Que el contenido de mi trabajo, presentado para su evaluación en el Curso 2019-20, es original, de elaboración propia, y en su caso, la inclusión de fragmentos de obras ajenas de naturaleza escrita, sonora o audiovisual, así como de carácter plástico o fotográfico figurativo, de obras ya divulgadas, se han realizado a título de cita o para su análisis, comentario o juicio crítico, incorporando e indicando la fuente y el nombre del autor de la obra utilizada (Art. 32 de la Ley 2/2019 por la que se modifica el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, BOE núm. 53 de 2 de Marzo de 2019)

APERCIBIMIENTO:

Quedo advertido/a de que la inexactitud o falsedad de los datos aportados determinará la calificación de **NO APTO** y que **asumo las consecuencias legales** que pudieran derivarse de dicha actuación.

Sevilla 26 de Mayo de 2020

Fdo.:

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero dar las gracias a mi familia, en especial a mi madre por el apoyo incondicional ahora y siempre. Por sentir mis éxitos y mis fracasos como suyos.

A José Manuel, mi tutor, por abrirme la puerta al apasionante mundo del psicoanálisis en el primer curso de carrera y que hasta el día de hoy estoy inmersa.

A Conrado, por ver en él constancia, esfuerzo y lucha por lo que se quiere conseguir. Por estar a mi lado.

A todas las personas entrevistadas, gracias a sus testimonios ha sido posible este estudio.

Por último, mencionar a los dos compañeros con los que he compartido gabinete durante este recorrido: a Eu, por las risas y por atender juntos a nuestro primer paciente. Y a Bego, por su buen humor y por el trabajo en equipo.

“El hombre madura con el dolor y crece con él”

Víctor Frankl.

RESUMEN:

El dolor es el síntoma más frecuente de la consulta odontológica, es por eso que en este trabajo el objetivo es analizarlo desde un punto de vista más humano, desde la subjetividad del propio paciente, convirtiendo la experiencia dolorosa en única e individual.

La evolución del dolor está íntimamente relacionada con el sufrimiento y experiencias emocionales desagradables. Resulta curioso que la mayoría de las veces que se ha investigado este tema, se haya dejado a un lado el gran impacto psicológico que éste lleva consigo.

Tras definir los tipos de personalidad según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10), intentamos comprobar si existe una relación entre la personalidad y fenómeno doloroso. Para ello, aplicaremos el Método de Abordaje de la Subjetividad (MAS). Se han realizado una serie de entrevistas no-directivas a ocho pacientes, centrándonos su discurso libre y sin cortapisas y en la expresión de sus vivencias personales. Los resultados obtenidos han mostrado sus manifestaciones verbales que han sido agrupadas en categorías que permiten conocer por un lado que el dolor tiene un componente subjetivo, como ya habían señalado otros autores, y por otro, que ha podido relacionarse con la personalidad estableciéndose distintas formas de experimentar el dolor según el tipo.

PALABRAS CLAVE: Dolor, Metodología de Abordaje de la Subjetividad (MAS), tipos de personalidad, sujeto, emociones, Clasificación Internacional de Enfermedad Mentales CIE-10.

ABSTRACT

The pain is the most frequent symptom in dental consultations and is due to this, that in this job, the aim is to analyse it from a more human point of view, from the perspective of the patient himself, converting the painful experience into something unique and individual.

The evolution of pain is intimately connected to the suffering and the unpleasant emotional experiences. It is curious that the majority of the times that this issue has been investigated, the great psychological impact that it carries with it has been left aside.

After defining the personality types according to the 10th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10), we tried to find out whether there is a connection between the personality and the phenomenon of pain. To do this, we have applied the Subjectivity Approach Method (MAS). A series of non-directive interviews of eight patients has been conducted, focusing on free and unhindered speech and on the expression of their personal experiences. The results that have been obtained have demonstrated their verbal manifestations, which have been arranged in categories that allow us to learn that, on one hand, the pain has a subjective component, as other authors have already pointed out and on the other hand, that it can be related to personality, by establishing different ways of experiencing pain, according to each type.

KEY WORDS: Pain, Subjectivity Approach Method (MAS), Personality types, Subject, Emotions, International Classification of Mental Illnesses (ICD-10)

Índice

Resumen

1. Introducción	2
1.1 Antecedentes.....	2
1.1.1. Aproximación al fenómeno doloroso	2
1.1.2. El dolor en odontológico	6
1.1.3. La personalidad	9
1.1.4. Tipos de personalidad	11
1.2 Justificación del estudio	15
1.3 Objetivos	16
2. Material y método.....	17
2.1 Material.....	17
2.2 Método: Metodología de la subjetividad.....	18
2.2.1 Entrevista no-directiva.....	18
2.2.2 Requerimientos de la investigación en la entrevista	20
2.2.3 El registro del discurso	20
2.2.4 Agrupamiento de los enunciados “tipo I” y formación de las categorías	21
3. Resultados	22
3.1 Dificultad para expresar el dolor	22
3.2 Disminución de la sensación dolorosa: HIPOALGESIA	24
3.3 Expresión exagerada del dolor: HIPERALGESIA.....	25
3.4 Incapacidad para controlar las emociones a través del pensamiento racional	26
3.5 Capacidad de disminuir el dolor mediante la sugestión	27
3.6 Influencia del odontólogo ante la experiencia dolorosa	28
4. Discusión y conclusiones	30
Bibliografía	33

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

1.1.1 Aproximación al fenómeno doloroso

El dolor es uno de los síntomas fundamentales por los que se demanda asistencia, dando lugar a la relación médico-paciente (1) y también a la relación odontólogo-paciente. Este contacto interhumano se produce desde el sufrimiento, ya que no se conocen casos de dolor en los que exista normalidad psicológica; dicho de otra forma, la experiencia dolorosa no suele asociarse a sensaciones de tranquilidad. La medicina, y en su caso la odontología, es la instancia competente para encontrar los medios para luchar contra el dolor (2).

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística presente, potencial o descrita en términos de la misma. Se halla ubicado en un sector de la "corporalidad" o "cuerpo vivido" siendo la mayoría de las veces consecuencia de un daño en los tejidos. Estas ideas se recogen, con ciertas variaciones, en los textos de la International Association for the Study of Pain (IASP) (3).

El dolor es un hecho consustancial a la vida que todos hemos experimentado, un fenómeno complejo que nos preocupa como algo tangible, real y próximo sobre lo que se busca causa, significado, motivo y sentido, ya que tiene unas características especiales, principalmente su carácter **subjetivo, por lo que el dolor es imposible de unificar y de medir** (4). En este sentido, puede resultar paradójico que la presencia de dolores muy intensos pueden ser causados por lesiones mínimas en las que no corre peligro la vida y enfermedades muy graves, incluso letales, que no provocan ningún tipo de dolor, por ejemplo: el cáncer de pulmón.

El dolor en sí mismo es una experiencia compleja. Contiene numerosos componentes (perceptivos, afectivos, creenciales, culturales, de género, familiares, sociales, médicos, etcétera) que se hallan soldados entre sí en lo que parece una única vivencia (5). También es una experiencia muy variable en cuanto a la intensidad, la duración y la forma de presentación (4).

En cuanto a la **clasificación** del dolor, hay varias según distintos factores como la clínica, la temporalidad, la localización, la inervación y la cualidad. En este apartado expondremos la clasificación según la clínica y la temporalidad.

Según la **clínica**, Portugal Álvarez (1987) el dolor se presenta en dos categorías:

- **Dolor como síntoma principal**: en esta categoría el dolor es el motivo por la que se acude al médico/odontólogo y puede presentarse de forma orgánica o psicógena.
- **Dolor como síntoma acompañante**: en el marco de un cuadro patológico. Ya que la mayoría de procesos médicos y/o quirúrgicos son susceptibles al dolor (6).

Según la **temporalidad**:

- **Dolor agudo**: presenta un curso temporal característico y por lo tanto predecible según Sternbach.
- **Dolor crónico**: es aquel cuya evolución en el tiempo es impredecible y los distintos tratamientos no dan el resultado esperado y ello conlleva a una serie de alteraciones psicológicas que con frecuencia terminan en depresión. Según Madrid Arias es *“cualquier situación dolorosa que no responde a las medidas convencionales de tratamiento y que dura seis meses o más”* (5).

Las **funciones** del dolor son las siguientes:

- a) **Protegernos** ante agentes nocivos del exterior, ya que la persona en el momento que siente un daño, se retira. (Ej. Al pincharnos con un rosal, retiramos instintivamente la mano). Existe un síndrome llamado de “analgesia congénita” en el que falta el papel de la alarma dolorosa desde el nacimiento; son individuos que viven poco debido a la falta de esta defensa del cuerpo.
- b) Advertirnos de cuando el **organismo no funciona bien**. Casi todas las enfermedades letales causan dolor y nos ayudan a su diagnóstico. Exceptuando algunos casos, un ejemplo prototípico podría ser el cáncer de mama que con las modernas técnicas se lo diagnostica la propia mujer mediante la palpación.
- c) **Impide la repetición** de situaciones dañinas interrumpiendo el contacto con el agente. (Ej. si ponemos el pie en el brasero y nos quemamos, no lo volvemos a hacer) (7).

Ahora pasamos a hablar de los **aspectos psicológicos del dolor**. Va mucho más allá de lo meramente orgánico, es decir, sobrepasa los límites de los mecanismos neurofisiológicos y neuroquímicos de la lesión, de los cuales ya se sabe bastante. Muestra un carácter subjetivo, por lo tanto inobservable, ya que solo puede conocerse mediante las expresiones exteriores del paciente, esencialmente la postura, la mímica alterada y, sobre todo, mediante la palabra. Las descripciones sensoriales del dolor nos ayudan a diagnosticar enfermedades y es por lo que el médico y odontólogo se interesan. El dolor asienta en la corporalidad, tratándose de una sensación de tonalidad displacentera o desagradable, capaz de desencadenar reacciones emocionales, ante el que el paciente tiene que incorporarlo subjetivamente. A pesar de ello, como veremos después, existen casos en los que la presencia del dolor no parece desencadenar emociones, como le ocurre al tipo de personalidad esquizoide. Vamos ahora a explicar los distintos aspectos psicológicos que concurren el fenómeno y la experiencia dolorosa (8).

Según las características sensoriales del dolor (localización, temporalidad, clínica, innervación, intensidad, extensión...) que son diferentes según de donde provengan y nunca se van a mostrar como algo unitario y homogéneo (9), existen los llamados **COMPONENTES COGNITIVOS COMUNES DEL DOLOR**; para López-Ibor, el dolor se refiere al mundo de las sensaciones, nos habla el cuerpo (4). **La sensación dolorosa** es displacentera, ubicada en un sector de la corporalidad (ej: si me muerdo la lengua, el

dolor está ubicado en este lugar). Dicha sensación es subjetiva, pues solo es accesible al consultante. Las características de la sensación son las siguientes:

- ❖ **Imposibilidad de ser negada**, pues se impone a la conciencia. Aunque puede disimularse.
- ❖ Se produce de manera **instantánea**.
- ❖ **No puede ser verificada**, no hay ninguna herramienta para confirmar la sensación dolorosa, por lo que igual que puede disimularse, se puede simular (8).

La sensación dolorosa produce **expresiones** en la persona por las cuales vamos a enterarnos de que se encuentra dolorida; así, el dolor implica una llamada de auxilio (gritos, llanto, muecas, contorsiones...), tratándose de comportamientos tan primitivos, y hallándose inmerso en una corporalidad aniquiladora e insoportable (2). Es muy complicado definir con palabras la sensación dolorosa, ya que como hemos dicho antes, asienta en el cuerpo: Lacan lo llamaba “lo real” del cuerpo (10-11) y cada sujeto verbaliza la sensación dolorosa de forma subjetiva no siendo totalmente fiel: (“*tengo un dolor de muelas que me corroe por dentro*”).

En cuanto a la **percepción** del dolor, toma un papel muy importante la visualización de la lesión para hacer una limitación de la zona afectada (12). Hay una integración de la sensación dolorosa y la percepción visual. En el momento en que se ve la herida, el dolor queda fijado. Por el contrario si no hay visualización de la lesión, el dolor es más extenso, más difuso, existiendo una peor definición y la incertidumbre es mayor, como sucede en el plano visceral (8).

Otro componente cognitivo del dolor es la **imaginarización**, es decir, el dolor se convierte en imagen que resulta muy demostrativa (13). (Ejemplo: “*me duele muchísimo la cabeza, parece una pecera y cuando me levanto de la cama, el agua se mueve dentro de ella sin parar*”). Al referir la experiencia dolorosa a otro, le envías una imagen, un “como sí” que va a captar de una forma clara, haciéndose una idea del padecimiento.

El dolor es algo inasimilable mentalmente o “simbólicamente” por el propio sujeto, lo que quiere decir que forma parte de “lo real” y “lo real” necesita asociarse a una representación para que sea amortiguado; entonces, o se “imaginariza” o se “simboliza” (8).

El dolor hace que focalicemos nuestra **atención** en él llegando a producir un estado de ensimismamiento ya que no se puede evitar, es incontrolable, frustrante y, sobre todo cuando es intenso, el sujeto siente que pierde su libertad, ya que le priva de realizar sus deseos y sus planes con normalidad. A título de ejemplo, transcribimos la frase de un paciente: “*cuando era pequeño me dolían mucho las muelas y mi padre me decía que echara garbanzos en el suelo y me pusiera de rodillas sobre ellos para desviar la atención, ¡y funcionaba!*”. Si el dolor es crónico, el ensimismamiento puede llevar a un deterioro social (familiar, de pareja...) (8).

El dolor puede pasar incluso olvidarse rápidamente, pero el haberlo tenido y sufrido jamás se borra. Persiste la huella que éste nos deja (2), a lo que llamamos “huella mnémica” (8). Leon Bloy decía “*Souffrir passe, avoir souffert ne passe jamais*”, (el sufrir pasa, pero el sufrimiento no pasa jamás). Por lo que concluimos en que la experiencia dolorosa queda grabada en la **memoria** para siempre. Basado en este recuerdo, nos anticipa ante situaciones parecidas o que puedan ponernos en peligro, Rof Carballo lo denominó “sistema nocidéfensivo” (14). Una paciente nos dijo “*la anestesia se me ha quedado grabada en la memoria, me duele solo con pensarlo*”- refiriéndose al “pinchazo” de la aguja. El dolor rompe la armonía preestablecida y se comporta como un agente que pone en marcha la afectividad, concretamente las emociones. El recuerdo que se guarda depende más de la **emoción** que acompaña a la experiencia dolorosa que del mismo dolor. Stumpf habla de “*sensaciones sentimentales*”. El dolor puede desencadenar DIFERENTES FORMAS DE SENTIMIENTOS PSICOLÓGICOS: angustia, cólera, miedo, culpa entre otros. Si el dolor tiene una evolución aguda produce emociones de miedo, enfado, ira y si la emoción es demasiado intensa se produce una desconexión de la conciencia, en forma de desmayo. En cambio, el dolor crónico produce emociones como la desesperación, desesperanza, cólera, incluso la autoinculpación.

Las emociones asociadas al dolor son las responsables del “**umbral doloroso**”, es decir, el sujeto con alta emocionalidad, tiene el umbral doloroso bajo. Cualquier cosa le hace daño y cualquier cosa le produce emociones. Todo lo que produzca reacciones emocionales aumenta la sensación dolorosa (8). Con técnicas de relajación y de hipnosis, es decir, técnicas sugestivas, se consigue reducir mucho la sensibilidad individual al dolor (2).

En cuanto a la experiencia dolorosa, se produce un **fenómeno “intersubjetivo”** (15), es decir, la persona que sufre dolor se expresa en forma de queja, llanto etcétera, reclamando la ayuda y la atención de un Otro. Ese Otro que puede ser un familiar, el odontólogo, el médico... se convierte en alguien con carisma para el sujeto afectado de dolor, por lo que va a tener una gran trascendencia sobre cómo va a llevar la experiencia y su evolución, dado que influye desencadenando reacciones emocionales. Así, nos encontramos personas que pronuncian palabras tranquilizadoras como “*todo esto pasará, estoy contigo*” y otras que facilitan el desarrollo del dolor al disminuir el umbral doloroso con palabras como “*tú te lo has buscado*”.

En la sociedad contemporánea en la vivimos hay una falta de empatía hacia el dolor del otro, podríamos llamarlo “deshumanización egocéntrica” (8), tendemos al bienestar somático ideal, al hedonismo (2) como consecuencia en los avances en la Medicina para paliar el dolor. El problema se da cuando ni con las terapias médicas indicadas terminamos erradicando el sufrimiento, este el caso del dolor crónico. Y es entonces cuando el sujeto empieza a buscarle un sentido a su dolor, aunque el dolor crónico es en realidad un “sin sentido”, que a diferencia del agudo, no tiene como función defender al sujeto de la desintegración física. La persona se apropia del dolor, lo incorpora dándole un “**significado**” frente al “**Significante**” dolor formando un Signo lingüístico. Es muy común que el dolor se asocie a la religión “*estoy así porque Dios lo*

ha querido”; como ya dijo Buytendijk << *No hay religión que no haya enseñado al hombre cuál es el sentido del sufrimiento, por qué y cómo se tiene que sufrir como persona* >> (13).

Al expresar mediante la **palabra** nuestra experiencia dolorosa, verbalizando el “significado” que le hemos dado a nuestro dolor, lo hacemos parte de nosotros, lo aceptamos y lo incorporamos a al aparato psíquico (8). Todo esto es importante ya que tiene como consecuencia un efecto tranquilizador dotando de sentido a un “sin-sentido” como es el caso del dolor.

La palabra calma, mata la incertidumbre. Dar nombre a la experiencia física (“real”) acaba con la angustia y se deshace de emociones negativas como la vergüenza, la rabia o la ira entre ellas.

1.1.2 El dolor odontológico

El dolor orofacial ha presentado en el mundo occidental una incidencia del 70%-89% en hombres y un 77%-97% en mujeres, siendo uno de los motivos más frecuente de consulta odontológica (16).

Las algias orofaciales de origen local las percibimos gracias a los llamados nociceptores, que pueden ser mecánicos, térmicos o polimodales. Las fibras nerviosas responsables de la conducción según el tipo del dolor son las fibras delgadas mielinizadas A- DELTA (mecano y termonociceptores), responsables del dolor punzante agudo y de corta latencia y las fibras amielínicas C (nociceptores polimodales), responsables del dolor desagradable, pesado, difuso y más duradero (17).

En cuanto a la procedencia del dolor vamos a hacer a continuación una clasificación (ver Tabla 1) (18-19).

DOLOR SOMÁTICO	
SUPERFICIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Cutáneo • Mucogingival
PROFUNDO	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Musculoesquelético</u>: Muscular, articulación temporomandibular (ATM), óseo y perióstico y tejido conectivo blando y periodontal. • <u>Visceral</u>: Pulpar, vascular (arteritis y carotidinia), neurovascular, mucoso visceral, glandular, ocular y auricular. <p style="text-align: right;">Tabla 1.</p>

El dolor de origen **somático** hace referencia a una alteración en estructuras tisulares y hay dos tipos:

- ❖ Superficial: se caracteriza porque el paciente lo puede localizar con precisión ya que no suele irradiarse y su intensidad está muy relacionada con el tamaño de la lesión y limitado por ella. Este dolor proviene de zonas derivadas del ectodermo, lesiones en la piel y las mucosas.
- ❖ Profundo: corresponde con afectaciones viscerales y el paciente se refiere a él de forma difusa. Puede ser espasmódico. Este dolor proviene del mesodermo o ectomesénquima (músculos, huesos y articulaciones) como por ejemplo el dolor periodontal; o de estructuras que provienen del endodermo (vísceras y vasos), en el caso de la pulpitis y glándulas salivales.

En cuanto a las estructuras que proceden del ectomesénquima, tenemos:

- El dolor postoperatorio que puede ser precoz (< 72 horas) o tardío (7-12 días).
- Dolor periodontal: actuando de manera constante y de forma lancitante. Se intensifica con la masticación y percusión.
- Síndrome de la disfunción de la ATM, del que hablaremos más adelante.

En las estructuras que derivan del endodermo:

- El dolor pulpar o la pulpitis es un dolor terebrante (5), el paciente siente que le corroe, es intenso, se irradia, mal localizado y cursa en ciclos. Es una de las experiencias más indeseables que puede experimentar el ser humano.
- Dolor de las glándulas salivales es similar al dolor de tipo cólico.

El dolor de origen **neurológico** es el que proviene de una alteración o trastorno en el sistema somatosensorial relacionado con la transmisión del dolor a nivel del sistema nervioso central o periférico.

En cuanto a lo que nos compete, hablaremos de la **neuralgia del trigémino o Tic doloroso**. Es un síndrome doloroso que afecta al territorio inervado por las ramas sensitivas del V par craneal provocando episodios del intenso dolor en ojos, cuero cabelludo, frente, nariz, labios, y mandíbula (20).

Se considera que, antes de descubrirse tratamientos eficaces como son el médico o quirúrgico (19), ha sido una de las afectaciones más dolorosas causando numerosos suicidios (18).

La epidemiología de la neuralgia del trigémino es la siguiente:

- Se da a partir de los 30-40 años, siendo poco habitual en niño o jóvenes.
- Es más frecuente en las mujeres que en los hombres en proporción 2:1.
- Excepcionalmente puede tener carácter familiar.

La neuralgia del trigémino se clasificar en ESENCIAL (cuando no hay alteración neurológica ni patología orgánica responsable) o SINTOMÁTICA (cuando hay una

enfermedad de base como posible causa), infecciones, esclerosis múltiple, compresión tumoral o vascular, postraumáticas etcétera (21).

La neuralgia **esencial** del trigémino presenta un dolor paroxístico (22) diurno de corta duración, con sensación de sacudida eléctrica o de quemazón incluso como si el paciente recibiese un disparo. Deja un dolor profundo en la zona comprometida, que va disminuyendo hasta desaparecer en pocos segundos.

En la mayoría de los casos el dolor se refleja en los dientes y se puede confundir con una pulpitis. Por lo que hay que diferenciar bien estos 2 tipos (ver Tabla 2):

Dolor dental	Dolor neurálgico
Irradiado	Evolución crónica
Mal localizado	Territorio de la distribución de la rama
Síntomas autonómicos	Asociado a depresiones

Tabla 2

(23)

Suele poderse determinar un punto gatillo, que se encuentra generalmente en la zona donde se da el dolor, coincidiendo con la zona terminal del nervio. La estimulación más efectiva suele ser un leve roce, incluso el contacto con una corriente de aire.

Las diferencias entre en dolor de una neuralgia esencial y una sintomáticas son (ver Tabla 3):

	Esencial	Sintomático
DOLOR	Corta duración	Continuo
	Espontáneo o asociado a estímulo	Asociado a un déficit sensitivo del trigémino o a una parálisis motora de los nervios craneales.
	Puntos gatillo	

Tabla 3

(23)

Por último vamos a hablar de dolor de origen **masticatorio** donde se encuentra el Síndrome de disfunción de la ATM o Síndrome de Costen (24). Es una patología de tipo funcional una gran parte de las veces cuyos síntomas más frecuentes son: dolor y chasquido articular, dificultad para abrir la boca e incomodidad en la articulación témporo-mandibular (25).

En cuanto a la etiología es variable: estrés psicológico, maloclusión dentaria, hábitos perniciosos que llevan a utilizar el aparato masticatorio de manera incorrecta (mascartir chicle, morderse las uñas entre ellos), procesos artrósicos y artrílicos y como no, el bruxismo nocturno, que conlleva el microtrauma producido por el apretamiento y rechinar de manera inconsciente excediendo la capacidad fisiológica de los músculos masticatorios, dientes y ATM.

Clínicamente el paciente refiere un dolor muy intenso (tipo somático) en la ATM, en la zona del oído que puede extenderse hacia un lado del cuero cabelludo, nuca o cuello, (25) región temporoparietal donde los músculos están contracturados y puede empeorar al masticar, bostezar o hablar demasiado, y a la región temporoparietal donde los músculos están contracturados (18) y en el 100% de los casos de ATM existe una luxación anterior del menisco (26).

1.1.3 La personalidad

El estudio de la personalidad se puede remontar alrededor de un siglo antes de Cristo. En el teatro griego eran todos hombres que personificaban diferentes papeles, entre ellos de mujeres; a través de un prosopon (una máscara) podían convertirse en distintas personalidades dentro de una misma persona (27).

El término griego prosopon literalmente significa cara, y con esa “cara” que se ponían para ocultar la propia representaban distintos estilos de vida sin dejar de ser ellos mismos. Más adelante prosopon se vió influenciado por el término latino “persona” y por lógica, de persona derivó a personalidad (28). Desde este punto de vista es algo superficial, algo que nos relaciona con lo exterior sin mostrar lo que realmente somos.

La personalidad es la totalidad psicológica que caracteriza al individuo, el sello psicológico exclusivo de cada uno que persiste a lo largo del tiempo y que distingue a un individuo de otro (30). Se trata de la organización dinámica de los aspectos cognitivos, afectivos y conativos, fisiológicos y morfológicos del individuo constituyendo una unidad (31).

Transcribimos seguidamente una serie de características que definen la personalidad:

- Es lo **propio y lo peculiar** de cada individuo, es totalmente diferencial y es lo que define a cada individuo.
- Es **durable y persistente**, es decir, una persona va a ser de la misma forma toda la vida. Para que una personalidad cambie, la persona ha de tener una experiencia muy intensa o mediante la psicoterapia.
- Es **relacional**, es decir, dentro de la personalidad hay un conjunto de elementos que están relacionados entre sí. Se produce una conexión personalidad-mundo exterior.
- Es un **sistema de conexiones**, de manera que dentro de esas conexiones podemos detectar relaciones de sentido, es decir dentro de una personalidad debe haber relaciones que expliquen dicha personalidad.
- Es **dinámica** siempre en movimiento, pero con constancia y continuidad.

Se han desarrollado diferentes teorías que intentan explicar cómo se constituye la personalidad humana. Tenemos la **teoría psicodinámica de Sigmund Freud**, que elabora la 2ª tópica “El yo y el ello” (32) formada por tres elementos:

- 1) El **Ello**, cuyo apelativo es “animal”. El Ello es de origen somático, la primera organización que tenemos al nacer, totalmente inconsciente, es lo que no piensa, lo que no razona. Se guía por el “principio del placer” lo cual consiste en la descarga inmediata. Contiene las pulsiones de vida (eróticas) y las pulsiones de muerte (tanáticas).
- 2) El **Yo**, el apelativo es “humano”. Es la parte que aparece en el hombre y que los animales no tienen. El Yo controla al Ello para que no haya una descarga inmediata. Es la parte que está en contacto con la realidad exterior, es decir, la social, por lo que el Yo se guía por el principio de realidad, el cual demora la descarga.
- 3) El **Super-yo**, siendo su apelativo “cultural”, y es el último en aparecer a nivel evolutivo. Implica la incorporación de los preceptos culturales en la persona. Sigue el “principio del deber”, queriendo esto decir que dentro de nosotros mismos tenemos dentro una serie de normas que me pueden facilitar o impedir realizar mis actos. El Super-yo contiene las normas y valores que yo he adquirido a partir del proceso educativo, bajo la influencia de los padres. Está siempre en movimiento y en conflicto (32).

El yo se encuentra en un conflicto permanente, por lo que existen mecanismos de defensa que intentan liquidar la angustia asociada al mismo. Entre ellos nos encontramos con los siguientes:

La **Negación** se refiere al bloqueo de los eventos externos a la consciencia. A pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces ocultos, sigue defendiéndose negando que le pertenecen.

La **Represión**, defensa que Anna Freud llamó también “olvido motivado” es simplemente la imposibilidad de recordar una situación, persona o evento que han provocado señal de angustia. También se rechazan o se mantienen inconscientes aquellas representaciones que se encuentran ligadas a la pulsión.

El **Aislamiento** (también llamado intelectualización) consiste en separar la emoción de un recuerdo doloroso o de un impulso amenazante. Algo que debe considerarse como importante, sencillamente se trata como si no lo fuera.

El **Desplazamiento** es la “redirección” de un impulso hacia otro blanco que lo sustituya. Puede ocurrir que, si el impulso o el deseo es aceptado, pero el objeto al que va dirigido es amenazante, se desvíe hacia otro. Por ejemplo, alguien que odia a su madre puede reprimir ese odio y canalizarlo hacia las mujeres en general.

La **Proyección** consiste en atribuir a los demás los propios sentimientos, impulsos o pensamientos, sin reconocerlos como propios. Estos se hallan rechazados en uno mismo.

La **Formación reactiva** sustituye las conductas, pensamientos o sentimientos que la persona no es capaz de aceptar por otros claramente opuestos.

La **Regresión** constituye una vuelta atrás en el tiempo psicológico cuando uno se enfrenta a una situación conflictiva. Se trata de un movimiento en sentido inverso al desarrollo, volviéndose a etapas ya superadas.

La **Racionalización** hace que el sujeto construya explicaciones tranquilizadoras, pero incorrectas sobre la propia conducta o la de los demás. Aporta una explicación coherente desde un punto de vista lógico o aceptable moralmente a un acto, cuyos motivos verdaderos no se perciben.

La **Sublimación** es la aparición de determinadas actividades que aparentemente no guardan relación con el impulso, pero que utiliza su energía, cambiando de objeto y fin. Con ello se consiguen actividades valoradas por la sociedad (28).

Toda personalidad se compone de una sumatoria **rasgos** que da lugar a una tipología concreta. Los rasgos son patrones fijos, estables y permanentes que se exhiben en un amplio rango de contextos personales y sociales. Habría que diferenciar los “rasgos” de los “síntomas”; mientras los primeros suelen ser egosintónicos o aceptados por el sujeto, los síntomas son egodistónicos y, aunque algunos rasgos puedan provocar sufrimiento (p. ej. la timidez o la inseguridad), este no es tan elevado como ocurre en los síntomas. Aparte, estos últimos provocan una alteración mayor, tanto en la persona como en el medio social al que pertenece y obliga, muchas veces, a realizar un tratamiento farmacológico.

A lo anterior añadimos que el conjunto de los “rasgos” forma parte de un tipo de personalidad, mientras que los síntomas se agrupan en constelaciones sindrómicas que forman una entidad clínica o un trastorno (ej. la esquizofrenia o el t. bipolar). Queda claro que en este estudio vamos a tratar con tipos de personalidad y no con entidades nosológicas (28).

1.1.4 Tipos de personalidad

La Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10) es un manual elaborado por el Programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud; según el cual existen distintos tipos de personalidad (33). Estos quedan agrupados en el apartado F.60 denominado: “Trastornos específicos de la personalidad”, agrupando en su interior diez categorías, que van desde la F.60.0 hasta la F.60.9 y cuyas características vamos a detallar a continuación.

Hemos utilizado la CIE-10, ya que es la clasificación que se está aplicando en los Centros de Salud Mental y Hospitales en nuestra comunidad, en detrimento de la clasificación americana, conocida como DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition).

Los trastornos de personalidad son alteraciones en el desarrollo del sujeto que aparecen en la etapa infantil o en la adolescencia y persisten en la madurez. Estas alteraciones no son atribuibles directamente a ninguna lesión o enfermedad cerebral

importante, o a otros trastornos psiquiátricos. Las pautas literales para el diagnóstico de estos trastornos son los siguientes:

- Actitudes y comportamientos marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad.
- La forma de comportamiento anormal es de larga evolución y duradera sin limitarse a episodios concretos de la enfermedad. Siendo también generalizada y desadaptativa para un amplio conjunto de situaciones sociales e individuales.
- El trastorno conlleva un considerable malestar personal que puede aparecer solo en etapas avanzadas de su evolución.
- El trastorno se acompaña, por lo general, de un deterioro significativo del rendimiento social y profesional.

Para su diagnóstico, se requieren al menos tres rasgos de los citados a continuación.

- TRASTORNO PARANOIDE (F60.0) caracterizado por :
 1. Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
 2. Incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
 3. Susplicia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutras o amistosas de los demás como hostiles o despectivas.
 4. Sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad.
 5. Predisposición a los celos patológicos.
 6. Predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifiesto por una actitud autorreferencial constante.
 7. Preocupación por “conspiraciones” sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

El trastorno paranoide también se puede llamar personalidad expansiva o paranoide.

- TRASTORNO ESQUIZOIDE (F60.1) caracterizado por:
 1. Incapacidad para sentir placer (anhedonia).
 2. Frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo.
 3. Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o ira a los demás.
 4. Respuesta pobre a los elogios o a las críticas.
 5. Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad)
 6. Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva.
 7. Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y de introspección.
 8. Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas.

9. Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

- TRASTORNO DISOCIAL (F60.2) que, normalmente llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento; caracterizado por:
 1. Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.
 2. Actitud marcada persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y despreocupaciones sociales.
 3. Incapacidad para mantener relaciones sociales duraderas.
 4. Muy baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para las descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento.
 5. Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en especial el castigo.
 6. Marcada predisposición para culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.
 7. Puede presentarse irritabilidad persistente.

También se llama personalidad sociopática, psicopática, asocial o antisocial.

- TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL (F60.3) Caracterizado por actuar de manera impulsiva sin importar las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. Es un trastorno en el que la capacidad de planificación es escasa y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; siendo éstas fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados por sus actos impulsivos. Dentro de este trastorno se diferencian dos tipos que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control:
 1. Tipo IMPULSIVO (F60.30), donde la inestabilidad emocional y la falta de control de impulsos son características predominantes. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante críticas de terceros. Se puede nombrar personalidad explosiva o agresiva.
 2. Tipo LÍMITE (F60.31), se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores predominantes).

El trastorno límite se puede llamar también personalidad “borderline”.

- TRASTORNO HISTRIÓNICO (F60.4) caracterizado por:
 1. Tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones.
 2. Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.
 3. Afectividad lábil y superficial.
 4. Búsqueda imperiosa de emociones y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención.
 5. Comportamiento y aspecto marcado por un deseo inapropiado de seducir.
 6. Preocupación excesiva por el aspecto físico.
 7. Además pueden presentarse: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.

Podemos llamar a este trastorno: personalidad infantil e histérica.

- TRASTORNO ANANCÁSTICO (F60.5) caracterizado por:
 1. Falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal.
 2. Preocupación excesiva por los detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios.
 3. Perfeccionismo, que interfiere con la actividad práctica.
 4. Rectitud y escrupulosidad excesivas junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales.
 5. Pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones.
 6. Rigidez y obstinación
 7. Insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer.
 8. La irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.

Incluye a la personalidad compulsiva, a la personalidad obsesiva, pero excluye al trastorno obsesivo-compulsivo.

- TRASTORNO ANSIOSO (F60.6) (con conducta de evitación) se caracteriza por:
 1. Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor
 2. Preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás.

3. Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad.
4. Resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado.
5. Restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.
6. Evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo.

También podemos dirigirnos a este trastorno como: personalidad fóbica.

- TRASTORNO DEPENDIENTE (F60.7) caracterizado por:
 1. Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida
 2. Subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que se depende; sumisión excesiva a sus deseos.
 3. Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables, a las personas de las que se depende.
 4. Sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo, debido a miedos exagerados a ser capaz de cuidar de sí mismo.
 5. Temor a ser abandonado por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejado a su propio cuidado.
 6. Capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o seguridad de los demás.
 7. Puede presentar además la percepción de sí mismo como inútil, incompetente y falta de resistencia.

También llamada personalidad asténica o pasiva, entre ellas.

1.2 Justificación del estudio

El motivo que nos conduce al desarrollo de este estudio y al empleo del Método de Abordaje a la Subjetividad es hacer protagonista la parte humana del sujeto, es decir, tratar de investigar algo que va más allá del plano biológico. Defendiendo el carácter de la subjetividad frente a cualquier estudio que trate de decir algo sobre el ser humano, abordando a las personas como sujetos y no como objetos, dándole a lo cualitativo su espacio y dejando a un lado lo cuantitativo.

Estudiamos el dolor ya que es uno de los principales motivos por los que el paciente acude al dentista y por la que muchos de ellos dejan de ir. A pesar de los grandes avances en la Odontología para evitarlo creando altos niveles de tolerancia, nos ha llamado la atención como personas con las mismas patologías y mismos problemas han vivido la experiencia dolorosa de maneras tan diferentes, incluso opuestas. En esta investigación observamos el gran componente psicológico que presenta el dolor, verificando que, siendo una experiencia universal, es totalmente única para cada persona que lo vivencia.

A cada paciente le caracterizan un conjunto de rasgos que determinan su personalidad y pretendemos averiguar con este estudio si ésta influye en la evolución del fenómeno doloroso. Si confirmamos la relación entre dolor-personalidad, tendremos una herramienta más en la consulta para poder manejar el dolor de nuestros pacientes y darles así la atención que merecen. Teniendo en cuenta que tenemos en nuestra profesión uno de los dolores más mortificantes que se describen en la literatura, la neuralgia del trigémino, la cual se ha cobrado más de una vida por suicidio al resultar insoportable. Y el dolor de muelas, también destacado en los libros que abordan sobre este tema, como un dolor terebrante. Existe una grieta entre la propia biología y la respuesta dolorosa, que solucionaremos dándole a la subjetividad el hueco que la medicina está olvidando, como dijo Martin Heidegger: *“En ninguna época se ha sabido tanto y tan diverso con respecto al hombre como en la nuestra (...) y, sin embargo, en ningún tiempo se ha sabido menos acerca de lo que el hombre es”*. García Arroyo (trabajo del dolor) ha entendido el dolor como una “encrucijada entre el cuerpo y la subjetividad”.

Vamos a abordar el dolor desde un ángulo totalmente diferente, la subjetividad. Olvidándonos por un momento de la neurofisiología, neuroquímica, estímulos y nociceptores, para poder penetrar en el espacio interior del paciente y saber los motivos que le llevan a obrar, sentir y experimentar esta sensación de una determinada manera. Así mismo hemos de centrarnos en la actitud del sanitario al tratar a sus pacientes, pues no todos los pacientes precisan la misma atención.

Mediante el Método de Abordaje a la Subjetividad (MAS) vamos a obtener un material que no se encuentra en los estudios biológicos y neurológicos habituales sobre el dolor. A través de las entrevistas no-directivas de las que hablaremos más adelante, vamos a poder introducirnos en la vivencia personal del sujeto y comprobaremos si según las características de los distintos tipos de personalidad, el dolor se aborda o no de manera diferente. Con esta forma de proceder, intentaremos rellenar un vacío de conocimientos que no se encuentran en las publicaciones al uso, en las que figuran el empleo de escalas, tests, medidas y estadística. Sin dejar de considerar estos abordajes, creemos poder aportar algo nuevo a lo ya dicho y que puede tener utilidad práctica en un acercamiento más personal a los pacientes que atendemos.

1.3 Objetivos

Los objetivos que postulamos al realizar nuestra investigación sobre el dolor y la personalidad mediante el método MAS son los siguientes:

1. Resaltar el componente vivencial del dolor, por encima de otros parámetros sobre el mismo (p. ej. medidas de intensidad, estudios bioquímicos, radiológicos, etc.), centrándonos en el contacto con el paciente y escuchando lo que tenga que decir sobre el asunto.
2. Conocer como experimentan el dolor los pacientes, para poder aproximarnos a él de una forma más humanizada.

3. Estudiar los diferentes componentes que el dolor pone de manifiesto, cosa que puede ser factible ya que el paciente, en las entrevistas al hablar de esta sensación displacentera, puede irlos diferenciando.
4. Comprobar si los pacientes escogidos para el estudio cumplen los criterios de “trastornos de la personalidad”, tal como se exponen en la CIE-10.
5. Establecer nexos de unión entre los tipos concretos de personalidad y las distintas formas diferenciales de vivir la experiencia dolorosa.
6. Demostrar la importancia de que el odontólogo adopte una postura psicológica con sus pacientes, intentando diferenciar distintas formas de vivir el displacer por parte de estos.
7. Establecer, si es posible, como la actuación del odontólogo puede influir en el curso de la experiencia dolorosa, sobre todo en ciertas personalidades que pueden ser más sensibles a las palabras.
8. Formalizar ciertas prescripciones para que el odontólogo, con sus intervenciones, no incurra en iatrogenia, por no entender las formas de experiencia subjetiva del dolor en relación a la personalidad.

2. Material y Método

2.1 Material

El material con el que contamos para este trabajo es un grupo de pacientes (total: 8), que se han prestado voluntaria y desinteresadamente, con el objetivo de poder determinar cómo llevan interiormente el dolor. Hemos respetado en todo momento su intimidad, quedando sus identidades completamente veladas y todos ellos han firmado el consentimiento informado para participar en este proceso. Tan solo vamos a dejar conocer algunos enunciados emitidos por cada uno de los sujetos.

Los pacientes que han participado en la investigación asistían a una clínica dental privada de Málaga, cuyo director nos facilitó la ficha personal de cada paciente ya que este sospechaba algún trastorno debido a los comportamientos que manifestaban durante las intervenciones odontológicas, y por vía telemática contactamos con cada uno de ellos.

Se tomó una muestra más amplia de sujetos para la investigación, pero solo nos quedamos con aquellos que cumplían los criterios de “trastorno de la personalidad”, según los criterios de la CIE-10.

	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>	<u>PROFESIÓN</u>	<u>TIPO DE PERSONALIDAD</u>
<u>P-1</u>	21	Mujer	Desempleada	Dependiente
<u>P-2</u>	42	Mujer	Desempleada	Ansioso
<u>P-3</u>	26	Mujer	Desempleada	Anacástio
<u>P-4</u>	27	Mujer	Camarrera de hotel	Histriónico
<u>P-5</u>	27	Mujer	Enfermera Matrona	Paranoide
<u>P-6</u>	22	Mujer	Marketing y comercio	Límite
<u>P-7</u>	24	Hombre	Empleado en una fábrica.	Esquizoide
<u>P-8</u>	55	Mujer	Administrativo	Dependiente

Tabla 4

2.2 Método

El método que hemos utilizado para el desarrollo de la investigación es el elaborado por el Doctor José Manuel García Arroyo: **MÉTODO DE ABORDAJE DE LA SUBJETIVIDAD (MAS)**. Esta forma de proceder se basa en recoger la experiencia personal e individual de cada paciente. Se concibió a partir del estudio realizado con mujeres enfermas de cáncer de mama (34) y se ha mostrado como un conjunto de actuaciones válidas para estudiar la subjetividad de numerosas patologías y situaciones clínicas y obtener los componentes subjetivos de las mismas, como es el caso del duelo (35), la dismenorrea primaria (36), la distimia (37), síndrome burnout en los médicos (38), ansiedad (39), dolor (8-40) , cáncer de mama (41-42-43-44-45-46-47), la comunicación del diagnóstico (48), neurosis (49) , psicosis (50), esquizofrenia (51), etc.

A través del MAS vamos a intentar adentrarnos todo lo posible en la vivencia personal de los pacientes accediendo al material subjetivo durante las entrevistas mediante la palabra.

Vamos a explicar a continuación los diferentes puntos que hay que seguir para llevar a cabo esta metodología con éxito.

2.2.1 Entrevista no-directiva

Debido a la pandemia Covid-19 que estamos viviendo, nos hemos visto forzados a realizar las entrevistas por videollamada con cada una de las personas que han participado en esta investigación. Previamente, se les ha explicado que tienen que hallarse durante la entrevista en un lugar donde no sufran distracciones, de manera que no haya

interrupciones durante el tiempo que dure; de este modo, la concentración podrá focalizarse en hablar libremente y sin cortapisas.

El punto de partida de nuestra investigación es la captación de la subjetividad mediante el discurso del paciente. Para ello hemos puesto en práctica habilidades de escucha y registro para analizar del material verbal y paraverbal (movimientos, conductas, entonación de la voz...) matizando así las palabras pronunciadas, incluso pudiendo transformarse este lenguaje no verbal en material de carácter vocálico.

El discurso a investigar se trata de una comunicación dual entre odontólogo-paciente que toma una forma dialógica sin restricciones, donde hay libertad de expresión plena y un clima de confianza pudiendo manifestarse así en el discurso “la función emotiva” en primera persona predominantemente y donde el **investigador opta por la escucha atenta, carente de críticas o de juicios de valor.**

Otra característica del discurso la espontaneidad y que no está sometido a ningún tipo de orden, es decir, el paciente elige cuándo, cuánto y cómo quiere hablar y de qué quiere hablar. Es por eso que vamos a centrarnos en una entrevista que implique una respuesta espontánea en lugar de obtener respuestas unívocas, como serían las de una entrevista directiva. Si realiza preguntas estas no pueden ser “cerradas”, que producen respuestas monosilábicas, sino “abiertas” en las que pueda aportar un material verbal extenso, que contenga sus preocupaciones.

Este tipo de entrevista pone al paciente como a la persona más indicada y más apta para recoger los datos que estamos buscando en nuestra investigación. Dándole a las palabras del paciente la mayor importancia pues con ellas nos están mostrando la riqueza de su interioridad y su profundidad. Por este motivo, en la entrevista el investigador tiene que dejarle claro al paciente que todo lo que diga es útil, que aquí no existe falla y que en ningún momento va a ser juzgado. No se trata de un contexto social en el que estamos expuestos a la crítica constante donde podemos ser desautorizados por cualquiera, como indicaba una de nuestras pacientes: **P-2:** *“cada vez que digo que voy a ir al dentista y que me muero de miedo, mis hijas me dicen que soy una exagerada, que lo que me voy a hacer es una tontería... entonces por vergüenza muchas veces ni vengo”*. De aquí la importancia de hacer sentir al paciente que está en un **ambiente no-crítico** donde nos mantendremos al margen sin dar ningún tipo de consejos, limitándonos a lo que se llama **atención flotante.**

Algunas veces, el paciente desvía de forma exagerada la conversación a otro tema totalmente diferente al objeto de estudio o la conversación se estanca, es entonces cuando podemos intervenir de manera no directiva para encaminar de nuevo la temática de nuestra investigación con frases como *“entonces me decías que...”*.

Es importante poner las palabras del paciente en “contexto” para poder hacer un buen análisis, ya que éste nos ayuda a la comprensión de los mensajes que se producen. Con esto queremos decir que una misma oración puede tener distintos significados dependiendo del contexto; por ejemplo, tenemos la oración “te voy a matar” depende de

en qué contexto se diga puede significar una amenaza grave o una simple frase hecha entre risas.

2.2.2 Requerimientos para realizar la entrevista

El lugar donde se realiza la entrevista debe ser un lugar tranquilo, cómodo y sin distracciones. Se ha transformado la cuestión de COVID.

La actitud debe ser acogedora tanto corporal como verbalmente para que el paciente se sienta cómodo y así abramos puertas a su subjetividad, que como ya hemos indicado, tiene que ser con la mínima intervención posible por parte del investigador.

En este tipo de entrevista el investigador tiene que ceder la palabra al paciente escuchando de forma muy atenta y sin perder el hilo en ningún momento, ya que, si el investigador se desconcentra, queda en el discurso un fragmento vacío, que puede ser peligroso porque podemos llenarlo con experiencias y material propio.

Otra de las características por parte del investigador es la posición neutral ante cualquier enunciado de contenido que pronuncie el paciente, es decir, debemos olvidarnos de lo que sabemos o de las propias preocupaciones (epojé), que en Lacan es “dejar el yo fuera de la consulta”, para mantenernos alejados de juzgar el discurso del paciente.

La duración de la entrevista ronda entre media hora y cincuenta minutos dependiendo de cómo se desarrolle, es decir, depende de los enunciados emitidos por los pacientes y de sus necesidades. Siempre finalizarla cuando aparezcan signos de agotamiento o percibamos que el paciente no quiere hablar más. Es por esto que conviene realizar varias sesiones para que poco a poco el paciente se sienta preparado para comunicar y pronunciar sus vivencias.

2.2.3 Registro del discurso

Para obtener unos datos válidos y fieles tenemos que diferenciar dos conceptos: Por un lado, tenemos las oraciones, elementos abstractos separados del contexto, y por otro lado los enunciados, asociados a un contexto que les da sentido. Como mencionamos anteriormente, una misma oración dependiendo del contexto en el que se diga, puede tener un significado u otro, es decir, una oración puede ser distintos enunciados.

Vamos a diferenciar los **enunciados tipo I**, que son los que nos muestran la verdadera intimidad, subjetividad del paciente. Son los que tienen valor para la investigación y para el análisis, los aprovechables. En contraposición tenemos los **enunciados tipo II** o “inútiles” los cuales hay que desechar del discurso, pues no dicen nada. Vamos a ver un cuadro comparativo de ambos enunciados (ver Tabla 5):

ENUNCIADOS TIPO I	ENUNCIADOS TIPO II
Los menos frecuentes	Los más frecuentes
Las más interesantes para la investigación	Los menos interesantes
Aparecen sorpresiva y espontáneamente	Aparecen muchas veces de modo dirigido y voluntario
Pueden acompañarse de expresiones emocionales	No suelen acompañarse de expresiones emocionales
Solo aparecen en el contexto profesional	También aparecen fuera del contexto profesional
Son enteramente originales	Muchas veces son repetidas de frases escuchadas de otras personas
Expresan la experiencia subjetiva	Muestran un discurso repetido y aprendido
Dan respuesta a las pregunta de partida	No dan respuesta a ninguna cuestión del estudio

Tabla 5

(31)

Como estamos viendo, el lenguaje nos constituye como sujetos. A través de él construimos nuestra realidad y expresamos y elaboramos nuestras vivencias, entre ellas las experiencias displacenteras, por eso también nos calma.

Como bien decía William Shakespeare *“aprenderás que hablar puede aliviar los dolores del alma”*.

Cuando en las entrevistas aparecían los enunciados tipo I, los mismos pacientes a veces quedaban sorprendidos de lo que estaban diciendo. Incluso llegaban a decir *“no me puedo creer que te esté diciendo esto a ti, que no te conozco de apenas nada”*. Una vez entramos en un contexto de confianza, empieza a aparecer el material que estamos buscando, es decir, los enunciados tipo I, abriéndonos las puertas a la subjetividad, intimidad y verdad del propio paciente.

2.2.4 Agrupamiento de enunciados (“tipo I”) y formación de categorías

Por último, los enunciados “tipo I” pueden reunirse entre sí por semejanzas formando las categorías; que representan los diferentes componentes subjetivos del problema sometido a estudio, en este caso del dolor. A través de las cuales vamos a comprender el material verbal que hemos recogido, es decir, el material subjetivo.

Como hemos estado hablando anteriormente este estudio es puramente cualitativo, por lo tanto, no podemos organizarnos con números como se hace en los estudios cuantitativos, nos organizamos con categorías.

Las categorías deben cumplir una serie de requisitos:

1. Referencialidad: han de contar con un referente. Deben asociarse de modo prácticamente inmediato a una realidad psíquica concreta (formulada enunciativamente en la consulta) y no aludir a algo abstracto o a elementos propios de ficción.
2. Adecuación: implica que debe existir una relación estrecha ante el nombre dado al grupo de enunciados, que se refiere a la experiencia, y cómo ésta se presenta realmente.
3. Diferenciación: deben servir para distinguir unas experiencias de otras.
4. Coherencia: los resultados deben concordar entre sí y conformar una organización
5. Movilidad: a pesar de que se definan correctamente las categorías significantes, en tanto instrumento para calibrar un conjunto de fenómenos subjetivos, es fundamental que la formación de las mismas no sea estática, sino dinámica.

3. RESULTADOS

Tras la recogida de datos que hemos realizado a partir de las entrevistas no-directivas, analizamos con detenimiento el material verbal de cada sujeto. Los pacientes estaban perfectamente informados acerca del objetivo de nuestro estudio, relacionar la personalidad con la vivencia dolorosa, pero el hecho de centrarnos en el discurso espontáneo, daba vía libre a que la narrativa no se focalizase estrictamente en el dolor, sino en aspectos biográficos. Analizamos el material verbal para separar los enunciados útiles de los desechables, es decir, distinguir entre enunciados tipo I y enunciados tipo II. Observamos que a medida que iban hablando los pacientes nos permitían ver el conjunto de rasgos que forman su personalidad, es decir, la conversación con el sujeto nos ha permitido:

- a) Incluirlo en un tipo concreto de personalidad según la Clasificación al uso,
- b) Averiguar cómo experimenta el dolor,
- c) Buscar las relaciones entre ambos elementos (dolor y personalidad).

Y nos damos cuenta de que a pesar de la particularidad de cada personalidad, podemos establecer una serie de categorías comunes entre algunos de los tipos.

3.1 Dificultad para expresar el dolor:

Tenemos a muchos pacientes que acuden a la consulta sintiendo dolor y por diferentes motivos no son capaces de ponerlo de manifiesto mediante palabras. Esta falta de expresión verbal de la experiencia dolorosa está muy relacionada con la **alexitimia**, es decir, la falta de lenguaje emocional.

P-2 ANSIOSA paciente con bruxismo, con los molares totalmente desgastados y fracturados nos cuenta: *“he sentido mucho dolor, se me rompían las muelas y el rozarme los dientes con la lengua era como si me pegaran puñetazos. El dolor que siento cuando aprieto es continuo, como si fuera el corazón palpitando. Y después de todo... apenas se lo podía describir al dentista porque me daba miedo, pensaba que si lo decía me empezaría a dolor más”* *“No sé si tiene que ver, pero cuando estoy triste también me da miedo decirlo, parece que cuando pronuncias algo y lo dices en voz alta se magnifica”*.

En esta paciente, se cumplen los siguientes criterios diagnósticos para el tipo de personalidad ansiosa según la CIE-10: sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor, y más adelante veremos las conductas de evitación.

La P-2 **tiene miedo a reconocer lo que le sucede**, es decir, a reconocer y poner en palabras sus problemas, por lo tanto, si no los piensa o no los dice, no existirán. Es una forma de **negación**.

P-3 ANACÁSTICA que padece bruxismo: *“si te soy sincera... me duele mucho la boca, siento muchísima tensión en los músculos y los dientes parece que los tengo atados con una cuerda, pero lo sufro por dentro. No me gusta exteriorizar la debilidad ante los demás. Cuando el dentista me pregunta que le describa la sensación, le digo que tengo una ligera molestia, pero siempre le resto importancia, me veo débil al decirlo... no quiero que la gente sienta pena de mí. Me pasa con el dolor y con cualquier cosa con la que pueda flaquear un poco. Mi madre siempre ha dicho <<de casa se sale llorada>> y lo llevo a rajatabla”* *“Mi dolor es mío”*.

La P-3 cumple tres rasgos de la personalidad anacástica u obsesiva según la CIE-10: rigidez y obstinación en su comportamiento, capacidad limitada para expresar sus emociones, y como veremos más adelante, la preocupación excesiva por los detalles, orden y perfeccionismo, que interfiere en su vida diaria.

Estos rasgos le hacen estar presa del “ideal del yo”, que tiene un **significado** procedente de Otro (la madre), es decir, el “YO SOY FUERTE Y NO PUEDO FLAQUEAR”. Algo que es imposible en el ser neurótico. Nadie es omnipotente, nadie puede con todo, pero el mensaje de la madre ha calado en lo más hondo de su ser. Tiene implantada la idea “de casa se sale llorada” y no puede mostrar ningún tipo de sufrimiento ante el dentista, pues hay un signo lingüístico que tiene el dolor como “significante” y la debilidad como “significado”.

P-5 PARANOIDE: *“yo el dolor lo llevo como todo”*. - Le preguntamos a qué se refiere; *“a mí no me gusta ir al médico, ni al dentista, si me duele algo prefiero intentar paliarlo a mi manera, y si no puedo más y no me queda más remedio, a duras penas voy. Tú no sabes lo que hay por ahí. Mira, yo trabajo en el hospital, soy enfermera y matrona,*

pues no te imaginas las demás enfermeras como cuchichean de mí en cuanto me doy la vuelta. Y ¿sabes lo peor de todo? Que se creen que no me doy cuenta, que soy estúpida”.

“ Ya te digo, las pocas veces que he ido al dentista ha sido porque no podía más, me dolía mucho la muela, pero tampoco me atrevía a decirle al dentista como me sentía al cien por cien... porque tú sabes, le dices que te duele algo y te quieren hacer mil cosas. En cuanto ven la oportunidad, se aprovechan de ti y te sacan el dinero.”

“Me mandaron antibióticos y no los empecé a tomar hasta pasados dos días”. - Se queda callada.- Le preguntamos por qué esperó dos días para empezar con el tratamiento antibiótico. Nos contesta: “Como ya te he dicho antes, trabajo en el hospital. Ni te imaginas la cantidad de veces que los médicos recetan antibióticos o cualquier otra cosa nada más que para que no vuelvan sus pacientes. ¿Tú crees que a la primera de cambio me voy a tomar yo antibióticos?. Cuando yo hago o dejo de hacer las cosas es porque tengo mis razones”.

Dos de los rasgos de la paranoia según la CIE-10, son la suspicacia y la inadecuada interpretación de las acciones de los demás cuando están actuando de buena fe, y la predisposición a rencores persistentes. En este caso, se confirman ambos. La paciente no quiere describir su experiencia dolorosa para defenderse de los demás (críticas, ataques, etcétera), ya que son peligrosos para ella.

3.2 Disminución de la sensación dolorosa: HIPOALGESIA

Hay pacientes que a pesar de haber una lesión, no experimentan la sensación dolorosa, es decir, se produce una analgesia o la sensación dolorosa está disminuida, hipoalgesia. A continuación exponemos los casos que confirman esta afirmación.

P-3 ANACÁSTICA: *“Cuando tengo que hacer algo, aunque no tenga una relevante importancia, como por ejemplo el hecho de ordenar mi cuarto, empiezo a preocuparme, a morderme los carrillos sin parar y me hago heridas. Cuando estoy ordenando el cuarto es como si tuviese la boca anestesiada, soy incapaz de sentir dolor, pero cuando acabo de ordenar y paro de morderme, me duele muchísimo y me da mucho repelucos tocarme con la lengua las heridas porque parece que me han machacado los carrillos”.*

“La cosa es que si empiezo a ordenar el cuarto, lo saco todo. Con esto te quiero decir que saco toda la ropa del armario, todas las cosas de los cajones... en fin, que no lo ordeno por encima y ya está, si lo hago lo hago en condiciones, sino prefiero hacerlo en otro momento”.

Aquí podemos observar como la preocupación excesiva por cumplir unas reglas y llevar a cabo una organización impecable, produce un efecto analgésico porque la paciente focaliza toda su atención en el orden, insensibilizando toda la zona de las

mucosas. En el momento que termina de realizar su tarea, es decir, cuando no hay ningún desvío de atención, la paciente recupera la sensibilidad.

P-7 ESQUIZOIDE: *“me caí de la bici y me partí los dientes de delante. Fui al dentista a los cuatro días porque se me estaban poniendo los dientes negros”*- le preguntamos al paciente acerca del dolor, ya que si tiene una fractura como la que nos enseñó en la foto: fractura coronal complicada en los dos incisivos centrales superiores, es decir, con afectación pulpar, y fractura no complicada con compromiso dentinario en los dos incisivos laterales, el dolor es asegurado. Este tipo de fracturas cursan con dolor a parte de la gran sensibilidad que supone una exposición dentinaria de tal calibre. El paciente contesta con indiferencia lo siguiente: *“a mí no me dolía absolutamente nada, ya te digo, fui porque cada día tenía los dientes más negros y pensé que se podían estar pudriendo, por eso fui”*. *“La dentista se sorprendió por mi tardanza en acudir a la consulta, me decía que como había aguantado tanto, que si estaba drogado. Yo no tomo drogas, ni siquiera he probado el tabaco”*. *“No sentía dolor, aunque si algo raro”*

Según la CIE-10, la personalidad esquizoide posee una bajada en las respuestas emocionales, incapacidad de expresar sentimientos y frialdad emocional. Frecuentemente estos pacientes presentan una disminución del dolor, hasta llegar a la analgesia. En este caso el paciente se refiere al dolor como una extrañeza.

Una personalidad distinta a la esquizoide, es la psicópata, aunque tienen mecanismos parecidos frente al fenómeno doloroso. Esto explica que los psicópatas pueden ser buenos soldados, pues pueden convertirse en “máquinas para la guerra” (Lacan ya hizo alguna aportación en este sentido cuando estuvo en Inglaterra).

3.3 Expresión exagerada del dolor: HIPERALGESIA

Si las reacciones emocionales son demasiado intensas, cualquier estímulo puede dar lugar a una sensación dolorosa, “dolor neurotizado”. Incluso, por mediación de las propias emociones y sin un agente que lo provoque, puede producirse dolor, “dolor psicógeno”

P-4 HISTRIÓNICA: *“a parte del ardor bucal, que eso es todos los días, he vivido una experiencia muy dolorosa y traumática hace 1 mes: me quitaron las dos muelas del juicio de abajo, y como ya sabes, la cara se inflama mucho. Pues con la mala suerte que me caracteriza se me infectó la boca y evolucionó a una celulitis, tuvieron que ingresarme en el hospital. Imagínate como estaba yo...tenía un dolor que no podía vivir, lo llevé fatal, lo llevé muy mal, no podía respirar bien, solo pensaba en que estas cosas me pasan solo a mí. Era un dolor punzante, agudo, me sentía fatal. Pensaba que mi cara nunca iba a volver a la normalidad, y mis ojos... para algo bonito que tengo el destino me lo iba a quitar. Tenía la parte de debajo de la mandíbula con una tumoración que ¡creía que se me iba a quedar para siempre!*

Fundamentamos el diagnóstico de personalidad histriónica basándonos en los siguientes criterios según la CIE-10: preocupación excesiva por el físico, la expresión

exagerada de las emociones, egocentrismo y como veremos más adelante, la capacidad de sugestión.

Esta paciente tiene la expresión “no podía vivir” como forma exagerada de expresar el dolor. Además llama la atención de que a pesar del haber tenido un grave cuadro, como es la celulitis, su preocupación era que físicamente sin ninguna falla.

P-2 ANSIOSA: *“mi problema es que yo siento dolor antes de que me toquen, y lo siento de verdad. Cuando voy al dentista estoy en continua alerta, empiezo a sudar, sé que me va a doler”. “La cosa es que por el desgaste que tengo en los dientes, tengo más riesgo de caries que el resto porque me he comido el esmalte, entonces ya vas intranquila. Nunca sabes cuando te van a decir que te tienes que hacer un empaste, aunque me lave los dientes todos los días, te pueden pillar cuando menos te lo esperes... y siempre voy con ese miedo” “No sabes la cantidad de veces que he anulado citas con excusas de todo tipo para no ir, aunque fuese una simple revisión con tal de evitar el dolor”.*

Esta paciente se anticipa al dolor, se vuelve a repetir en esta situación el rasgo característico de este tipo de personalidad: Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor y con ello conductas de evitación.

P-1 DEPENDIENTE: *“Casi siempre he ido al dentista acompañada de mi madre o mi novio; yo siempre bailo entre el sí y el no. Ellos me dan el empujoncito para ir”. Una vez tuve que ir sola porque ninguno de los dos podía acompañarme y me moría de miedo allí sentada ¡SOLA!”. “Mi novio me dice que con esa actitud voy predispuesta a sentir dolor, me repite que no pasa nada, que me van a poner anestesia y no me va a doler, pero para mí la mejor anestesia es él”. “Me pusieron tres tubitos de anestesia para una caries, y tenía toda la boca dormida menos el diente, me sentía como si me estuvieran clavando una aguja y sintiese el dolor muy profundo... Al final la dentista me puso una pasta en el agujerito y lo tuvimos que dejar para otro día. Y es curioso... porque a los dos días volví con mi novio, entró conmigo en el gabinete y me pudo hacer el empaste sin problemas”.*

Este caso demuestra la falta de decisión que tienen este tipo de personas “siempre bailo entre el sí y el no”, nos dice. Y la necesidad que tienen de que las personas de las que dependen intervengan en casi cualquier toma de decisiones. Según nos dice la paciente, no puede ser tratada en ausencia de su novio, pues a pesar de los tres carpules de anestesia que le pusieron, seguía manifestando un dolor profundo. Es importante destacar el desamparo que sienten estas personas cuando no tienen al lado a la persona de la que dependen, tanto para la toma de decisiones, como para la intervención odontológica en este caso.

3.4 Incapacidad para controlar las emociones a través del pensamiento racional

Las emociones son las responsables del “umbral doloroso” o “intensidad del estímulo necesario para que una persona lo perciba como doloroso”; aquellas hacen que el umbral

pueda moverse. Es diferente según la personalidad y justifica las diferencias que pueden producirse entre alteración física y sensación dolorosa.

P-4 HISTÉRICA *“cuando estoy triste tengo un montón de dolores físicos, entre ellos está la boca, ¡ME ARDE MÁS Y MÁS Y MÁS...! Y lo peor de todo es que cuanto más me arde más triste me pongo, y cuanto más triste me pongo más me arde.... Es desesperante”.*

Estamos hablando de una paciente cuyas manifestaciones sintomáticas en la boca pueden entenderse como “psicógenas”. Se trata de fenómenos físicos consecutivos a ciertas afectaciones mentales, siendo muy típicos en estos casos las alteraciones de la sensibilidad, en este caso el “ardor bucal”. En este estado, les cuesta bastante trabajo hacer desaparecer los síntomas.

P-6 INESTABLE EMOCIONAL *“Sufrí mucho con los brackets, llevo dentro el sonido del dentista, el olor... y me altero muchísimo... recuerdo que cuando me apretaban los brackets sentía un dolor tan intenso que empezaba a pegar patadas en el sillón... no podía controlarlo. Al principio creía que le pasaba a todos, hasta que descubrí que era yo la que tenía esas reacciones tan extremas ante el dolor, tan desproporcionadas. Cuando salía de la consulta pensaba que mi comportamiento no tenía ninguna lógica, pero sí la tenía con respecto a lo que yo sentía”. “Me pasa muchas veces cuando no me gusta algo...No quiero ser agresiva, pero no puedo controlarme.”*

Esta paciente confiesa tiene comportamientos agresivos cuando hay algo que no le parece bien, esta es una característica de este tipo de personalidad. En el caso del dolor, es incapaz de controlar su impulso agresivo ante el él y patalea en el sillón. Vemos como la paciente que dice que se “altera” y no es capaz de tranquilizarse para frenar un impulso agresivo que no quiere tener. En el trastorno tipo límite, las emociones pueden trasladarse al plano de la psicomotricidad (“pegaba patadas”). Resulta bastante característico de esta personalidad el paso de “emoción” a “impulso”, cosa que aparece excepcionalmente en otras personalidades, lo que el psicoanálisis ha denominado “paso al acto” (*acting*). Dicho impulso es de naturaleza agresiva.

3.5 Capacidad de disminuir el dolor mediante la sugestión

La sugestión es un fenómeno que se utiliza también clínicamente para aliviar el dolor.

P-4 HISTÉRICA: *“cuando me arde la boca voy a por un vasito de agua y me doy un enjuagón, es algo que hago siempre para creer que se me quita jajaja. Ya sabes que con la fibromialgia te duele todo el cuerpo. Si por ejemplo me duele el brazo, lo apoyo en una almohada y me creo que se me quita. Aunque a veces son dolores de verdad”. – Preguntamos a qué se refiere con dolores de verdad y nos dice: “El dolor físico es real,*

por ejemplo cuando me salió el flemón, eso era de verdad. El ardor bucal creo que es más por la fibromialgia”.

El mismo CIE-10 consigna como uno de los rasgos de estas personalidades la “sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás” (apartado b). Esta característica hace que puedan emplearse con ellas, como terapéutica, ciertas maniobras asociadas a la capacidad de sugestión (p. ej. placebos, recomendaciones, etc.) con buenos resultados.

En este caso se ve perfectamente la diferencia entre “lo real”, es decir, lo incontrolable por el ser humano, lo que se nos escapa, siendo el flemón a lo que ella llama “dolor de verdad”; y el dolor “psicógeno”. Como ella misma dice: si se lo cree, si se autosugestiona, puede calmar y aliviar el ardor bucal.

3.6 Influencia del odontólogo ante la experiencia dolorosa

La vinculación de carácter profesional entre la persona que sufre (paciente) y el odontólogo, está destinada a que el profesional sanitario alivie el sufrimiento y si es posible curarlo. La calidad humana del profesional, es decir, el trato, determina la satisfacción del paciente y con ello, la disminución o incremento de la sensación dolorosa.

P-4 HISTRIÓNICA: *“cuando me salió el flemón, era verano y estaba en Costa Ballena. Fui a un dentista cualquiera, sin referencia. Si te digo como me trató ni te lo crees... el hombre ni me miraba... tenía un dolor en toda la cara horroroso. Para mí era un dolor nuevo, no lo había sentido nunca ; y mira que estoy acostumbrada al dolor!. Al principio muy estaba estresada y viendo cómo me estaba tratando el dentista me fui a otro”. “Para mí el segundo dentista era un ángel. Cuando entré en la consulta y me vio estresada, me dijo que le explicara lo que me pasaba. El simple hecho de que te escuchan hace que te baje el dolor, te sientes comprendida”. “Después de hacerme el tratamiento, cuando iba para mi casa sentía una paz tan grande, que daba gracias a Dios por ponérmelo en el camino”.*

Las personas que tienen personalidad histriónica, son muy influenciadas por el trato que los demás le dispensan, lo que puede trasladarse al plano sanitario (esto puede asociarse con el apartado anterior sobre la sugestibilidad). La misma CIE-10 indica en uno de los criterios diagnósticos la “necesidad de ser apreciado por los demás”. Aquí la figura y el trato dispensado por el odontólogo tenemos que considerarlos fundamentales para que el tratamiento funcione, siendo así cuando la persona se siente aceptada y/o apreciada.

P-8 DEPENDIENTE: *“de pequeña tuve muy malas experiencias con los dentistas. Me recuerdo sentada en el sillón dental y me quitaron una muela. Era terror... tengo el recuerdo de estar gritando con mi madre al lado. A mí me dolía mucho, unos dolores*

bestiales y unos flemones grandísimos y el dentista le decía a mi madre: <<Esta lo que tiene es miedo, no es dolor>>. Recuerdo pasar días y días con dolores de muelas, dolores muy fuertes, muy agudos, como latigazos. Cuando te sale un flemón te hace “rumrum”, más amplio...que pesa”.

“Después del embarazo tuve 8 o 9 caries nuevas y fui a otro dentista, era sudamericano y ese fue quien me quitó el pánico. Ese acento, hablando conmigo con esas pausas... hasta que me hizo una endodoncia y por la noche me noté por dentro ¡PÁ! (se señala el seno paranasal) casi me desmayo del dolor, se me taponó el drenaje y otra vez me dije ¡ay que ver la boca lo delicada que es...!”

“Empecé a ir a otro dentista en Málaga, un conocido. Es argentino, con ese acento, esa tranquilidad al hablar... he podido estar ante buenos profesionales, pero a mi ninguno me ha tranquilizado como me tranquiliza él. De hecho me decía que si me ponía brackets iba a mejorar muchísimo, cosa que ningún dentista anterior me había propuesto porque decían que tenía una boca muy complicada. Por la confianza que me da, por cómo me escucha, acepté el tratamiento y ahora tengo la sonrisa que siempre quise. Pase lo que pase, no me importa desplazarme hasta Málaga con tal de no volver a cambiar”.

En este caso, la razón de cómo influye el odontólogo es la acción de protección que ejerce sobre la paciente.

P-2 ANSIOSA: *“el primer dentista que tuve no dio en la clave, me decía “no te cuidas bien, tienes el esmalte malo...”. “Me tenía puesto una etiqueta, me decía siempre: pareces un kínder bueno, estás llena de sorpresas”. “Tú no ves lo que está haciendo el dentista en tu boca, cuando te tratan así parece van a trabajar mal, que te van a reventar la boca”*

“Mi nuevo dentista es Dios, esté donde esté siempre iré a ese dentista”. “La sensación que tengo con mi dentista nuevo es que le importa lo que siento, me pregunta, habla conmigo, no tiene nada que ver con la desconfianza que me generó el primero. De hecho, el segundo fue el que me diagnosticó el bruxismo y me puso los implantes que tengo.”

En esta paciente, lo que está en juego es la alerta.

Con las historias de estas tres pacientes, nos damos cuenta de que hay tipos de personalidades que se ven altamente condicionadas a la hora de elegir un profesional u otro según le traten. La importancia de la comunicación y de darles la palabra es fundamental para garantizar una relación basada en la confianza.

En el siguiente cuadro dejamos ver muy a groso modo lo que significa el dolor para cada tipo de personalidad (ver Tabla 6):

<u>PERSONALIDAD</u>	<u>DOLOR</u>
Anacástico	Inexpresividad por debilidad. Hipoalgesia.
Ansioso	Incapacidad de expresión, anticipación, alerta y evitación. Hiperalgnesia.
Esquizoide	Perplejidad, extrañeza. Hipoalgesia.
Histriónico	Alta expresividad, afectación bucal de origen psíquico. Hiperalgnesia. Modificable por sugestión.
Paranoide	Ocultamiento por desconfianza. Hipoalgesia.
Dependiente	Desamparo. Influenciable por necesidad de protección. Hiperalgnesia.
Límite	Paso de emoción a impulso agresivo (<i>acting</i>). Hiperalgnesia.

Tabla 6

4. DISCUSION Y CONCLUSIONES

A lo largo de esta investigación lo que hemos hecho ha sido adentrarnos en los porqués de las manifestaciones que han experimentado los pacientes con respecto a la vivencia dolorosa escuchando y transcribiendo la narrativa de los mismos. En primer lugar hemos explicado en qué consiste el dolor y cuáles son los componentes cognitivos que forman parte a la hora de asimilar dicha vivencia. Posteriormente se han especificado las características que tienen los distintos tipos de personalidad para poder plantear cual ha sido la perspectiva con la que hemos enfocado nuestro estudio; y, por último, hemos aplicado el Método de Abordaje de la Subjetividad (34), que pretende saber sobre el dolor teniendo al sujeto como protagonista, recogiendo los enunciados continentales de material subjetivo que han emitido nuestros pacientes durante las entrevistas. Estos enunciados han sido recogidos y asignados a unas categorías concretas.

Al tratarse del plano interior de la persona, hemos tenido que buscar otra metodología científica que no utilice la cuantificación, la estadística, los cuestionarios, las entrevistas dirigidas o cualquier otra forma de explorar al ser humano que imposibilite la aproximación a las vivencias más personales. Recordemos que Dilthey (52) separó entre “ciencias naturales” y “ciencias histórico-culturales” y, en el mismo sentido, Windelband (53) había separado las “ciencias nomotéticas” de las “idiográficas”. Añadimos que, en el debate actual sobre epistemología de la ciencia, se indica que las “ciencias humanas” por fuerza deben seguir un camino metodológico diferente y no ser simplemente relegadas al plano de lo “pseudocientífico” (34). **Nos hemos aproximado al dolor odontológico de una forma integral y reflexiva**, yendo más allá de la neurofisiología del mismo (17, 18 y 19) y focalizándonos en el gran peso que tiene sobre esta experiencia la forma personal e individual de asimilarlo, dejando a un lado la parte biológica.

Este trabajo de investigación aporta dos perspectivas novedosas para la odontología: 1º) que no se ha dedicado al estudio de los mecanismos neurohormonales del dolor, aspecto del que hablan todos los textos y dedicarnos, por completo, a abordar un aspecto menos tratado: saber como el paciente vive su dolor de manera diferencial a como lo hacen otras personas y 2º) relacionar esta experiencia con los tipos de personalidad, los cuáles están relacionados directamente con el manejo de las emociones.

Se ha comprobado que hay una **relación directa entre la emoción y el umbral doloroso (7-8); y que el mundo interior y la emocionalidad dependen de la estructura psíquica de cada individuo. Así como la capacidad de cada paciente para poder verbalizar su experiencia e ir dando forma de alguna manera a su dolor estableciendo una conexión entre la experiencia interna (dolor) y el exterior en forma de lenguaje.** Así destacamos que las pacientes con más carga emocional han sido las de personalidad dependiente, histriónica, fóbica e inestable emocional y ellas han manifestado una experiencia dolorosa más intensa que el resto de pacientes (hiperalgesia). Por el contrario, la personalidad paranoica, anacástica y esquizoide, han tenido unas manifestaciones mínimas ante el dolor, aunque neurofisiológicamente la lesión hística que tuviesen cursase con un dolor más o menos intenso (hipoalgesia). No ha sido posible entrevistar a ningún “t. disocial” para determinar como experimentan el dolor.

En cuanto a la relación odontólogo-paciente, hay que remarcar que toda actitud o palabra del profesional puede calar en cada uno de sus pacientes (8) e incrementar su dolor o disminuirlo. Los pacientes hitriónicos y dependientes son más sensibles a las palabras del profesional sanitario, por distintas razones: en los primeros, debido a la alta influenciabilidad y a la necesidad de estimación ajena y en los segundos, por el miedo a estar solos y sentirse desprotegidos que les caracteriza.

Mediante la palabra podemos dar una dosis de tranquilidad al paciente, disminuyendo la emoción y con ello el dolor, así como podemos incrementarlo con palabras peyorativas que descalifiquen lo que el paciente está sintiendo; Por lo que una forma de comunicación adaptada a cada personalidad junto con una buena praxis, es fundamental para que la visita al odontólogo no sea una experiencia traumática llena de recuerdos dolorosos. Así como consideramos un fallo en la técnica profesional mala praxis, también lo es la ausencia de diálogo, una pobre relación interpersonal y no facilitar información suficiente tanto en calidad como en cantidad.

La personalidad histriónica puede pasar por casi todas las categorías, siendo uno de los tipos junto con la inestable emocional, más cambiantes. La histeria es el tipo de personalidad que está más en el medio y a su vez es la que más depende de él. Es por eso que pueden recorrer todas las categorías (menos la hipoalgesia). La experiencia dolorosa en la histeria no es una circunstancia aislada en su vida cotidiana, sino que es algo con lo que conviven día a día. Esto puede conectarse con aquello que decían los autores clásicos sobre la histeria (Sydenham, Charcot, Freud, Babinsky, etc.): que tenía una patoplastia sumamente “moldeable”. El mismo Charcot, mediante la hipnosis, logró intercambiar los síntomas de las pacientes.

Dentro de las categorías observamos personalidades muy distintas con un mismo comportamiento, una misma conducta que se origina por diferentes motivos. Este estudio pretende alejarse de la rigidez otros modos de investigar, asentados en modelos de corte mecanicista, incapaces por su superficialidad de dar cuenta de la riqueza experiencial que aquí hemos descubierto. Existen motivos inimaginables detrás de cada acto de un paciente. Hemos sido testigos de cómo el inconsciente y las creencias de una persona pueden llevarnos a actuar de una manera u otra, de cómo nos hacen hablar o callar. A veces un silencio, una pausa, esconde mucha información.

Además de lo expuesto, tenemos que decir que las personas estudiadas han mostrado formas diferenciadas de expresar el dolor verbalmente; mientras, el ansioso no sabe como hacerlo, el anancástico no debe hacerlo por no mostrar ser débil y en paranoide no desea hacerlo por no someterse a la mirada ajena. En cambio, de nuevo los histriónicos y dependientes vuelven a destacar expresando más de la cuenta; los primeros por demostrar cuanto está sufriendo y los segundos porque están solicitando ayuda ante una experiencia que viven con grandísima intensidad.

Concluimos de lo dicho que el MAS ha sido efectivo una vez más en la investigación, ya que nos ha permitido conocer a través de la palabra: a) los rasgos de la personalidad de nuestros pacientes, b) los aspectos psicológicos (no solo conductuales) del dolor, c) relacionarlos de manera fructuosa. Con ello se han obtenido unos resultados bastante alentadores pues, al considerar la experiencia dolorosa como algo influenciable por la personalidad, hace que los odontólogos tengamos que tener un manejo diferencial con cada uno de los pacientes y no tratarlos a todos por igual. Considerar la personalidad de cada enfermo resulta fundamental para establecer una relación profesional sanitario-paciente adecuada y mucho más, en el caso del síntoma más frecuente en Odontología.

Para terminar, decir que de los objetivos que nos propusimos al principio se han conseguido casi todos y algunos de ellos (p. ej. la postura que debe adoptar el odontólogo diferenciando distintos tipos de pacientes y el correspondiente trato diferencial) se deducen de los logrados, tal como hemos visto. No obstante, el asunto tan solo acaba de iniciarse, de ahí que las investigaciones puedan continuar y abrir nuevas vías de comprensión del problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marks D. F. et al. Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica. México: Manual Moderno, 2008.
2. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.
3. International Association for the Study of Pain (1992). Management of Acute Pain: A Practical Guide. Seattle WA: IASP Press, 1992.
4. Llorca Ramón G, Manzano Callejo JM, Sánchez rodríguez JL, et al. Dolor, angustia y sufrimiento. En: Seva Díaz. A, (Coord.). Psicología Médica: bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad. (1º ed.). Zaragoza: INO Reproducciones, 1994. p. (682-693).
5. Díaz Sánchez MªA, Sánchez Rodríguez JL. La percepción del dolor. En: L. Ortega-Monasterio. Lecciones de la psicología médica (1º ed.). Barcelona: PPU, S.A, 1993. p. 527-542.
6. De Portugal Álvarez, J. Semiología general del dolor. En F. J. Flórez Tascón (ed.), Dolor. Agora Medicine. Madrid: Idepsa, 1987.
7. García Arroyo, J.M. Apuntes de Psicología y comunicación. Curso académico 2019-20.
8. García Arroyo JM, Domínguez López ML. El dolor: una encrucijada entre el cuerpo y la subjetividad (Parte I). Alcmeon, Rev Arg Clin Neuropsiatr 2009; 16(1): 26-37.
9. Penzo, N. El dolor crónico Aspectos psicológicos Barcelona. Martínez Roca, 1989.
10. Lacan J. Escritos (2 vols.). Madrid: Siglo XXI, 1977.
11. Miller J.A. La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós, 2003.
12. Nasio J. D. El dolor físico. Barcelona: Gedisa, 2007.
13. Buytendijk F. J. El dolor. Madrid: Revista de Occidente, 1958.
14. Rof Carballo J. Urdimbre afectiva y enfermedad. Madrid: Labor, 1961.

15. García Arroyo JM, Domínguez López ML. El dolor: una encrucijada entre el cuerpo y la subjetividad (Parte II). Alcmeon, Rev Arg Clin Neuropsiatr 2009; 16(1): 38-48.
16. Díez García MA, Arteagoitia Calvo I. Dolor odontológico. Prevención y tratamiento. Rev Farmacia comunitaria 2004; 18(9): 38-42.
17. Burgess PR, Perl ER. Cutaneous mechanoreceptors and nociceptors. En: Iggo A (ed.) Handbook of sensory Physiology. Berlin: Springer- Verlag, 1973; 2: 29- 78.
18. Galera Ruíz H, Delgado Muñoz JM. Manejo odontológico del paciente con dolor orofacial. En: Bullón Fernández P, Machuca Portillo G. Tratamiento odontológico en pacientes especiales. (3ª ed.). Madrid: Laboratorios Normon, S.A, 2013. p 491-508.
19. Machuca G, Machuca C, Martínez-Sauquillo A, Bullón P. Neuralgias secundarias a otros procesos; Diagnóstico y tratamiento. Av Odontoestomatol 1996;12 (Supl B): p 237-48.
20. Renton T, Durhan J, Aggarwal VR. The classification and differential diagnosis of orofacial pain. Expert Rev Neurother. 2012; 12(5):569-76.
21. Lonser RR, Arthur AS, Apfelbaum RI. Neurosurgical decompression in surgical disorders of cranial nerves V, VII, IX y X. In Schmideck HH, Sweet WH (Eds). Operative neurosur-gical techniques. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2000.
22. Robaina Padrón, FJ. Neuralgia del trigémino. Revisión del tratamiento médico y quirúrgico. Rev. Soc. Esp. Dolor 2008; 15 (4): 248-256.
23. Martínez-Sauquillo Márquez, A. Apuntes de Medicina Bucal. Curso académico 2017-18.
24. Rodríguez M.J, Aldaya C., Fernández-Baena M. Tratamiento del dolor secundario al síndrome de ATM mediante estimulación nerviosa periférica. Rev. Soc. Esp. Dolor 2012; 19 (4): 189-196.
25. Benscher JJ. Temporomandibular joint disorders. Am Fam Physician. 2007;76:1477-86.
26. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban CB. Temporomandibular disorders. N Engl J Med. 2008;359:2693-705.

27. Montaña Sinisterra, MR, Palacios Cruz, JL, Gantiva Díaz, CA. Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. Psiquiatría.com:Interpsiquis; 2009.
28. García Arroyo JM. Apuntes de Psicología y Comunicación. Curso académico 2019-20.
29. Martínez, E. El término " prosopon " en el encuentro entre fe y razón. Rev Espiritu LIX. 2010; (139): 173-193.
30. Krzemien D, Lombardo, E, Lidia Sánchez M. Estilos de personalidad y modalidades de envejecimiento. Psiquiatría.com: Interpsiquis, 2007.
31. Sheldon, W.H. Las variedades del temperamento. Psicología de las diferencias constitucionales. Buenos Aires: Paidós; 1955.
32. Freud, S. Obras completas. El yo y el ello. Biblioteca nueva (2701-2721).
33. World Health Organization. International classification of diseases an related health problemas. Geneva: World Health Organization; 2007.
34. García Arroyo, José Manuel. El cáncer de mama (2): Metodología de la subjetividad. Sevilla: Punto Rojo; 2016.
35. García Arroyo JM, Domínguez López ML. ¿Por dónde seguir investigando en psicopatología? Informaciones Psiquiátricas. 2010; 1 (199):39-56.
36. García Arroyo JM, Domínguez López ML. Aspectos psicológicos de la dismenorrea primaria. Ginecología y obstetricia clínica. 2009; 10 (4): 221-228.
37. García Arroyo JM, Fernández Argüelles P. Los "otros .duelos" o los fundamentos inconscientes de la distimia. Psiquiatría.com: Interpsiquis; 2007.
38. García Arroyo JM, Domínguez López ML. Subjective aspects of Burnout Syndrome in the Medical Profession. Psychology 2014; 5(18): 2064-2072.
39. García Arroyo JM. Study of the Subjective Aspects of Anxiety by the Means of Modal Logic. Journal of Depression & Anxiety 2016; 5(247). Doi: 10.4172/2167-1044.1000247.
40. García Arroyo JM; Domínguez López ML. El dolor: una encrucijada entre el cuerpo y la subjetividad (II parte). Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 2009; 16(1): 38-48.

41. García Arroyo JM.; Domínguez López ML. Cuerpo, corporalidad y esquema corporal en la mujer mastectomizada (parte I). *Anales de Psiquiatría* 2007; 23(5): 235-240.
42. García Arroyo JM.; Domínguez López ML. Cuerpo, corporalidad y esquema corporal en la mujer mastectomizada (parte II). *Anales de Psiquiatría* 2007; 23(5): 241-249.
43. García Arroyo JM; Domínguez López ML. Fundamentos de la psicoterapia con mujeres afectadas de cáncer de mama. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2010; 16 (2): 125-139.
44. García Arroyo JM; Domínguez López ML. Aspectos psicológicos de la mujer diagnosticada de cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia Clínica* 2010; 11 (4): 190-198.
45. García Arroyo JM; Domínguez López ML. El problema de la imagen corporal y de la feminidad en las mastectomizadas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* 2011; 8(1).
46. García Arroyo JM; Domínguez López ML. Psychological problems derived from mastectomy: A qualitative study. *International Journal of Surgical Oncology* 2011, article ID 132461, 8 pags., doi: 10.1155/2011/132461. Edita: Hindawi Publishing Corporation. ISSN: 2090-1402.
47. García Arroyo JM; Domínguez López ML. Reacciones psicológicas de la mujer ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Anales de Psiquiatría* 2009; 25 (6):287-294.
48. García Arroyo JM, Domínguez López ML. El problema de la comunicación del diagnóstico en medicina. *Comunicación y Hombre* 2014; 10: 95-107.
49. García Arroyo JM. Neurosis: a study from subjectivity. *European Scientific Journal* 2016; 12(3)53-66.
50. García Arroyo JM. Psychosis: a study from subjectivity. *European Scientific Journal* 2017; 13(12): 53-66. doi: 10.19044/esj.2017.v13n12p1.
51. García Arroyo JM. Análisis lógicos de los estadios iniciales de la Esquizofrenia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 2017; 63(2): 79-87.
52. Dilthey, W. *Introducción a las ciencias del espíritu*. Madrid: Alanza (1981).

53. Windelband, W. Preludios filosóficos. Figuras y problemas de la filosofía y de su historia. Segovia: Santiago Rueda, (1949).