

• PSICOTERAPIA EN LOS DESDENTADOS TOTALES

por el

Dr. Santiago Forteza

Teniente Médico de Sanidad del Aire, Diplomado en Odontología

CUANDO creemos finalizado el período de correcta formación postgradual en la especialidad objeto de los propios desvelos, es cuando nos damos cuenta perfecta de las lagunas que forzosamente como en toda obra humana, han quedado por rellenar durante los cursos normales en las Facultades y Escuela donde se ha cursado la carrera, hasta la consecución del título. Si en continuada labor se ha llegado a la superación de todas las deficiencias, mediante el contraste de la práctica clínica con el estudio ininterrumpido, de la comparación entre lo real y lo escrito, de la obra clásica con la palpitante actualidad, nos hemos asegurado la dignidad imprescindible para hacer uso de este título correctamente.

El hecho de haber sabido franquear alguna de esas dificultades, a base de una orientación personal en ciertos límites como iremos viendo, nos ha producido verdadera satisfacción en momentos de observación introspectiva, hasta el punto de sentirnos con ánimos para publicar estas líneas y bajo un enunciado que casi con seguridad causará extrañeza a los circunspectos compañeros que lo leyeren.

El estado anímico de nuestros pacientes, desdentados totales o casi totales, ante la perspectiva de la restauración protética por placa, es un capítulo inexistente en la mayoría de los textos que hemos usado, en alguno se le dedica media página escasa (PEESO), sin abordar el tema, ni someramente, sino para revestirlo de una fracción de la importancia que le atribuimos. SAENZ DE PIPAON publica en esta misma revista, dedicándonoslo en parte, un artículo sobre la materia, en el mes de marzo. Los programas de Prótesis Dental que hemos manejado no le prestan ninguna atención y solamente algunos modelos de

ficha para historia clínica protética en instituciones bien organizadas, dejan unas líneas de puntos para consignar la caracterología psicológica del paciente. En fin, toda la enseñanza protética tiene una organización enfocada directamente a la consecución, práctica de unos aparatos científicamente adaptados, que en boca alcancen el ideal higiénico funcional requerido por los constantes avances en esta ciencia. El período histórico-filosófico que ha correspondido al de mayor desarrollo de esta rama, como la de otras tantas de la medicina, podría ser responsable de tal despreocupación, al absorber toda idea investigadora centrándola en objetivos bien delimitados, en exceso aislados del supremo fin a que deben ir enfocados, y por idéntica razón, causante de una desconexión demasiado profunda entre las dichas ramas, abocando a un concepto del enfermo, parcial e incompleto, algo muy inferior al que hoy podemos aceptar sin reservas, gracias a una laudable evolución más amplia de estas ideas, "la enfermedad no es sólo un fenómeno somático, sino también psicológico y no sólo biológico, sino también personal y social" (MARCO).

Con esta preparación llega el odontólogo a su consulta, iniciando generalmente la parte protética de su vida profesional, en dos tendencias paralelas de sentido opuesto: una le lleva al abandono de las técnicas de laboratorio aprendidas, entregando en manos de sus auxiliares todo el peso de las mismas y otra le conduce a perfeccionarse o aprender la clínica protética, que con toda seguridad o probabilidad no sabe. En el mejor de los casos elementos para conocer la constitución del espíritu de los pacientes que trata, por tal motivo está expuesto a fracaso si no puede prever las reacciones de aquél, especialmente si son como ocurre a menudo anormales. De esta forma puede ocurrir y pasa a veces, que una prótesis movable en todos aspectos perfecta, acaba siendo intolerada por el paciente, con el subsiguiente fracaso del profesional que no siempre puede liberar del atornador clamoreo del descrédito, incluso cuando es injustamente provocado; con razón afirma BERGMANN... no deben dejar de reconocerse los factores psiconeuróticos que sobrepasan los límites de la psiquiatría y tienen alguna intervención en casi todo sujeto enfermo..., el estudio de la vida íntima de los enfermos

es para nosotros una importante misión diagnóstica, con repercusiones terapéuticas.

Al desdentado total o al que por su pérdida de la mayoría de dientes, se ven precisados a tener que sustituirlos con aparatos de placa, debe considerársele como a un mutilado de cualquier miembro o parte del mismo, en el preciso instante de emprender la reeducación para servirse de su aparato ortopédico, máxime cuando éste está destinado a sobrellevar el peso de una o varias funciones importantes, a más del cometido meramente estético del mismo; consideración que abarcará la enfermedad subjetiva, que dicha mutilación produce al igual que toda lesión orgánica en quien la sufre. A este respecto el odontólogo no puede desinteresarse del papel de educador de los pacientes, que ya antes de la construcción del aparato le incumbe exclusivamente, prolongándose en ocasiones hasta por espacio de semanas y meses después de haberlo colocado.

Para cumplir fielmente esta misión que no puede eludir ni atenuar, es recomendable desde la primera visita, establecer un diagnóstico somato-psíquico del paciente, incluyéndole en un grupo de la biotipología de KRETCHER, para en las sucesivas que obligatoriamente se nos suelen presentar (extracciones, preparación de la encía, operaciones de DARCISAC-TROBO, esquirlectomías, etc.), ir perfilando este diagnóstico con una observación detallada y una exploración sutil, a través de una conversación dirigida a este fin, teniendo en cuenta que el diálogo es la raíz fundamental del psico-análisis, lo cual es la seria oposición de FREUD a la ciencia positiva, que es de donde arranca nuestra meditación consecuente a la conversión y vuelta a la comprensión del enfermo, como pone de manifiesto brillantemente MARCO. Todo con la soltura necesaria para que no pueda percatarse el interesado, del fin que perseguimos, lo cual le llevaría a una situación de inferioridad, o nos colocaría a nosotros en una postura de autosupervaloración, ambas lamentables, ya que el equilibrado concepto que el paciente tenga o se forme del profesional es la clave primordial de todo lo que estamos proponiendo en este trabajo. En la clasificación somática del individuo nos servirán como base de partida, las distintas formas de las arcadas dentarias que corresponden a cada uno de los tipos de PENDE, de sobra conocidos por todos, y cuyo

estudio nos sirven también para la debida orientación en la construcción de la dentadura. No se despreciará lo referente a tipología racial, edad, sexo y situación familiar, aconsejando con KREHL que sea considerado todo, sin hacer distinciones de rango ni dignidad.

Una vez incluido el enfermo en la clasificación que le corresponda, sea cual fuere, siempre dentro de la normalidad *in sensu lato*, se habrá eliminado la existencia de psicopatías, tanto las comprendidas en el grupo de las constitucionales (neurasténicos, impulsivos, melancólicos, querulantes, etc.), como las de reacción exógena y orgánica de BUME, pues creemos contraindicada en estos casos la aplicación de prótesis de placa, porque como decíamos, el fracaso está de antemano asegurado, incluso contando con que la dentadura sea un alarde de técnica.

Para la debida sistematización de las prescripciones psicoterapéuticas a los desdentados, nos acogemos a la acertada diferenciación que establece SÁENZ DE PIPAÓN en dos grupos: a) los que no hubieron recurrido nunca a los dispositivos restauradores movibles, y b) los que en el curso de años anteriores han usado uno o varios de ellos; dejando bien sentado que tanto unos como otros, se hacen solidarios por igual de las indicadas anteriormente.

Empecemos con los del grupo a): Aprovechando las características psíquicas que hemos investigado con relación a la constitución somática de estos pacientes, en las visitas que nos hace para la toma de impresiones, mordida y prueba de articulación, debemos situar su estado de ánimo en el punto medio entre el pesimismo de haber perdido sus dientes irremisiblemente y el optimismo que produce la idea cierta, pero a veces megalómana, de los constantes progresos de la prótesis dental. Nos encontramos a la mayoría de personas descentradas en este aspecto, debido a su genotipo psicológico (con tendencia melancólica o impulsiva) y a las causas ambientales que sobre éste han obrado en uno u otro sentido; este centramiento, fácil de conseguir muchas veces, se llevará a cabo alentándole o desilusionándole según su situación y en relación con las condiciones bucales del caso más o menos favorables para el uso de estas prótesis y se nos antoja como de capital importancia, con tal que su logro se anteponga a la colocación de la dentadura.

Desde este momento empezamos con los desdentados de este grupo el verdadero tratamiento de educación que escalonamos en diversas funciones separadas y previa una ordenación que después aclararemos, aun sabiendo perfectamente la particularidad de que muchos pacientes recurren al tratamiento protético, buscando solamente la solución de una sola de estas funciones y anteponiéndola a todas las demás con verdadera predilección, relegando las otras a un plano muy secundario en el terreno de sus aspiraciones. Así podemos clasificarlos en dos categorías muy distintas: los *masticadores* entre los que predominan el sexo fuerte, las clases humildes y aquellos enfermos procedentes de las consultas de gastro-enterología cada día en aumento, y los *sonreidores*, con gran preponderancia del bello sexo, gentes de posición social y artistas de todo género. El ideal consiste en ambos casos en alcanzar el pináculo de la integridad funcional, que se puede asignar a una dentadura perfecta, para lo cual establecemos el escalonamiento mencionado, en varias etapas por orden de aprendizaje.

El día de colocación en boca, una vez ajustada y articulada, asegurarse la conformidad del paciente con respecto al aspecto estético de la cara y sonrisa, esta conformidad viene ya respaldada por el convenio en sesiones anteriores, especialmente en la prueba del aparato montado en cera, para de aquí empezar con los períodos de reeducación. En el primero se trata de conseguir la habituación del paciente al aparato, dura unos cuantos días, los comprendidos entre la colocación y el último retoque con la supresión de todo dolor y erosiones gingivales, para ello ordenamos su uso constante, inclusive, para dormir, pero prohibiéndole en absoluto masticar nada con él, debiendo por tanto quitárselo a la hora de las comidas, recomendándole nos visite cuando note algún síntoma de intolerancia local. Además en los primeros momentos aconsejamos chupar bombones de sabor ácido, que actúan de sialógogos, procurando una mejor retención del aparato superior que se pega rápidamente al paladar y estimula el vacío por el propio acto de succión.

De éste se pasa, confundiéndose ambos al segundo período, que pretende normalizar la pronunciación de las consonantes dentales y dento-labiales, alterada con la pérdida de los incisivos, a veces cuesta bastante vencer la timidez de algunos en-

fermos para esta educación, ante el temor por su inseguridad al ridículo, pero hay un sistema que no falla, se les invita a leer en voz alta estando a solas y silabeando al principio, hasta que sin darse cuenta, con muy pocas sesiones adquieren toda la naturalidad que antes tuvieron, y al comprobarlo disfrutan hablando con todos.

Solamente cuando se ha conseguido el éxito seguro en las etapas precedentes, se puede abordar la última que es, en definitiva, la de mayor importancia, por su enorme dificultad en muchas ocasiones. El aprender la masticación en este grupo de desdentados con aparatos protéticos, presenta una complicación seria, cuando perdieron sus piezas o parte importante de ellas en un período de tiempo más o menos lejano, tardaron muchos meses o años en decidirse a la restauración, ya que en este tiempo se deforma el primer acto de la digestión, adquiriéndose viciosos movimientos de la articulación témporo-maxilar, que deben ser vencidos y rectificados cuando se trata de enseñarles los convenientes para una masticación artificial con dentadura. A ser posible, los primeros pasos los dará el paciente comiendo solo, en evitación de exponerle a la evidencia ridícula enfrente de otras personas, por más allegadas que sean, pues muchas veces, ni aun éstas pueden soportar, sin repugnancia, el desprendimiento del aparato superior que se repetirá, casi con seguridad en estos balbuceos.

Se les advertirá la imposibilidad de mordida con los incisivos, el abrir la boca exageradamente o llenársela en exceso, se escogerán los alimentos de tipo seco y poco viscosos, en este aspecto las galletas nos han servido muchas veces como fácil ejercicio inicial, obligándoles a comer con los labios cerrados, lentamente, y con ambos lados a un tiempo, aunque ello esté reñido con las reglas de sociedad, por algo aconsejamos, ya de momento, la soledad en estos ejercicios y así de esta manera ir ascendiendo paulatinamente hasta que se consiga hacerlo en forma automática. Cuando hemos tropezado con personas que no han aprendido a masticar al cabo de algún tiempo, las hemos requerido en el propio sillón de la clínica, a que nos muestren su sistema, y muchas veces frente a un espejo, les hemos corregido defectos que aun ellos ignoraban, allanándoles en extremo las dificultades que empezaban a minar su ánimo y

nuestro prestigio sincrónicamente. Nuestra paciencia, junto con la amabilidad y optimismo en estos pacientes, han sido siempre el arma secreta que nos ha asegurado el triunfo.

Los desdentados del segundo grupo, b) que hemos formado, no precisan un metodismo tan acentuado como el que hemos tratado de establecer, puesto que habiendo usado ya otros dispositivos movibles han cursado ya por regla general estas enseñanzas y saben, sobre todo, lo que se puede y debe esperar del nuevo que les vamos a construir. No obstante, algunas reglas hemos de señalar, cuya observancia es muy conveniente con ellos. En primer lugar un examen cuidadoso en boca de estos aparatos, cuando fueron colocados por otro profesional, ver si realmente adolecen los defectos que les atribuyen a menudo sus poseedores, o ver si son otros, si acaso nos percatamos de su perfección, por encima de las exigencias del cliente y aun de las de la propia economía, rechazar toda nueva tentativa de repetición y aplicar hasta donde se nos permita toda nuestra influencia en pos de una psicoterapia de reeducación, a la par que contribuimos a dignificar a los compañeros, a nosotros mismos y a la clase en general. Si la nueva prótesis es requerida por nuevas pérdidas de dientes o por alteración gingival o simplemente por defectos de la primitiva, debemos tener en cuenta muy especialmente el grado de habituación a que ha llegado el paciente con su viejo aparato y si ésta es muy fuerte exigirle que en el momento de colocarle el nuevo nos lo entregue, hasta su perfecto funcionamiento con el que le construimos, pues en esto, como en tantas reacciones del organismo, se da la paradoja con una frecuencia inesperada como temible. Comprueba esta afirmación el siguiente caso que hemos vivido y que a título de excepción citamos, para grabar mejor la necesidad de la medida propuesta en todos estos casos. Una señora de unos setenta años, muy bien conservada, había perdido en su juventud los dos incisivos centrales superiores, que le fueron sustituidos por una pequeña prótesis movable; durante el transcurso de unos treinta y seis años fué perdiendo, una tras otra, todas las piezas dentarias que le quedaban y que por un verdadero prodigio de adaptación, ¡sin dejar de usar ni un solo día el aparatito citado!, que carecía de succión, corbatas ni otros medios de retención conocidos. Completamente desden-

tada acudió a un compañero para que le colocara una dentadura completa, que le fué construída sin dificultad y que fué rechazada por la paciente a las pocas horas de su colocación, volviendo a usar su primitiva prótesis. Acudió a nuestra consulta requiriendo una completa, sin mencionar su primer fracaso, usando los dos incisivos repetidos, la cual fué ejecutada y desechada igualmente, hasta que enterados del proceso de evolución intentamos persuadirla de la necesidad de que nos entregara su torturante plaquita con el laudable y recóndito propósito de hacerla migas en su presencia, y ante la rotunda y enérgica negativa comprendimos lo irremediable del caso, perdido por esa falta de previsión que ya nunca más hemos cometido. Al cabo de unos meses nos visitó de nuevo para retocarle el aparato que le habíamos colocado; lo llevaba muy contenta en la boca y contó que el de dos incisivos se le había caído al mar.

Para terminar sólo nos resta ratificar el unánime acuerdo de que los honorarios abonados a partes iguales, el día de la toma de impresiones y el de colocación, constituye la prescripción psicoterapéutica más sólida que se puede recomendar a todos los pacientes, pero las otras no pierden por eso ni un ápice de su bondad; juntas se complementan y hacen que cada día al emplearlas sirvamos mejor a nuestros enfermos, ya que ellos no nos piden saberes, como dice SIEBECK, sino ayuda real.