



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

*Trabajo Final de Grado*

Monografía

***APORTES DE LA PSICOLOGÍA EN EL PROCESO  
DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA :***

***TRÁNSITO SUBJETIVO DEL PACIENTE  
SOMETIDO A CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL***

**S. Fiorella Quagliata**

**Docente tutora: Julia Tabó**

**Docente revisor: Juan Fernández**

**Diciembre, 2017**

**Montevideo, Uruguay**

## ÍNDICE

. RESUMEN .....	4
. INTRODUCCIÓN .....	5
1. EL CUERPO Y SU SIGNIFICADO A LO LARGO DE LA HISTORIA .....	7
2. LO <i>BUCAL</i> Y SU REPRESENTACIÓN PSICOLÓGICA: ENTRE LO ODONTOLÓGICO Y LO PSICOLÓGICO .....	8
2.1 Zona erógena	
2.2 Pulsión	
2.3 Fase oral	
2.4 Fijación oral	
3. INVESTIGACIONES ACTUALES EN EL ÁMBITO ODONTOLÓGICO E IMPLICANCIA DE LO <i>ORAL</i> .....	12
4. EL PACIENTE CON DEFORMIDAD FACIAL .....	15
5. ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE ODONTOLÓGICO .....	16
5.1 El sujeto como un ser <i>BioPsicoSocial</i>	
5.2 La conjugación entre <i>cuerpo</i> y <i>psiquis</i> desde diferentes marcos teóricos	
5.2.1 Una mirada desde el Psicoanálisis	
5.2.2 Una mirada desde la PsicoNeuroInmunoEndocrinología (PNIE)	
6. INTERDISCIPLINA .....	20
7. ESTRÉS, MIEDOS Y ANSIEDADES EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO .....	20
7.1 Estrés	
7.2 Ansiedad	

<b>8. PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA .....</b>	<b>22</b>
<b>8.1 Qué es la psicoprofilaxis quirúrgica</b>	
<b>8.2 Etapas en el proceso de psicoprofilaxis quirúrgica</b>	
<b>8.3 Efectos de la Psicoprofilaxis quirúrgica sobre los miedos, la ansiedad y estrés del paciente</b>	
<b>8.3.1 Soporte informacional</b>	
<b>8.3.2 Soporte social</b>	
<b>8.3.3 Factores de protección</b>	
<b>8.3.4 Los beneficios de la Psicoprofilaxis quirúrgica</b>	
<b>9. LA ADAPTACIÓN DEL SUJETO EN TORNO AL PROCESO QUIRÚRGICO .....</b>	<b>28</b>
<b>9.1 <i>Adaptación pasiva</i></b>	
<b>9.2 <i>Adaptación activa</i></b>	
<b>10. CONSIDERACIONES FINALES .....</b>	<b>31</b>
<b>GLOSARIO .....</b>	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>33</b>

## RESUMEN

El presente trabajo busca dar cuenta de los aportes que la psicología puede brindar en el proceso de intervención quirúrgica bucomaxilofacial (principalmente cirugía ortognática).

A partir de los aportes de la psicología considerados útiles para este tipo de intervenciones, es que se pretende argumentar la necesidad de contemplar e intervenir sobre los aspectos subjetivos del paciente intervenido, como son el estrés, los miedos y las ansiedades atravesados durante el proceso quirúrgico todo (comprendiendo el período prequirúrgico y posquirúrgico).

Las acciones que contribuirían al proceso, se pretende aquí que sean comprendidas desde un abordaje interdisciplinario, con inserción de psicólogos, en donde se brinde atención psicológica a los sujetos intervenidos quirúrgicamente, partiendo de la base de que dichas intervenciones generan cambios a nivel de la estructura facial, por lo tanto de *identidad* del Sujeto intervenido.

**PALABRAS CLAVE:** Psicoprofilaxis quirúrgica, Cirugía bucomaxilofacial, identidad, imagen corporal.

## INTRODUCCIÓN

Se pretende realizar un recorrido desde diferentes marcos teóricos, donde, a partir de la revisión de diferentes fuentes bibliográficas, se llevará a cabo una reflexión crítica sobre el tema en cuestión: el tránsito subjetivo del paciente sometido a cirugía bucomaxilofacial, principalmente cirugía ortognática.

Es así que se busca dar cuenta a lo largo de la presente escritura, la repercusión de la intervención sobre el cuerpo del sujeto, concibiendo al cuerpo no sólo como parte de éste, sino como representante de múltiples aspectos de su ser.

Los aportes de los marcos teóricos aquí expuestos (Psicoanálisis, Cognitivo-conductual, PsicoNeuroInmunoEndocrinología, Psicoprofilaxis quirúrgica) pretenden ser de utilidad al momento de tratarse de pacientes quirúrgicos odontológicos (bucamaxilofaciales).

Los antes mencionados marcos teóricos, aportan de sobremanera al tema que convoca, ya que presentan perspectivas complementarias en lo que refiere al sujeto inmerso en el ámbito quirúrgico bucomaxilofacial: las representaciones mentales en torno a lo bucal (desde el psicoanálisis); las técnicas útiles para el abordaje del estrés, miedos y ansiedades durante todo el proceso quirúrgico (desde el marco cognitivo-conductual); la articulación de diferentes sistemas del cuerpo y cómo éstos se interrelacionan al momento de presentarse una afectación en el sujeto (desde la PsicoNeuroInmunoEndocrinología); así como también una guía específica para el tratamiento de cada instancia del proceso quirúrgico, destinada a la preparación del sujeto para la cirugía y su acompañamiento hasta la etapa posquirúrgica (desde la Psicoprofilaxis quirúrgica).

La intervención psicológica aquí presentada, tendría como objetivo facilitar al paciente la comprensión en torno a la intervención, trabajando sobre los procesos de elaboración, de manera que se trate de una vivencia con la menor carga traumática posible.

A partir del acompañamiento, la escucha y la comprensión del tránsito subjetivo del paciente, en conjunto con la información otorgada sobre la intervención y la práctica de técnicas psicológicas llevadas a cabo durante el proceso, se espera propiciar una postura empoderada en torno a la intervención. De esta manera, se minimizaría la inquietud del sujeto sometido a la cirugía, apuntando a disminuir los niveles de estrés y ansiedades, que, de no ser abordados, podrían desembocar en problemáticas durante el proceso quirúrgico.

La cirugía ortognática (un tipo de cirugía bucomaxilofacial) consta de modificaciones en el posicionamiento de los huesos faciales (maxilar y/o mandíbula), para llevar a cabo correcciones a nivel funcional del sistema estomatognático.

Dado que la cirugía ortognática compromete la estructura facial, es decir, la imagen del

sujeto, se tratará aquí del abordaje del tránsito de ese cambio identitario, haciéndose visible la conjugación entre la intervención quirúrgica y la repercusión psicológica de ello en el Sujeto.

El proceso en cirugía ortognática, se considerará aquí pertinente de encontrarse inmerso en un encuadre interdisciplinario, ya que se comprometen no sólo aspectos médicos delicados (como el sometimiento a anestesia general, así como la intervención a nivel óseo) sino que además tiene alcance en torno a lo subjetivo e identitario (al tratarse de una cirugía que deriva en cambios de estructura facial y por lo tanto de *imagen corporal*).

## 1. EL CUERPO Y SU SIGNIFICADO A LO LARGO DE LA HISTORIA

A lo largo de la historia, a nivel cultural el cuerpo ha reflejado, desde ritos y costumbres típicas de algunas poblaciones (como ser a través de bailes, marcas sobre la piel, mutaciones de determinadas partes del cuerpo) teniendo todo ello como herramienta principal, el cuerpo, en donde se reflejaría, se marcaría, se visualizaría, lo simbólico y propio de una población.

Asimismo, esos rasgos identitarios se aplica tanto a poblaciones como a las singularidades, siendo la identidad lo que a través del cuerpo se pretende representar.

Es así que, en el cuerpo no sólo se puede representar lo propio de un conjunto de personas con elementos en común, sino también lo que proviene del sujeto: su identidad, su singularidad; materializándola, desembocando en comunicador de las condiciones de su existencia.

Por el carácter material y tangible de un cuerpo, es que a partir de éste se puede plasmar, además, las condiciones de existencia de los sujetos, en convivencia con los otros, de sus tránsitos en el mundo. Es decir, funciona como un elemento en donde se depositan y encarnan las condiciones sociales del sujeto y las poblaciones en donde se encuentran inmersos. A partir de allí, la aplicación de escalas de valores posibles de adjudicar en base a lo visible y más propio —a nivel material— de un sujeto: su cuerpo.

Toda casa y todo vestido es (...) una protección y un escaparate (...) Moradas y trajes son, pues, conjuntos de indicios y engaños, es decir, excelentes medios para comunicar (...) Estos objetos materiales sin duda utilitarios también son , como otros muchos, instrumentos simbólicos de distinción. (Corbin, 2005).

Para la religión, la representación en el cuerpo ha sido de gran relevancia, ya que, actos como mutaciones o importancia otorgada a ciertas partes del cuerpo por sobre otras, es lo que haría cobrar gran significado, materializado en el cuerpo.

Además, ha sido y lo es al día de hoy, un elemento sumamente representativo, la estética de la Iglesia y todo lo que ello transmite y ha transmitido a lo largo de la historia, tanto a nivel social, como de poder y de concepciones ligados a lo considerado *bello*.

Las Iglesias, incluso las más degradadas, eran efectivamente lugares de belleza y de luz en los que todos podían descubrir o satisfacer necesidades estéticas universales difíciles de colmar en un decorado cotidiano caracterizado por la escasez y la acumulación de los cuerpos, las cosas, los animales y los malos olores. (Corbin, 2005).

Para la comunicación, el cuerpo ha servido de gran revelador de la condición social y de la subjetividad de los individuos.

Las sociedades antiguas, al estar siempre amenazadas por problemas (...) de vecindades rechazadas, consentidas o deseadas, se ven obligadas a recurrir a técnicas muy refinadas de comunicación y distanciamiento, a una visibilidad y legibilidad de los cuerpos y sus comportamientos capaz de dar lugar a una codificación extrema del vestido y a una percepción rápida de su lenguaje. (Corbin, 2005).

Cada vez son más los estudios y disciplinas en donde se comprueba que el cuerpo “habla”, transmite, comunica, tomando de éste un valioso recurso, como transmisor de la subjetividad de quien lo encarna; un gran revelador del mundo interno del sujeto, de su *sentir* en el entorno. Se busca aquí destacar cómo el cuerpo y el mundo interno del sujeto convergen en situaciones vitales como lo es el tránsito de una intervención quirúrgica, donde el impacto en lo corporal incide en el psiquismo del sujeto intervenido.

Por estas cuestiones es que es importante pensar en la articulación entre el soma y la psiquis.

## **2. LO BUCAL Y SU REPRESENTACIÓN PSICOLÓGICA: ENTRE LO ODONTOLÓGICO Y LO PSICOLÓGICO**

La zona bucal y la subjetividad del individuo, se encuentran sumamente ligadas.

Interesa aquí mencionar lo referente al Desarrollo psicosexual del niño (desde una perspectiva psicoanalítica freudiana) para comprender la fase oral y su representación psíquica a lo largo de la vida del sujeto.

Remitiéndonos a “Tres ensayos de teoría sexual” (Freud, 1905), si bien se indaga sobre la sexualidad humana, también se le otorga un específico lugar a la sexualidad infantil, diferenciándola, caracterizándola, otorgándole una especial significación en lo que será la posterior sexualidad adulta del sujeto.

Será determinante lo que refiere a las primeras experiencias de índole afectivo para el sujeto, y la forma en que esto ocurre desde los inicios vitales.

Es en torno a lo bucal que pasamos a relacionar la *fase oral* con el Desarrollo psicosexual del Sujeto, siendo la vía por excelencia que posibilita las primeras experiencias con el mundo, y por



ende lo que intervendrá en la estructura de la personalidad de éste.

El Desarrollo psicosexual para Freud, consta de cinco etapas:

la Etapa *oral* (abarcando aproximadamente los primeros 18 meses de vida) donde tiene lugar las primeras satisfacciones del sujeto en torno al placer. El alimento, la succión y todo aquello que tenga que ver con lo bucal, atribuirá un gran significado a esta fase.

La Etapa *anal* es la siguiente y se extiende hasta los 3 años aproximadamente. En esta etapa comienza el control del esfínter anal, lo cual se ligaría a la *acumulación* y la *descarga*.

La Etapa *fálica*, remite a los genitales, siendo la actividad del orinar lo que produciría placer, aunque luego cobra importancia la curiosidad por las diferencia anatómica entre niñas y varones.

La Etapa de *latencia*, va desde los 7 años hasta el comienzo de la pubertad, dándose un descenso de las actividades sexuales, apareciendo sentimientos como la vergüenza, el asco, el pudor, la culpa, además de presentarse identificaciones con los padres.

La etapa genital es aquella que da comienzo a la sexualidad adulta. Aquí se concentra en placer en los genitales, acompañándose de la búsqueda del apego y vínculos con los otros para la satisfacción, y ya no contando con vías de satisfacción inmediata como en las etapas anteriores.

## 2.1 Zona erógena

Desde una perspectiva psicoanalítica freudiana, concibiendo a la zona bucal como zona erógena, nos acercamos a la significación que aquí nos interesa otorgarle:

Al comienzo, claro está, la satisfacción de la zona erógena se asoció con las satisfacciones de la necesidad de alimentarse. El quehacer sexual se apuntala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y no sólo más tarde se independiza de ella. (...) La necesidad de repetir la satisfacción sexual se divorcia entonces de la necesidad de buscar alimento, un divorcio que se vuelve inevitable cuando aparecen los dientes y la alimentación ya no se cumple más exclusivamente mamando, sino también masticando. (Freud, 1998).

A partir de la anterior cita de Freud en *Tres ensayos de teoría sexual* (1901 – 1905) es que se logra visualizar el protagonismo de lo bucal, y su determinación en cuanto a constituir una especial significación vinculada a la alimentación desde los primeros momentos de vida del niño, y por lo tanto lo vinculado a una las satisfacciones vitales primordiales.

A su vez, la presencia del alimento no sólo significa la saciedad alimentaria en sí, sino además la

presencia o falta ante una necesidad fundamental para el Sujeto, y más aún cuando se trata de un momento evolutivo en donde el niño depende casi totalmente de un Otro, su cuidador.

## 2.2 Pulsión

La 'pulsión' nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico. (Freud, 1980/1915)

De esta manera, logramos enmarcar al Sujeto psicoanalítico como un Sujeto pulsional: con ciertos “empujes” o “fuerzas” provenientes del cuerpo, manifestado por la carga afectiva allí contenida.

Toda pulsión consta de: objeto, fuente, esfuerzo y meta.

El objeto de la pulsión, es el medio que permite llevar a cabo aquella meta inconsciente. Dicho objeto puede como no, provenir del cuerpo del sujeto, a la vez que puede servir como medio para satisfacer cuantiosas pulsiones (para llegar a múltiples metas). La fuente, remite a lo somático, contando con alguna parte del cuerpo que de origen a la estimulación. El esfuerzo, hace referencia a la cantidad de energía que se necesita empeñar para concretar la meta. Esta última es la satisfacción lograda.

A través de las zonas erógenas se realizan los intercambios con el ambiente. Son fuentes de pulsiones parciales que proporcionan placer-satisfacción. El pasaje por las distintas zonas marca el desarrollo psicosexual del sujeto.

Para la comprensión del desarrollo libidinal podemos plantearnos el pasaje de una zona a otra como una fase en donde van a presentarse diferentes características, donde se van a ir produciendo los orígenes de los mecanismos defensivos del yo, conformando la historia de cada sujeto. (Tuzzo de Vernazza, 2009).

Asimismo, la sexualidad en la teoría freudiana, se encuentra indosociablemente ligada a lo pulsional.

## 2.3 Fase oral

Vinculado a la boca estarán tanto necesidades fisiológicas como experiencias emocionales, derivando de este modo el tipo de vínculo del Sujeto con el entorno.

Será a partir de la boca -y por ende de la representación del "Yo"- que se encontrará el límite entre lo interno y lo externo, presentándose a partir de esta zona un sustancial elemento de intercambio. Es así que, durante el quehacer odontológico, no sólo se encuentra implicada la intervención a nivel físico, sino la amenaza a la integridad psicológica, es decir, a la percepción de *sí mismo*.

Al comienzo, claro está, la satisfacción de la zona erógena se asoció con la satisfacción de la necesidad de alimentarse. El quehacer sexual se apuntala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y no sólo más tarde se independiza de ella. (...) La necesidad de repetir la satisfacción sexual se divorcia entonces de la necesidad de buscar alimento, un divorcio que se vuelve inevitable cuando aparecen los dientes y la alimentación ya no se cumple más exclusivamente mamando, sino también masticando. (Freud, 1998).

A partir de la anterior cita de Freud en *Tres ensayos de teoría sexual* (1901 - 1905), es que se logra visualizar el protagonismo de lo bucal, y su determinación en cuanto a constituir una especial significación.

De esta manera es que, vinculado a la boca estarán tanto necesidades fisiológicas como experiencias emocionales, derivando de este modo el tipo de vínculo del Sujeto con el entorno. Será a partir de la boca -y por ende de la representación del "Yo"- que se encontrará el límite entre lo interno y lo externo, presentándose a partir de esta zona un sustancial elemento de intercambio.

Entorno a la fase oral, se da la conjugación del niño con sus necesidades vitales, el rol de su cuidador, y la incidencia de ello en futuras experiencias.

Se coloca bajo la primacía de la zona bucal. El niño ama al igual que a sí mismo todo lo que se le mete en la boca y por extensión a la madre. El niño identifica a la madre como objeto de amor. Las primeras palabras son una conquista que significa un esfuerzo. La dentición lo inicia en un período oral activo, el mordisco es su primera pulsión agresiva, la manera en que se lo permita el objeto de amor

es de mucha importancia, tal que puede depender de ello el aprendizaje de la lengua materna. Si se espera este momento para el destete puede ser interpretado como consecuencia de la agresión, como un castigo bajo la modalidad de la frustración. Es importante que el niño tenga a su alcance objetos susceptibles de ser chupados y mordidos sin peligro y sin provocar las prohibiciones o los regaños del adulto. (Tuzzo de Vernazza, 2009)

## **2.4 Fijación oral**

En el desarrollo psicosexual, se pueden presentar fijaciones. Que ello ocurra, depende de la experimentación del exceso o escasez de satisfacción.

En el caso de la fijación oral, al darse un exceso, desembocaría en la imposibilidad de que el Sujeto vea que no siempre la satisfacción es inmediata, además de no sentirse con control sobre el entorno. De lo contrario, al presentarse escasez en la satisfacción, desembocaría en pasividad por parte del sujeto, por la espera de una satisfacción que no se aproxima.

La fijación hace que la libido se una fuertemente a personas o a imagos, reproduzca un determinado modo de satisfacción, permanezca organizada según la estructura característica de una de sus fases evolutivas. La fijación puede ser manifiesta y actual o constituir una virtualidad prevalente que abre al sujeto el camino hacia una regresión.

El concepto de fijación forma parte, en general, de una concepción genética que implica una progresión ordenada de la libido (fijación a una fase). Pero, aparte de toda referencia genética, también se habla de fijación dentro de la teoría freudiana del inconsciente, para designar el modo de inscripción de ciertos contenidos representativos (experiencias, imagos, fantasías) que persisten en el inconsciente en forma inalterada, y a los cuales permanece ligada la pulsión. (Laplanche & Pontalis, 2001).

## **3. INVESTIGACIONES ACTUALES EN EL ÁMBITO ODONTOLÓGICO E IMPLICANCIA DE LO ORAL .**

Como se vio en párrafos anteriores, las iniciales experiencias en torno a las zonas erógenas, se encontrarán fuertemente implicadas en lo que son las posteriores experiencias a la infancia.

Siguiendo la línea psicoanalítica freudiana, es que aquí se concibe a la boca como zona de gran

relevancia, al ser la parte del cuerpo protagonista en el quehacer odontológico.

Rojas y Launert (2004) en torno a los avances en Odontoestomatología, le otorgan una fundamental y distinguida importancia a lo bucal, por traer esta zona aparejada los inicios vitales del Sujeto, quedando allí representados sentimientos relacionados a la identidad de sí mismo. De esta manera es que se pretende que el profesional odontólogo contemple dicho rol e importancia de lo bucal, de forma de considerar al Sujeto intervenido como un agente activo y empoderado. Se considera necesario hacer usufructo de técnicas abocadas a las ansiedades transitadas durante un tratamiento, con el fin de que el paciente se sienta motivado y capaz de mantener y mejorar su salud bucal. Es de extrema relevancia el tipo de interacción odontólogo-paciente, como ser la manera en que el odontólogo concibe al sujeto y su bucalidad.

Desde el marco de la psicología cognitivo-conductual, a partir de la triangulación entre el comportamiento, la ansiedad y la salud bucal, es que surge en la década de los 60 la *Odontología conductual*, la cual se encarga de abordar las problemáticas en el comportamiento de pacientes con sintomatología dental, aplicando tanto técnicas como métodos que tengan como fin reducir niveles de ansiedad, estrés y sufrimiento en general, ante las intervenciones quirúrgicas.

Vinaccia, Bedoya y Valencia (1998) plantean como propósito en su investigación "Odontología y psicología. Disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica" los beneficiosos resultados de un abordaje psicológico que pueden contribuir a un mejor tránsito del proceso quirúrgico, desde etapas iniciales, hasta la etapa postoperatoria.

En la misma investigación, Lazarus y Folkman (citado por Vinaccia, Bedoya & Valencia, 1998) al mencionar al estrés, presentan no sólo lo vinculado a los elementos externos amenazantes, sino también a una alteración en la percepción del entorno por parte del individuo (interviniendo aquí, el factor cognitivo).

Asimismo, se presenta lo que expone Holmes (citado por Vinaccia, Bedoya & Valencia, 1998) en cuanto a la incidencia tanto de elementos biológicos, como psicológicos y sociológicos, dando lugar al enfoque de los *sucesos vitales*, vistos éstos como experiencias que irrumpen en el quehacer diario del individuo, desembocando en cambios en la conducta del mismo.

Guerra-Delgado, M. E. y cols. (2014) consideraron, en la investigación sobre el "*Análisis de la personalidad del paciente con deformidad facial*" los aspectos conflictivos del comportamiento, de depresión y de ansiedad de los pacientes de un servicio de cirugía bucomaxilofacial, motivo por el cual se concibe como necesario el servicio psicológico en éstos, con el fin de abordar el proceso prequirúrgico así como enfrentarse mejor al impacto -a nivel subjetivo- del momento posquirúrgico, por parte de los Sujetos intervenidos.

Para llevar a cabo la labor, se utilizó en los pacientes participantes de la investigación, el

Inventario Multifasético de la Personalidad Minnesota 2 (MMPI2) abocado a la detección de la personalidad y detección de psicopatologías, llegando a la conclusión de que, al presentarse rasgos psicopatológicos, mayores son las restricciones en la adaptabilidad del paciente en cuanto a la nueva percepción de su autoimagen. Más allá de esto, se llegó a la otra conclusión de que un notorio resultado de las intervenciones bucomaxilofaciales, es la dificultad de la adaptación de la nueva forma facial.

En lo que refiere a intervenciones bucomaxilofaciales, como la Articulación Temporomandibular (ATM), Espinosa, N. y cols. (2001), han investigado acerca de la Adaptación funcional y psicosocial en cirugías de ATM, exponiendo los resultados adaptativos de los aspectos tanto funcionales como psicosociales en cuanto a las intervenciones en cirugías de este tipo.

En cuanto a la adaptación de la funcionalidad de la articulación a partir de la cirugía, se llegó a la conclusión de un elevado porcentaje de satisfacción por parte de los pacientes (por ejemplo, en aspectos de masticación, habla, entre otros), así como también se logró visualizar este aspecto de mejoría en relación a la adaptabilidad psicosocial.

Con respecto a esta última, se vio la diferencia en cuanto a la capacidad de relacionamiento interpersonal y la actitud de los pacientes hacia la vida.

Los resultados fueron tomados a partir del test sobre la percepción sobre la propia salud oral, así como cuestionarios de índice de depresión (OHIP -Oral Health Impact Profile- y el test de Zung respectivamente).

Relacionado a la ATM, en lo que refiere a la ansiedad (Rosende, M.; Pelaez, A. & Mazza, S., 2016) se concibe a ésta como elemento central cuando los sujetos somatizan la tensión psíquica. Es así que, a partir del estrés se logran hacer visibles sus manifestaciones en las diferentes partes del cuerpo, como ser el desarrollo o aumento de los síntomas en los trastornos temporomandibulares (zona que abarca parte del área craneal temporal y área mandibular). De esta manera se concluye que, cuando la ansiedad constituye un rasgo estable del sujeto, se la puede asociar con mayor probabilidad a los trastornos temporomandibulares.

A modo de síntesis, algunos de los resultados esperados de una intervención psicológica en este ámbito, es que se presenten beneficios como ser: un requerimiento menor de tiempo para dicha intervención; llegar a la intervención quirúrgica con los niveles reducidos de ansiedad (y por lo tanto evitar los desencadenantes fisiológicos de ésta en la rehabilitación); la utilización de una menor cantidad de anestesia; el empleo de un período más reducido de cicatrización, entre otros beneficios para la etapa postoperatoria.

#### 4. EL PACIENTE CON DEFORMIDAD FACIAL

“La deformidad facial, al afectar el centro de presentación de las personas (su rostro), provoca disfunciones como son: dificultad para la alimentación y fonación que da como resultado conflicto para la conversación y socialización” . (Ídem, 2014:273).

La anterior descripción sobre la deformidad facial, servirá de guía para el eje central de este trabajo, el cual se basa en la gran significación de intervención en una zona del cuerpo tan importante para el sujeto como es su rostro, haciendo hincapié sobre todo, en el cambio incidido allí, a partir de la cirugía ortognática.

A partir de la intervención psicológica se abordarían los miedos y ansiedades que desembocan en complicaciones de la rehabilitación.

Los elementos concernientes a la autoestima como la aceptación, la confianza (en uno mismo y por efecto en el otro —en este caso en el equipo médico—) así como la capacidad de autorrealización, pueden ser claves al momento de iniciar un tratamiento como el de la cirugía ortognática.

##### **Autoestima**

Cuando hablamos de la autoestima estamos refiriéndonos al grado de aceptación de sí mismo, al grado de estima que cada uno se profesa. Quererse a sí mismo aceptando los propios logros y limitaciones, la confianza en sí mismo y en los otros, el hecho de saberse querido básicamente, la aceptación del reto, la motivación por el logro, la superación de sí mismo, la capacidad de aceptar los propios fallos.

Se trata de sentirse bien consigo mismo, pero por sobre todo se trata de ser una persona capaz de encariñarse con su propio proyecto de autorrealización. (Tuzzo de Vernazza, 2009).

Al tratarse de una intervención que incide directamente en los rasgos faciales, apoyándonos en lo mencionado párrafos anteriores —y los efectos de dicha deformidad en la socialización— muchas veces el motor de su realización puede encontrarse en la modificación de la imagen corporal y no necesariamente en el cambio a nivel funcional orgánico. Es por esto que se considera de gran relevancia a la autoestima, teniendo incidencia en que determinados pacientes emprenden el proceso quirúrgico por el “efecto” de la cirugía a nivel estético, encontrándose allí

su causa de la intervención.

No obstante, elementos como la confianza, la “aceptación del reto”, la “motivación por el logro” pueden actuar como base del emprendimiento en este tipo de intervención, teniendo como trasfondo la confianza (tanto en uno mismo -para tomar la decisión-, así como el en equipo que lo intervendrá).

## **5. ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE ODONTOLÓGICO.**

### **5.1 El sujeto como un ser *BioPsicoSocial***

Socialmente, el quehacer odontológico es muy conocido como una práctica despojada de toda subjetividad.

En las ramas médicas (como la rama médica-odontológica) se encuentra muy naturalizada la concepción del sujeto como un actor pasivo, dependiente del profesional odontólogo.

Si bien la forma anteriormente descrita es la que impera hoy en día, es la concepción del sujeto como un ser BioPsicoSocial, la que nos logra acercar al tipo de abordaje al que aquí se apunta para el tratamiento con pacientes en donde la subjetividad se pone más que en juego: ésta es determinante en un aspecto tan relevante como es el del éxito de la intervención, siendo visible los efectos de esto en la etapa de rehabilitación (siendo ésta transitada a partir de lo que comienza desde la etapa prequirúrgica).

Al ser la dimensión biológica la más visible, partiendo de que se trata de una intervención a nivel de soma (cuerpo) se destacan también otros niveles de ingerencia como son los recursos tanto humanos como materiales, abocados a la funcionalidad orgánica. Dichas dimensiones van desde la farmacéutica, hasta la especialización en cirugía del equipo interviniente.

La manera en que se posicionará el Sujeto intervenido, será lo que determine su proceso de intervención, tanto en la etapa previa como posterior a la cirugía, además del momento de la intervención en sí. Dependerá de las herramientas con las que el Sujeto llegue al momento de la intervención quirúrgica, para resolver miedos y ansiedades. A su vez, la importancia de la información recibida por parte del equipo técnico, contribuiría a la concientización del procedimiento médico, propiciando de esta manera la disminución del monto de ansiedad. A partir de allí, el sujeto tendrá presente lo que será la etapa posquirúrgica, lográndose apreciar lo necesario de un acompañamiento psicológico para la intervención en su conjunto, tanto sobre el sujeto como en el equipo de salud.



Puesto que se trata de un tipo de cirugía que produce cambios a nivel de la estructura facial, uno de los puntos que afecta al sujeto en relación a su entorno es el del reconocimiento en una nueva fisonomía, repercutiendo esto tanto en la identidad del Sujeto, así como en su entorno.

Esta dimensión también se abordará más adelante en el punto abocado a la *adaptación psicosocial* de la nueva imagen facial.

## **5.2 La conjugación entre *cuerpo* y *psiquis* desde diferentes marcos teóricos**

Como ya se ha expuesto, el cuerpo y la psiquis del sujeto son indisociables.

Desde diferentes marcos teóricos, se puede ver cómo bajo unos argumentos u otros se logra concebir al sujeto integral: su corporeidad y su psiquismo como una unidad.

### **5.2.1 Una mirada desde el Psicoanálisis**

A lo largo del tiempo y con los cambios de paradigmas subyacentes, ha ido cambiando la concepción de la interrelación entre el cuerpo y el psiquismo.

En torno a la cuestión del dolor —de gran relevancia en lo que refiere a las intervenciones quirúrgicas y la subjetividad de quien es intervenido— es considerablemente apreciable la articulación entre soma y psiquis, haciéndose esto presente, por ejemplo, en el momento en que el dolor trae aparejado afectación a nivel subjetivo (vivenciado ya sea como amenaza, invasión o agresión al propio sujeto).

El “cuerpo”, que en un primer momento aparecía como lo opuesto a la psiquis, pasó a constituir la vertiente somática de expresión de un sujeto, mediante otro lenguaje, a veces tan enigmático como el que plantea el dolor, al cual Aristóteles define como una emoción y Descartes como sensación. En la Antigüedad era un asunto de dioses y demonios, mientras que en la actualidad se pretende que sea un tema médico, reducido a nervios y neurotransmisores. Lejos de ser una mera creación anatómico-fisiológica, lo vemos surgir de una complejísima interrelación de cuerpo, alma y cultura. (Sorrentini, 2002)

A partir de la presente cita en torno al tema del cuerpo en el Psicoanálisis, se puede ver claramente el cambio a lo largo del tiempo, de la conjunción cuerpo-psiquis.

Bien se puede apreciar el cambio de paradigma en torno a la base de la explicación del dolor

El caso del dolor, vivenciado como experiencias complejas tales como emoción o sensación, dan cuenta de la articulación entre la psique y el soma, donde siempre uno se ve influenciado por el otro.

El dolor se hace sufrimiento cuando pasa del cuerpo al alma, desde la investidura narcisista de una parte del cuerpo, a la investidura del objeto amado y ausente que “cumple el papel del sitio del cuerpo investido por el aumento de excitación”. Pérdida significada de castración, dolor de existir separado del objeto perdido para siempre, objeto capaz de subsistir con su falta lo que hace pérdida para siempre la ilusión de colmarla. (Sorrentini, 2002)

Lo anteriormente expuesto por Sorrentini en lo referente la implicación del cuerpo y la psiquis en torno al dolor, nos permite abordar uno de los aspectos más notorios de la intervención quirúrgica y la presencia de la conjunción entre mente y soma.

Es así que, ese pasaje “del cuerpo al alma”, esa vivencia subjetiva del dolor, confirmaría esa correspondencia entre lo corporal y lo afectivo. Un mismo canal por el que el sujeto transita los estímulos que luego lo derivan en significados para él.

Asimismo, el “objeto perdido” allí mencionado y la subsistencia a partir de esa falta, es lo que podemos relacionar a la adaptación del Sujeto a su nuevo Yo, a su nuevo rostro, es decir, su nueva investidura narcisista de esa zona de su cuerpo y como resultado la aceptación de aquella *falta*, en los casos en donde existe una mutación, como es en los casos del acortamiento del hueso maxilar, producto de un prognatismo.

Logramos ver aquí, el cuerpo, representado en lo psíquico.

Sería muy difícil pensar en alguien como individuo, como persona, sin tener en cuenta su aspecto físico, cómo se mueve, de qué forma mira, y hasta de qué forma cuida, cubre o descubre el cuerpo del que es poseedor, el cuerpo que habita o mejor dicho el cuerpo que forma parte de lo que él es. El “yo soy” incluye nuestro cuerpo. (Sorrentini, 2002)

Con la anterior cita como disparador, se puede visualizar la gran carga subjetiva que en la corporeidad se plasma, siendo pertinente mencionar el factor de *identidad* que se presenta manifestado a través del cuerpo; lo psíquico representado en el cuerpo.

### **5.2.2 Una mirada desde la PsicoNeuroInmunoEndocrinología (PNIE)**

La psicoterapia integrativa PNIE considera que dada la intermodulación factorial siempre presente en los procesos de salud enfermedad ningún enfoque es suficiente por sí sólo para su comprensión y abordaje. Por ello integra aportes de diferentes modelos, no los modelos en su totalidad.

Los profesionales provenientes de distintos enfoque médicos (endócrino, nervioso, inmune, etc.) como los psicoterapéuticos (cognitivos, psicoanalíticos, existenciales, etc.) al incorporar en su visión y práctica disciplinar anterior, este nuevo paradigma integrador, modificarán y ampliarán sus estrategias terapéuticas, las que se verán enriquecidas con los aportes desde otras dimensiones desde una nueva visión PNIE.

Ello permitirá restaurar al paciente su unidad tantas veces disociada. (Dubourdieu, M., 2008)

Desde la perspectiva de la PNIE, se presenta una apertura de causalidades en torno a las afectaciones del sujeto.

Al tomar contribuciones de diferentes campos de saberes, es posible obtener una visión más amplia y multifactorial, concibiendo al sujeto como una unidad compleja y articulada.

A lo largo de nuestra práctica profesional en el área de la salud, así como en nuestra vida cotidiana, hemos podido observar cómo la expresión de la conflictiva psicológica se da conjuntamente con trastornos a nivel orgánico, así como las patologías con síntomas predominantemente orgánicos cursan con alteraciones psíquicas y sociales afectando las alteraciones interpersonales. (Dubourdieu, M., 2008)

A partir de las últimas líneas, se logra visualizar la interrelación de aspectos de un sujeto. Así como la afectación de una zona del cuerpo puede alterar a otra zona u otras funciones y a consecuencia de ello a su estado psíquico —o viceversa—, es de suma importancia recordar la relación directa y simultánea de las zonas y funciones en el sujeto. De esta manera es que, ninguna zona o función estará desligada del resto.

Desde la mirada de la PNIE, queda visible la apertura disciplinar de las afectaciones del sujeto. La influencia de varios campos de saberes como sucede en la PNIE, se considera aquí como un gran aporte al momento de pensar al sujeto intervenido quirúrgicamente, por la diversa repercusión que tiene en el individuo.

## **6. INTERDISCIPLINA**

Actualmente, es un desafío la interdisciplina, yendo desde la escasez de recursos —tanto humanos como materiales— así como también a nivel de políticas públicas, refiriéndonos en este caso a la interdisciplina en los servicios de salud.

En un sentido la interdisciplina trata de reorganizar el conocimiento más allá de las líneas definidas por las disciplinas, estimulando la integración. De esta manera busca comprender diferentes perspectivas disciplinarias o “mapas cognitivos” y para ello requiere de un alto nivel de competencia disciplinaria. (Gandolfi & Cortazar, 2006).

La anterior cita presenta el aporte que significa la apertura disciplinar, una concepción global de las problemáticas, a partir de la contribución de diferentes campos de conocimientos para un abordaje rico y abarcativo.

Dada la finitud de cada disciplina, es que surge a partir de allí la necesidad de la integración de las mismas, pudiendo ver más allá de sus límites, apostando a una visión integral de las cuestiones a tratar.

Cumple un factor importante la existencia de diferentes perspectivas (diferentes disciplinas), lo cual enriquece las concepciones y sus abordajes, pudiéndose apreciar esto a partir de lo que se expone a continuación, según Vickers:

La interdisciplina es una interacción propositiva de conocimientos, destrezas, procesos y conceptos de diferentes campos del conocimiento con perspectivas distintas para ampliar la comprensión y resolución de problemas y el desarrollo cognitivo. (Vickers, citado por Gandolfi & Cortazar, 2:2006)

## **7. ESTRÉS, MIEDOS Y ANSIEDADES EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

La boca es una zona muy sensible, cargada de terminaciones sensoriales. Concurrir a un consultorio para que un profesional se meta dentro de nuestra boca a realizar maniobras usualmente bruscas con agujas, químicos de olores muy fuertes y sabores picantes, además de los aparatos fríos, sonoros,

metálicos que nos hechan agua y aire (frecuentemente causando dolor) representa una situación poco deseable. (Gerascoff, M. C. 2011:121).

Siguiendo la línea de Gerascoff (2011), en cuanto a los desencadenantes de miedos y otras emociones en torno a la consulta odontológica, entre los miedos más frecuentes se pueden encontrar: miedo al dolor, miedo a una mala atención, miedo a la pérdida de control de la situación, miedo a las agujas, miedo al sonido de la turbina, entre otros.

### **7.1 Estrés**

Los miedos y ansiedades anteriormente mencionados, son algunos de los causantes del estrés en la situación odontológica.

Holmes en 1979, lo definió como un acontecimiento o estímulo, que requiere una adaptación por parte del individuo, es decir, que estímulo productor de estrés, sería cualquier circunstancia que de forma inusual exigiera del individuo un cambio en su modo de vida habitual y conductas de ajuste para afrontar lo que le demanda la situación, porque su bienestar está amenazado por las contingencias ambientales. (Tuzzo de Vernazza, 2009)

### **7.2 Ansiedad**

La intervención quirúrgica en un ambiente extraño, el conocimiento de los peligros de la anestesia y la cirugía, más las fantasías y los miedos al respecto (miedo a lo desconocido, miedo a no despertar jamás o el miedo a despertar en medio de la cirugía, miedos a los errores técnicos dentro de ella, miedo al dolor, etc.) conducen al estrés psicológico de manera por demás importante (...) El control del nivel de ansiedad preoperatorio permite disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y la cirugía, además de favorecer una recuperación más rápida en el postoperatorio al reducir o evitar los trastornos del comportamiento que se observan en algunos pacientes (...) que se manifiestan en formas de desorientación, agresividad, requerimientos excesivos de analgesia, conductas psicóticas, hipocinesia, aislamiento e incluso conductas regresivas, lo que produciría un descenso en la

morbimortalidad. (Carapia-Sadurni & cols., 2011)

La anterior cita, en torno a la investigación llevada a cabo por los autores, mencionan técnicas como la psicoeducación (información en relación a la cirugía), reforzamiento positivo y respiración diafragmática, entre otras (todas ellas terapias cognitivo- conductuales) las cuales según los autores reportan los mejores resultados en el abordaje de la ansiedad de pacientes en etapa preoperatoria de diferentes tipos de cirugía.

A partir de la práctica de técnicas que colaboren a disminuir la ansiedad de los pacientes previo a la cirugía, se conseguirá “una visión realista de su experiencia quirúrgica y un grado esperable de ansiedad frente al peligro, lo que es relevante en el bienestar de los pacientes durante el período transoperatorio” (Carapia-Sadurni & cols., 2011:263).

## **8. PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA**

El trauma preoperatorio, en muchas personas reactiva recuerdos correspondientes a situaciones traumáticas previas que hasta el momento se mantenían disociadas, Los efectos automáticos de estas memorias reactivan las emociones más temidas para el ser humano: el miedo a morir, al descontrol, a no despertar de la anestesia general, al dolor, al cambio de identidad. (Sucheckí, D., 2003)

### **8.1 Qué es la psicoprofilaxis quirúrgica**

Existen numerosas formas de atravesar el proceso quirúrgico por parte del paciente. Éste se puede servir tanto de recursos provenientes desde el marco cognitivo, hasta técnicas enfocadas en lo físico o emocional.

Desde la psicoprofilaxis quirúrgica, se trata de “Una tarea preventiva que se ocupa de la problemática emocional desencadenada en el paciente por la situación quirúrgica. Su objetivo es disminuir la ansiedad y la angustia provocadas por la vivencia del acto quirúrgico como ataque a la integridad del esquema corporal, evitando la aparición posterior de síntomas patógenos”. (Olmos & Ponce De León, en Moncunill, 2009:196)

Siguiendo la línea de Olmos y Ponce De León (2009) entorno a la Psicoprofilaxis quirúrgica,

si bien este tipo de abordaje es sumamente beneficioso en todas las intervenciones quirúrgicas, existen poblaciones en las cuales desempeña un aporte fundamental, como ser, en:

- 1) Pacientes niños, donde se presenta gran importancia a la presencia cercana de los padres, además de la faseta fantásica donde los resultados de la intervención pueden no coincidir con las ideas a priori del niño.
- 2) Pacientes con experiencias traumáticas previas, en relación al propio cuerpo, como pueden ser complicaciones quirúrgicas pasadas, con escasa preparación o con engaño acerca de la intervención.
- 3) Pacientes con vivencias traumáticas en relación a una afectación de personas del entorno cercano (en la mayoría de los casos los padres) donde se adoptan miedos y traumas provenientes de los antes mencionados.
- 4) Pacientes con situaciones vitales traumáticas actuales (como ser pérdidas, duelos) en donde la adaptación se vive de manera especial.
- 5) Pacientes con características psicológicas significativas (como ser, aquellos con afectación a nivel evolutivo, o trastornos a nivel psiquiátrico).

## **8.2 Etapas en el proceso de psicoprofilaxis quirúrgica.**

### **Etapas prequirúrgica:**

En esta etapa se trata de informar al paciente, a la vez de acompañarlo y esclarecer sobre la intervención. Se trata además de acercar al paciente al entorno, mostrarle el ámbito quirúrgico, a la vez de llevar a cabo entrevistas en donde vaya creciendo el vínculo con el profesional que intervendrá.

Se centra en las dificultades emocionales que se experimentan para hacerle frente a la operación, apunta a disminuir los temores a la anestesia, a la muerte, al sufrimiento, a la soledad, o a quedar dañado, bajando los niveles de ansiedad y favoreciendo la recuperación, todo esto, debido a que un elevado nivel de estrés, ocasiona la depresión del sistema inmunológico, vulnerando fisiológicamente tanto en el pre como en el postoperatorio. (Burgos, 2015)

### **Etapas del Acto quirúrgico o intraquirúrgica**

Dicha etapa se enfoca en acompañar al paciente, practicando lo adquirido durante la etapa

prequirúrgica, para generar la calma necesaria el momento de la cirugía.

Sucede durante el acto quirúrgico, proporcionando al paciente el acompañamiento adecuado, por medio de la aplicación de algunas técnicas trabajadas en el pre-quirúrgico, de esta manera y por medio de este acompañamiento, se logra generar en el paciente un estado de calma y confianza en el equipo quirúrgico a cargo, evitando complicaciones intraoperatorias. (Burgos, 2015)

### **Etapas posquirúrgicas:**

En esta tercera etapa se aborda lo vivenciado por el paciente, la elaboración de las repercusiones que generó la intervención sobre el cuerpo.

Es clave aquí la motivación y acompañamiento en lo que refiere a la rehabilitación.

(...) se viene preparando desde la etapa prequirúrgica centrándose en la disminución de las percepciones de dolor y de molestias postquirúrgicas, ayudando a mantener una actitud positiva acerca de la cirugía, resaltando los aspectos beneficiosos de la misma., focalizándose en la rehabilitación y cuidado de la salud luego del alta médica (Burgos, 2015)

### **8.3 Efectos de la Psicoprofilaxis quirúrgica sobre los miedos, la ansiedad y estrés del paciente**

“El estrés afecta no sólo las funciones psicológicas como la capacidad de relacionamiento en diferentes áreas, incrementa la agresividad, etc., sino también repercute en aspectos fisiológicos, obstruyendo la recuperación ante cualquier patología en tratamiento” (Burgos, 2015:61)

La Psicoprofilaxis quirúrgica se encarga de múltiples aspectos durante el transcurso de un tratamiento enfocado al acto quirúrgico, como son aspectos ligados a la mutilación, a la identidad, a los efectos de la operación, abordaje del dolor, de la anestesia general, entre otros.

En lo que respecta a la anestesia general, despierta emociones en el paciente como ser el miedo a no volver a despertar. Además, el estar completamente inconsciente, predispone al Sujeto a que se encontrará íntegramente en manos del equipo médico, lo cual puede generar inseguridad y



desconfianza (a partir de allí lo que se pretende trabajar en conjunto con el personal médico en la etapa prequirúrgica).

En cuanto al dolor, "(...) no es simplemente un efecto directo y lineal del daño físico ni proporcional al tejido dañado, sino que es un complejo fenómeno subjetivo en el que muchos componentes emocionales pueden reforzar su intensidad" (Olmos & De León, en Moncunill, 2009:198).

Siguiendo a los autores, muchos factores de la personalidad inciden en la percepción del dolor. No sólo hay pacientes que interpretan ciertas emociones como dolor, sino que también varía en cada sujeto la forma que posee de reaccionar ante un estímulo.

Por añadidura, existe una firme relación entre el dolor y la ansiedad:

El individuo ansioso es hiperactivo al dolor, y este último origina, a su vez, mayor ansiedad: se genera así un círculo vicioso. Por todo esto es importante controlar la ansiedad del paciente, en la etapa preoperatoria, brindarle un espacio para que pueda expresarla, y elaborar los conflictos generados por la cirugía. Esto hace posible que el dolor con base orgánica real no sea "amplificado" por la influencia de problemas psicológicos no resueltos. (Olmos & De León, en Moncunill, 2009)

"El estrés puede demorar el proceso de cicatrización, ocasionando consecuencias significativas en el ámbito quirúrgico" (Burgos, 2015:63)

El proceso de cicatrización, es de suma relevancia en la etapa de rehabilitación, al ser uno de los responsables (junto al tránsito del dolor y otras cuestiones relativas a la etapa postquirúrgica) al devolverle la funcionalidad de la zona intervenida al paciente. Es así que se deben de tener en cuenta aquellos aspectos que aportan a un exitoso proceso de cicatrización.

La fase inflamatoria requiere el reclutamiento de plaquetas, neutrófilos y macrófagos desde la circulación (...) El reclutamiento celular es una función clave de la fase inflamatoria de la cicatrización, dado que permite la remoción de bacterias y otros detritos del sitio de la herida. En ausencia de un reclutamiento adecuado de neutrófilos, la proliferación bacteriana se ve favorecida (...)

Los datos disponibles permiten concluir que los factores de estrés de diferente magnitud y duración pueden disminuir significativamente la velocidad de

cicatrización, que se asocia con el aumento de la susceptibilidad ante microorganismos oportunistas y de la probabilidad de aparición de cicatrices (Burgos, 2015)

Por lo anteriormente expuesto, y siguiendo la línea de Burgos (2015), es que se considera aquí a la psicoprofilaxis quirúrgica como con una intervención indicada e indispensable en el tratamiento del sujeto inmerso en la intervención quirúrgica. Por todos los aportes que brinda un tipo de intervención como la Psicoprofilaxis quirúrgica, es que se considera de gran valor a esta herramienta, ya que gracias a las técnicas posibles de aplicar en las diferentes etapas, se logra abordar aspectos vinculados a los miedos, las ansiedades y el estrés producidos en el sujeto por el acto médico a enfrentar. Se apunta a un plan de tratamiento que contribuya a un mejor y más rápido proceso de rehabilitación, a la vez de facilitar el proceso de cicatrización, la tolerancia al dolor, un uso disminuido de medicación, así como una vivencia no traumática de la experiencia quirúrgica, apostando a la salud integral del Sujeto intervenido.

### **8.3.1 Soporte informacional**

Desde un enfoque psicoprofiláctico, el brindar la información necesaria y certera al futuro sujeto intervenido, es de crucial importancia. Esto es de gran relevancia para apaciguar la ansiedad, al derribar falsas ideas y expectativas, aproximando al sujeto a una presentación lo más *real* posible de la situación, de la intervención.

De esta manera es que es tomado aquí al *Soporte informacional*, como aspecto fundamental del proceso psicológico previo a la intervención quirúrgica:

“Consiste en la información que el paciente y la familia puedan manejar acerca de su enfermedad. Permite anticipar sucesos, e ir viendo resultados a lo largo de la enfermedad. Importa mucho en este punto la actitud del equipo de salud” (Tuzzo de Vernazza, 2009:17).

Referido al elemento informacional, existen investigaciones donde se le otorga una fundamental importancia en lo que refiere a la disminución de ansiedad.

Se toma como variable importante la información provista por el odontólogo y la relación entre el profesional y el paciente. Brindar información en un lenguaje claro y accesible sobre el procedimiento al que será sometido, el empleo de tiempo para explicar los diagnósticos y tratamientos, mediante el procedimiento decir-mostrar-hacer, es una de las mejores estrategias para

prevenir los estímulos desencadenantes de estrés y ansiedad en la consulta interdental. (Caycedo, C. & cols., 2008)

### **8.3.2 Soporte social**

La etapa posquirúrgica, es de extrema relevancia para la rehabilitación.

Además de verse diferente el propio Sujeto intervenido, también lo hará su entorno. Frente a ello, es beneficioso para el Sujeto que su entorno lo acompañe en ese cambio.

De esta manera es que aludimos al término de *Soporte social*, al considerarlo como fundamental en la etapa de rehabilitación:

Es la percepción que tiene el sujeto, a partir de su inserción en las redes sociales de que es cuidado y amado, valorado y estimado, y que pertenece a una red social con derechos y obligaciones. Importa la existencia de relaciones que impliquen un significado de apoyo emocional, material e informacional, con suficientes vínculos de confianza donde encuentre afecto y cuidado. (Tuzzo de Vernazza, 2009).

### **8.3.3 Factores de protección**

La ansiedad del Sujeto a ser intervenido, también depende de la seguridad que éste experimente en los momentos previos a la cirugía. Es así que, esa seguridad se encuentra estrechamente vinculada a las figuras de apego y el rol que éstas puedan cumplir en la vida del Sujeto, siendo en el momento específico próximo a una intervención, que ese soporte se encuentre funcionalmente disponible. Se hace aquí referencia a los *Factores de protección*.

“Son todas aquellas características, hechos o situaciones propias del sujeto o de su entorno, que elevan su capacidad para hacer frente a las adversidades o disminuyen las posibilidades de desarrollar desajustes psicosociales, frente a la presencia de factores de riesgo”. (Tuzzo de Vernazza, 2009:68).

### **8.3.4 Los beneficios de la Psicoprofilaxis quirúrgica**

A modo de conclusión y tomando lo expuesto por Burgos (2015), la Psicoprofilaxis quirúrgica

trae aparejada cuantiosos beneficios, tanto para el sujeto como para su entorno social (familiar, laboral) y el equipo médico. Con el profesional psicólogo, al abordar aspectos como los citados desde párrafos anteriores, donde a partir de la contemplación del singular tránsito operatorio del sujeto intervenido —bajo el empleo de técnicas abocadas al manejo de los miedos, ansiedad y estrés— es que repercutiría esto en beneficios como ser:

- \* Menor ingesta de medicamentos (calmantes, anestésicos, etc.)
- \* Minimización de complicaciones postoperatorias
- \* Menor riesgo intra y post quirúrgico
- \* Menor utilización de recursos humanos (enfermeros y personal hospitalario)
- \* Disminución de síntomas psicológicos colaterales (insomnio, fobias, irritabilidad, depresión, etc.)
- \* Niveles aceptables de dolor con menor uso de psicofármacos
- \* Mejora en la recuperación quirúrgicamente
- \* Potencialización del sistema inmunológico
- \* Disminuye los síntomas negativos en la sala de terapia como ser alteraciones del ritmo cardíaco, estados febriles, cefaleas, etc.
- \* Reduce el tiempo de cicatrización
- \* Mejora la evolución del cuadro una vez que se le dio de alta al paciente
- \* Aumento de la calidad de vida del paciente

## **9. LA ADAPTACIÓN DEL SUJETO EN TORNO AL PROCESO QUIRÚRGICO**

Pichón Riviére relaciona directa y fundamentalmente el concepto de adaptación con sus concepciones sobre la salud y la enfermedad mental, en cuanto diferencia un proceso de adaptación activa (salud) y un proceso de adaptación pasiva (enfermedad) a la realidad, proceso éste último también designado como alienación. (Salvo, 2007:11)

Se considera pertinente de mencionar el concepto de Adaptación según Pichón Riviére, al momento de tratar el tránsito subjetivo del paciente durante el proceso quirúrgico, ya que podría

atravesar de una forma (u otra) la adecuación a la situación.

Se toma aquí lo propuesto por Pichón Riviére en *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social* (1977), considerando oportuno una mirada de lo singular (del Sujeto) pero no despojándose del entorno, de lo social, lo cual influye fuertemente en cómo será la *adaptación*.

Resulta un gran aporte la conceptualización del autor sobre *Adaptación*, al hacerse visible en la etapa posterior al acto quirúrgico, cuando el sujeto comenzará a reconocerse tanto en una nueva imagen facial, además de encontrarse ante una nueva oportunidad de funcionalidad orgánica (a partir de los resultados de índole físico, consecuencia de la correcta posición de los huesos maxilares).

En esta etapa, se visibiliza el modo en que el sujeto atraviesa el *cambio*: con qué niveles de iniciativa llega para producir mejoras, así como también la responsabilidad con que se espera que asuma la situación. Dependiendo del tipo de adaptación que prime en el sujeto intervenido, será que se considere capaz (o no) de decidir qué y cómo hacer, en pos de una etapa posquirúrgica exitosa.

### **9.1 Adaptación activa**

El concepto de adaptación activa que proponemos es un proceso dialéctico en el sentido de que en tanto el sujeto se transforma, modifica al medio, y al modificar al medio se modifica a sí mismo. Entonces, se configura una espiral permanente, por la cual un enfermo que está en tratamiento y mejora opera simultáneamente en todo el círculo familiar, modificando estructuras en ese medio (produciendo una desalienación progresiva intra y del extra grupo). (Riviére, 1977)

En la *Adaptación activa*, queda visible la actitud dinámica y de disposición por parte del Sujeto. No se presenta una mera aceptación de las circunstancias, sino que el sujeto parte por estar dispuesto a alterar el entorno y la situación, con una actitud dispuesta a la elaboración de métodos que contribuyan a una adecuación que vele por su bienestar procurado.

### **9.2 Adaptación pasiva**

Resulta un gran aporte lo referente a la *Adaptación*, al ser la etapa posterior al acto quirúrgico; será cuando el sujeto comenzará a reconocerse tanto en una nueva imagen facial, así como bajo

una nueva oportunidad de funcionalidad orgánica (a partir de los resultados de índole físico, consecuencia de la correcta posición de los huesos maxilares).

En esta etapa, se visibiliza el modo en que el sujeto atraviesa el *cambio*: con qué niveles de iniciativa llega para producir mejoras, así como también la responsabilidad con que se espera que asuma la situación. Dependiendo del tipo de adaptación que prime en el sujeto intervenido, será que se considere capaz (o no) de decidir qué y cómo hacer en pos de una etapa posquirúrgica exitosa.

El sujeto puede comer, puede dormir, etc., pero no se dan en él modificaciones profundas, ni tampoco actúa como un agente modificador de su medio. Se convierte así en el líder alienizante de toda una estructura (...) (Riviére, 66:1977)

Se hace referencia aquí al concepto de *Adaptación pasiva* propuesto por Pichón Riviére, en contraposición al de *Adaptación activa*.

Se puede apreciar la resignación por parte del sujeto a la situación, sin intenciones de crear modos que apunten a transformarla, a modificarla.

La *Adaptación pasiva*, cuenta con la ausencia de los recursos que el sujeto podría poner en práctica para conseguir una adecuación transformadora. Por lo tanto, aquí el sujeto se presenta despojado de todo cuestionamiento ante la situación que lo interpela, sin procurar adecuarla a sus necesidades, sin alterarlas.

## 10. CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de la presente producción, se ha exhibido un panorama posible sobre los aportes de la psicología que podrían contribuir al abordaje del tránsito subjetivo ante las intervenciones quirúrgicas bucomaxilofaciales (principalmente cirugía ortognática, al repercutir ésta notoriamente sobre la identidad del sujeto, ya que implica cambios a nivel de estructura facial, por ende de la imagen corporal).

Lo que aquí convoca (la conjunción entre lo odontológico y lo psicológico) permite visualizar las representaciones mentales ligadas a lo bucal y al *Desarrollo psicosexual* en su conjunto, además de verse esto acompañado de las ansiedades generadas ante un futuro cambio tan significativo como lo es el que gira en torno a la identidad.

Además, las implicancias médicas (como el sometimiento a una anestesia general y las especulaciones sobre el período posoperatorio) influyen de sobremanera en el estado psíquico del sujeto intervenido.

Las investigaciones y marcos teóricos expuestos (Psicoanálisis, Cognitivo-conductual, PsicoNeuroInmunoEndocrinología, Psicoprofilaxis quirúrgica), los cuales versan sobre la conjugación entre el soma y la psiquis, muestran los puntos de encuentros y correlaciones entre la afección somática y psíquica del sujeto, concluyendo en la unidad que éste representa, a partir de la visible conexión existente en él (más allá de los intentos de división entre sistemas o partes del individuo, los cuales existen meramente para poder facilitar y delimitar su estudio).

Las repercusiones que la intervención quirúrgica tiene sobre el sujeto -sobre su psiquismo-, son aquí el foco de atención. Es así que, a lo largo de la presente producción, se pretendió reflexionar acerca de la incidencia a nivel subjetivo de la intervención sobre el cuerpo, en específico a nivel bucal.

Asimismo, se ha procurado manifestar un abordaje desde la interdisciplina, donde la intervención del psicólogo junto con los otros profesionales del equipo médico, lleven a cabo una labor más allá de los límites disciplinares, es decir, desde lo *integral*, como el mismo sujeto intervenido.

## GLOSARIO

**Cirugía ortognática:** (ver *Ortognatia*)

**Ocluir:**

Poner en relación las piezas dentarias de ambos maxilares por acción de los músculos elevadores de la mandíbula (Friedenthal, 1996:656)

**Oclusión:**

Relación normal de los planos inclinados de los dientes cuando los maxilares están cerrados. (Friedenthal, 1996:656)

**Ortognatia:**

Parte de los conocimientos odontológicos que trata de la etiología y el tratamiento de las malposiciones de los maxilares. (Friedenthal, 1996:675)

**Prognatismo:**

Condición anormal caracterizada por la proyección exagerada, hacia adelante, de uno o ambos maxilares más allá de la relación normal establecida con la base del cráneo. Es más frecuente que esté afectado el maxilar inferior (...) (Friedenthal, 1996:752)

**Sistema estomatognático:**

El sistema estomatognático debe ser considerado, en consecuencia en el contexto integral de la salud general, tanto física como psíquica del individuo. (...) Adicionalmente, es sabido que la capacidad de adaptación morfofuncional de todo sistema biológico está en relación directa y estrecha con el bienestar psicológico del ser humano. Por lo tanto, el sistema estomatognático no debe considerarse como una unidad biológica aislada o autónoma con respecto al resto del organismo. (Manns Fresse, 2013)



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2º Congreso de Psicoanálisis – XII Jornadas Científicas (2002) El Cuerpo en Psicoanálisis. Diálogos entre la biología y la cultura.

Burgos, P. (2015) Psicoprofilaxis quirúrgica. *Artículos Bolivarianos de Medicina*, 23 (91), 61-68.

Carapia-Sadurni, A. & cols. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34 (4), 260-263.

Caycedo, C. & cols. (2008). Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma Psicológica*, 15 (1) 259-278.

Corbin, A. & cols. (2005). Historia del cuerpo. Vol. 1 . Madrid: Taurus

Debourdieu, M. (2008) Psicoterapia integrativa PNIE Psiconeuroinmunoendocrinología: integración cuerpo-mente-entorno. Montevideo: Psicolibros Waslala.

Espinosa, N. & cols. (2001) Adaptación funcional y psicosocial en cirugías de ATM. *Revista CES Odontología*, 14 (2), 19-23.

Friedenthal, M. (1996) Diccionario de Odontología. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Freud. S. (1980) Tres ensayos de teoría sexual. En: Obras Completas Tomo VII Buenos Aires: Amorrortu, 1905.

Freud. S. (1980). Pulsiones y destinos de pulsión. En: Obras Completas Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1915.

Gordillo, F. & cols. (2011) Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes Prequirúrgicos. *Revista Clínica Médica Familiar*, 4 (3): 229-233

Guerra-Delgado, M.E. & cols. (2014). Análisis de la personalidad del paciente con deformidad facial. *Revista Española Médica Quirúrgica*, 19 (3), 272-278.

Laplanche & Pontalis (2001). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Manns Fresse (2013) Sistema estomatognático. Fundamentos clínicos de Fisiología y Patología funcional. Caracas: Amolca.

Moncunill de Chaer, I. (2009) Psicología Evolutiva. Material de estudio actualizado. Facultad de Odontología, UNC.

Riviére, P. (1977) El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión, 1985.

Rojas Alcayaga, G. & Misrachi Launert, C. (2004). La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Avances en Odontoestomatología*, 20(5), 239-245.

Recuperado de:

[http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S021312852004000500004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S021312852004000500004&lng=es&tlng=es)

Rosende, M. ; Peláez, A. & Mazza, S. (2016). Niveles de ansiedad y su relación con los trastornos temporomandibulares. *Revista del Ateneo Argentino de Odontología*, 5 (2), 23-26.

Salvo, J. (2007) A 100 años del maestro Enrique Pichón Riviére  
Recuperado de:  
[http://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias\\_enrique.pdf](http://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias_enrique.pdf)

Sucheki, D. (2003) Psicoprofilaxis quirúrgica: respuesta al estrés preoperatorio. *4° Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*.  
Recuperado de:  
[http://bscw.rediris.es/pub/nj\\_bscw.cgi/d4417697/Sucheki-Psicoprofilaxis\\_quirurgica\\_respuesta\\_es\\_tres\\_preoperatorio.pdf](http://bscw.rediris.es/pub/nj_bscw.cgi/d4417697/Sucheki-Psicoprofilaxis_quirurgica_respuesta_es_tres_preoperatorio.pdf)

Tuzzo de Vernazza, R. & cols. (2009). Conceptos básicos de psicología en la formación de los profesionales de la salud. Tomo I . Montevideo: Oficina del libro FEFMUR, 2009.

Vinaccia, S. ; Bedoya, L. & Valencia, M. (1998). Odontología y psicología. Disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30 (1) 67-82.