

Entrenamiento en Imaginación Guiada: Manejo del Miedo a las intervenciones odontológicas

Mtra. Marta Campillo Rodríguez
Facultad de Psicología –Xalapa
Universidad Veracruzana

Resumen

El presente trabajo es el reporte de un caso piloto, en el cual se utilizó una nueva propuesta de intervención: el Entrenamiento en Imaginación Guiada (E.I.G.). El propósito de dicha intervención terapéutica es crear las habilidades de afrontamiento que permitan eliminar el miedo a los procedimientos dentales, logrando que los niños puedan manejar sin angustia, las intervenciones odontológicas.

La presente Estrategia de Intervención es innovadora, pues utiliza: 1) La familiarización pre-quirúrgica con la situación del consultorio odontológico a través del uso de la video grabación; 2) La Estrategia de visualización del procedimiento quirúrgico paso por paso, mientras el niño está bajo relajación sistemática, además de la presentación de las escenas del procedimiento mediante Imaginación Guiada, 3) Monitoreo de las sensaciones fisiológicas del niño 4) El preparación pre-quirúrgica con el procedimiento el día de la intervención. Los resultados hacen que se plantee a esta Estrategia como un método efectivo intervenciones odontológicas.

Palabras clave:

Preparación pre-quirúrgica, Entrenamiento en Imaginación Guisada, relajación sistemática, visualización, intervenciones odontológicas.

I. INTRODUCCIÓN.

El manejo de la conducta de los niños ante el tratamiento dental constituye un gran reto tanto para los odontólogos así como para los psicólogos que estén avocados a disminuir problemas de ansiedad y miedo ante dichas intervenciones.

La ansiedad a las intervenciones dentales puede incluir miedo:

- a) A ser lastimado.
- b) Al dolor.
- c) A las inyecciones de anestesia.
- d) Al ruido y a la sensación de la broca.

Muchas otras características, incluyendo conductas de evitación y ansiedad previa a los procedimientos y quejas somáticas son comunes con otros miedos o fobias. El miedo a las intervenciones dentales tiene un componente cognoscitivo que varía dependiendo de la cantidad de dolor experimentado en visitas previas al odontólogo.

La mayor parte de las fobias comunes resisten al razonamiento lógico, en el sentido de que la mayoría de los objetos o situaciones temidas no son dañinos comúnmente (animales o insectos, hablar en público, exámenes, etc.). Los procedimientos dentales, en cambio, si pueden producir dolor e incomodidad; por lo tanto, son especialmente importantes para investigar y diseñar tratamientos para la reducción del miedo y aumentar la resistencia o tolerancia al dolor. Aún contando con procedimientos de anestesia, el prospecto a ir al dentista evoca miedo en muchas personas, así, hay una gran población que ha logrado desarrollar estrategias de afrontamiento para manejar los tratamientos dentales.

Muchos investigadores, tratando de entender las fobias a las intervenciones dentales, han descubierto una combinación de elementos que influyen: las experiencias familiares, experiencias faciales traumáticas, baja tolerancia al dolor, alta ansiedad, así como actitudes negativas y por lo menos, una experiencia traumática previa.

El miedo a las intervenciones dentales puede ser el resultado de una experiencia negativa directa o relacionarse con el aprendizaje de expectativas observando a otros miembros de la familia demostrar miedo durante el tratamiento dental. Así se requiere el estudio y la aplicación de una variedad de estrategias terapéuticas basadas en el modelamiento, ensayo conductual o inoculación a la tensión.

Los estudios que a continuación se describen forman parte de algunos de los intentos de investigación que diferentes autores han realizado para identificar los componentes efectivos de algunas técnicas de tratamiento implementadas para el manejo conductual del “temor” y la “evitación” hacia el tratamiento odontológico.

II. ANTECEDENTES

Uno de los primeros esfuerzos fue realizado por Gale y Ayer (1969) en un tratamiento exitoso que llevaron a cabo con el uso de la Desensibilización Sistemática, el cual consistió en la presentación, desde la imaginación, de situaciones de menor a mayor ansiedad en estado de relajación (jerarquías). Posteriormente, las aplicaciones de la Desensibilización Sistemática en todas sus variantes, tanto en niños como en adultos, han sido exitosas en reportes de un solo caso. Los esfuerzos de investigaciones que comparan a la Desensibilización Sistemática con otros enfoques de tratamiento han tenido resultados inconsistentes y se requiere de mayor investigación.

Otra de las evaluaciones sistemáticas tempranas para la reducción de los temores y las aprensiones fue un estudio controlado realizado por Ghose y Col (1969) con el uso y del Modelamiento en un grupo de 25 parejas de hermanos entre los 3 y 5 años de edad, asignados a 2 condiciones de tratamiento: 1ª Un grupo experimental de modelamiento de la conducta del hermano mayor y 2ª, un grupo control de permanencia en la sala de espera.

El tratamiento consistió en un examen oral general, profilaxis y radiografías en la primera visita. En la segunda visita se realizaba una anestesia local y restauración de amalgama. Los resultados indicaron que los niños que habían observado el tratamiento de sus hermanos mayores fueron más cooperativos en comparación con los niños del grupo control.

Los estudios realizados posteriormente han reportado que el uso del Modelamiento es efectivo para la reducción de la conducta de evitación o no cooperadora relacionada con la ansiedad, tanto en niños como en adultos y en diferentes condiciones, de las cuales se ha derivado que:

- 1) El uso del Modelamiento tiene implicaciones preventivas para lograr conductas más cooperadoras en niños que van a experimentar un tratamiento de restauración dental.
- 2) El Modelamiento como experiencia vicaria puede reducir de manera efectiva la conducta de evitación en problemas clínicos relevantes.
- 3) Si el Modelamiento demuestra una reducción significativa de la ansiedad, puede entonces proporcionar un enfoque de tratamiento eficiente y práctico para el temor hacia el tratamiento dental.
- 4) El Modelamiento es efectivo para reducir la ansiedad de los niños en su preparación para la hospitalización y la cirugía, aún en ausencia de un programa de preparación pre-operativa (prequirúrgica).
- 5) Los efectos del modelamiento filmado son más potentes para reducir la ansiedad cuando el observador tiene características similares a las del modelo. Es decir, la conducta imitativa se incrementa con la similitud entre el modelo y el observador.

La efectividad del Modelamiento y la Desensibilización Sistemática se comparó en un estudio realizado por Shaw (1974) en un grupo de sujetos asignados al azar a una de cuatro condiciones de tratamiento:

- 1) Un grupo de Modelamiento que incluyó los componentes de relajación e imaginación de la Desensibilización Sistemática con modelos presentados en video.
- 2) Un grupo de Desensibilización Sistemática.
- 3) Un grupo control placebo que incluyó únicamente relajación.
- 4) Un grupo control de Evaluación.

La hipótesis planteada de que la desensibilización sistemática y el modelamiento comparados con los procedimientos control ayudarían a un grupo significativamente mayor de sujetos a terminar su tratamiento dental, a decrementar sus temores hacia el tratamiento y a incrementar sus actitudes positivas hacia este y hacia el dentista, fue confirmada y además se pudo observar que el grupo de modelamiento fue más exitoso que el de Desensibilización Sistemática. Al respecto, el autor menciona la consideración de que el Modelamiento incluyó componentes de la Desensibilización Sistemática y por lo tanto la falta de éxito equivalente en ambos grupos puede atribuirse a que el Modelamiento proporcionó mayor especificidad de los estímulos modelados en comparación con los estímulos imaginados y menos estructurados en la Desensibilización Sistemática.

White (1974), comparó los efectos del Modelamiento en un grupo de 15 niños de 4 a 8 años de edad con experiencia de tratamiento que manifestaban conducta fóbica y que interfería con el tratamiento de restauración. Las condiciones de tratamiento fueron:

1. Grupo de Modelamiento
2. Grupo de familiarización con el equipo y
3. Grupo Control, que no tuvo la oportunidad de observar la operación

Se encontró que no hubo diferencias entre los grupos de Modelamiento y familiarización; en ambos se produjeron más conductas de acercamiento y aceptación de la restauración que

en el grupo control, tanto en la sesión de tratamiento inmediata como en el seguimiento a los 6 meses.

Melamed y Siegel (1980) manifiesta la necesidad de preparar tempranamente a los niños que van a experimentar un tratamiento dental, como una medida preventiva para darles la oportunidad de aprender a controlar sus temores antes de que éstos se establezcan y se generalicen. Reporta 2 estudios que realizó en 1975 con un grupo de niños que no habían tenido experiencias de tratamiento odontológico, 14 niños de 5 a 9 años en el primer estudio fueron asignados al azar a un grupo experimental de Modelamiento Filmado o a un grupo control que implicaba una tarea de dibujo no relacionada. Cada paciente asistió a tres sesiones de tratamiento; uno de profilaxis y toma de Rayos X; otra de examinación y determinación del tratamiento necesario; y la última en la que el niño fue llevado a un área de video grabación en la que se le mostraba una película de modelamiento o se le asignaba una tarea de dibujo. Inmediatamente después de la última sesión cada niño recibió su tratamiento dental restaurativo. En el segundo estudio utilizaron un grupo control más riguroso que implicaba ver una película no relacionada con el tratamiento dental.

Los resultados en ambos estudios revelaron que los niños del grupo experimental se mostraban más cooperativos y mostraban niveles de ansiedad más bajos durante el tratamiento restaurativo en comparación con los niños del grupo control.

Melamed y Siegel (1975) sostienen igualmente que es necesario que los niños que van a ser hospitalizados y/o sometidos a alguna cirugía sean preparados psicológicamente para evitar un desajuste emocional post-hospitalario. Esta afirmación fue apoyada por los resultados obtenidos en un estudio realizado con un grupo de niños asignados de acuerdo a su edad, sexo y tipo de cirugía, a un grupo experimental de Modelamiento, que observó una película (Ethan va a ser operado); o a un grupo control que observó una película no relacionada. Además de la película ambos grupos recibieron una instrucción pre/operatoria parecida.

En este estudio se evaluaron mediciones de auto-reporte, de comportamiento y fisiológicas durante la hospitalización y después de ésta. Los resultados mostraron que la diferencia entre los grupos se mantuvo en todas las mediciones realizadas. Además de haber confirmado la efectividad del Modelamiento, se obtuvo una prueba de generalización de la eficacia del mismo, puesto que la película no mostró al observador la valoración física final realizada 3 ó 4 semanas después de la operación. Finalmente, el tiempo entre el día de la exposición de la película y la valoración física, pudo haber atenuado los efectos de generalización. Este estudio fue replicado por Melamed y col. (1975), para definir las variables de tiempo y tipo de preparación apropiados e intentaron derivar evidencias más concretas que apoyarán:

1. La necesidad de una preparación más temprana.
2. La posibilidad de que la película por sí misma, sin preparación pre/operatoria adicional, podría replicar los resultados del estudio anterior y
3. Evaluar los efectos de película, los cuales podrían ser más potentes con niños que tuvieran características similares con el modelo.

Estos resultados de los estudios realizados por Melamed y col (1975, 1980), apoyaron los reportados por Vernon y Bailey (1974) sobre la efectividad del modelamiento filmado para reducir la ansiedad de los niños en su preparación para hospitalización y cirugía. Apoyan también a Mellish (1969) con respecto a la consideración de que la edad es

importante para decir cuando debe ser preparado un niño para cirugía. Aunque el factor edad no ha sido sujeto a una investigación sistémica, en este estudio se encontró que los niños mayores (más grandes) se benefician cuando se les prepara una semana antes de la cirugía y los niños más chicos necesitan una preparación inmediata.

En 1975, Melamed y col. se plantearon las siguientes interrogantes:

- 1) El modelamiento de la conducta cooperadora de otros niños experimentando un procedimiento de tratamiento restaurativo odontológico, ¿es más efectivo que una restauración filmada que contenga los mismos procedimientos en la ausencia de un niño modelo?
- 2) ¿Qué información debe darse en la cinta?; ¿será igualmente efectivo exponer brevemente los procedimientos de la evaluación oral general y de la inyección anestésica que mostrar detalladamente cada pasó de todo el procedimiento de restauración.
- 3) ¿Cuáles son los efectos del modelamiento filmado en los niños con experiencia de tratamiento en comparación con aquellos que no lo han tenido?

Esto condujo a evaluar la influencia de la preparación fílmica en un grupo de niños que experimentaron tres sesiones de tratamiento odontológico con respecto a:

- 1) Procedimiento de Modelamiento vs. Demostración y
- 2) Cantidad de Información.

La manipulación experimental implicó la exposición a una de las siguientes video grabaciones filmadas de acuerdo a la asignación a grupos antes de la sesión de tratamiento restaurativo.

1	2
Película de 10' de Modelamiento de la Conducta cooperativa y no temerosa Niño experimentando un tratamiento	Película de 10' de Demostración completa de uno de los mismos procedimientos sin un modelo
3	4
Película de 4' de Modelamiento del mismo Modelo cooperativo recibiendo únicamente Examinación oral e inyección anestésica.	Película de 4' de demostración de la inyección anestésica y la examinación sin el modelo.
5	
Película control no relacionada.	

Los resultados indicaron que los niños que vieron las cintas de Modelamiento, reportaron menos temores en general y menos conductas perturbadoras durante el tratamiento restaurativo real que los niños que vieron la de Demostración de los mismos procedimientos.

En cuanto a la cantidad de información se encontró que la duración de la película afectó la aprensión auto reportada, pero no la conducta de los niños. Los niños más pequeños reportaron menos temor con las versiones más largas sin importar el tipo de presentación. Y por último, los niños sin experiencia fueron más cooperativos después de observar la película de Demostración de 10' o la de Modelamiento 4' y los niños con experiencia fueron más cooperativos después de ver la película más larga de Modelamiento.

En resumen, en este estudio se extraen las siguientes conclusiones:

- 1) Las películas de Modelamiento son más efectivas que las de demostración.
- 2) Las películas de Modelamiento que muestran a niños de edades similares cooperando con el dentista, tienen efectos más favorables en cuanto a la conducta del niño que observa, y
- 3) La edad y la experiencia son factores importantes para determinar las conductas relacionadas al temor de los niños y para escoger el material preparatorio apropiado.

Por otro lado, se han llevado a cabo estudios parciales con otras estrategias de manejo como la Inoculación a la Tensión, para incrementar la tolerancia al dolor, reducir la tensión hacia el tratamiento, e indirectamente el miedo anticipatorio; en esta se incluyó el Entrenamiento en Relajación, Instrucciones de Habilidades de Manejo Cognoscitivo y la exposición al estímulo estresante. En comparación con un grupo control, que incluyó la lectura de un folleto sobre los avances del tratamiento dental. Los sujetos del grupo experimental regresaron al tratamiento y lo completaron con niveles de ansiedad significativamente más bajos.

Illing y col. (1978) mencionan que las sugerencias para controlar la tensión en el consultorio dental caen en tres categorías:

- 1) Control Percibido, en la que el paciente evaluará una situación potencialmente amenazante, como menos amenazante, si siente que tiene control sobre ella.
- 2) Distracción. Si la atención del paciente se desvía fuera del proceso dental, experimentará menos tensión o ansiedad y
- 3) Relajación. En lugar de fármacos.

Estas características fueron evaluadas en tres variaciones para reducir la tensión en el consultorio dental, en las que se analizaron las correlaciones conductuales y fisiológicas de 80 pacientes adultos asignados al azar a una de las cuatro siguientes condiciones.

- I. Relajación: Cinta grabada con instrucciones de relajación durante el proceso dental.
- II. Control Percibido: El paciente controlaba un apagador (luz o timbre). Si hacía uso del control, el dentista interrumpía el proceso, para que el paciente se relajara antes de continuar.
- III. Distracción: Videjuego controlado desde el sillón dental por el paciente.
- IV. Control.: Ninguna técnica especial.

Los resultados sugieren:

- Que las condiciones de relajación y distracción, o alguna variante de ellas pueden ser efectivas en la reducción de la incomodidad y la tensión del paciente durante procesos de tratamiento dental en general.
- Mayor investigación sobre los efectos de la condición de relajación para determinar hasta qué grado la cinta grabada produce relajación y hasta qué grado es meramente una distracción.
- La necesidad de los criterios multidimensionales para evaluar la eficacia de lates técnicas y determinar las características que hacen a cada una más efectiva.

En conclusión, de las investigaciones realizadas, las condiciones que parecen ser más efectivas para el manejo del temor al tratamiento odontológico son el Modelamiento en Video con la explicación detallada del proceso de atención, ya sea de restauración o quirúrgica y con un modelo cuyas características sean similares a las del observador.

Existen dos estrategias de intervención para el manejo de las fobias y el miedo que han demostrado su efectividad, la Desensibilización Sistemática y la Inoculación al Estrés. En la Desensibilización Sistemática se visualizan gradualmente escenas de una situación ante la cual se tiene una fobia, incrementando la exposición a escenas que producen mayor ansiedad, bajo relajación. El sujeto reduce su ansiedad mientras imagina. En la Inoculación al Estrés además, se agregan respuestas cognitivas de afrontamiento o competencia que la persona se dice mientras reduce la ansiedad. Los procedimientos de dichas estrategias de intervención influyeron el diseño de la presente estrategia para el manejo del miedo a las intervenciones odontológicas.

III. DESARROLLOS ACTUALES

El tema del manejo de los efectos negativos de la hospitalización y de los efectos positivos de la preparación psicológica ante la misma, se ha desarrollado por diversos autores como lo resumen en su libro Ortigosa y Méndez (2000).

Los efectos del estrés producto de la hospitalización han orientado para que en las intervenciones psicológicas se utilicen múltiples estrategias de intervención para crear habilidades en el niño y su familia, que le permitan el manejo de efectos negativos de la hospitalización como son la ansiedad, el miedo y la depresión entre otros.

Los componentes de la preparación Psicológica para la hospitalización que proponen autores como Siegel y Hudson(1992) incluyen:

- “1) El proporcionar información
- 2) Estimular la expresión emocional
- 3) Establecer realciones de confianza entre el niño y el personal del hospital
- 4) Suministrar información a los padres
- 5) Proporcionar estrategias de afrontamiento”

La decisión de los métodos o estrategias de intervención emplear debe tomar en cuenta el momento en el que el método será utilizado, puesto que aunque lo ideal es que el niño y su familia asistieran a un programa preventivo que incluya a la familiarización esto no es posible cuando el niño es intervenido de emergencia. Además los métodos tienen que adaptarse al desarrollo psicológico e intelectual del niño así como al grupo cultural del que proviene. Con respecto a las estrategias de intervención empleadas, éstas han provenido de modelos Cognitivo Conductuales y se han utilizado en diversas combinaciones. El Cuadro 1 muestra las diferentes estrategias de intervención de acuerdo a su objetivo y a los autores que las han planteado.

ESTRATEGIAS PARA LA PREPARACIÓN PSICOLOGICA PARA LA HOSPITALIZACIÓN

Proceso Preventivo	Objetivo	Autores
1. Información escrita en 2. Folletos videos y audiovisual	* Dar a conocer los procedimientos y actividades involucrados en los procedimientos hospitalarios	*Pedroche y Quiles (2000) * Ortigoza y Méndez (2000)
Proceso Pre-operatorio		
1. Familiarización 2. Relajación Sistemática 3. Modelamiento 4. Ensayo Conductual 5. Terapia de juego y actividades de juego 6. Desensibilización Sistemática 7. Afrontamiento	* Crear Habilidades de afrontamiento en el niño y su familia. *Reducción de la respuesta neurofisiológica de ansiedad * Reducir la angustia *Cambiar concepciones erróneas *Desarrollar conductas de manejo de las situaciones a enfrentar en la hospitalización * Crear habilidades Cognitivas y de manejo del estrés ante la hospitalización	*Melamed y Siegel (1975) *Cautela y Groden (1985) *González, Benavides y Montoya (2000) * Méndez y Ortigoza (2000)
Proceso Pre-Operatorio de Emergencia		
1. Relajación Sistemática	*Reducción de la respuesta neurofisiológica de ansiedad	Cautela y Groden (1985)

Cuadro1: Resumen de las Estrategias de intervención de acuerdo al proceso de la preparación psicológica ante la hospitalización.

Pedroche y Quiles (2000) plantean que la información es un medio muy importante para poder darle a los niños y su familia los conocimientos tanto de procedimientos, acerca de la sensaciones, sobre la enfermedad, sobre el proceso de hospitalización.

La Información escrita en el formato de trípticos y folletos es una vía a través de la cual puede hacerse llegar al niño y su familia la información de manera preventiva y fácil acerca de los procedimientos, de las características de los síntomas y de la enfermedad que cursan. El conocer, es una vía fundamental para reducir la ansiedad y el estrés puesto que lo desconocido pudiera engendrar fantasías con respecto a la imposibilidad de manejo del dolor o de los procedimientos. Como seres humanos si ante una situación amenazante nos planteamos como incapaces o no competentes, esa posición puede en sí misma generar miedo y ansiedad.

Para diseñar un programa de distribución de información escrita se deben tomar en cuenta una serie de variables como la edad y el desarrollo cognitivo, las experiencias hospitalarias previas y los objetivos que se quieren lograr con los folletos, ya sea el conocimiento de la enfermedad y su manejo o las medidas que la apersona debe llevar a cabo o los procedimientos a los cuales va a ser sometido y las habilidades de manejo o afrontamiento que se quieran fortalecer.

Ortigoza y Méndez (2000) plantean la importancia del medio audiovisual en la transmisión de información y la inclusión de la estrategia de modelamiento en películas. Los diferentes investigadores han utilizado el medio audiovisual en sus diferentes formas película, video, diapositivas, programa informativo, lo cual ha demostrado su eficacia si se le compara con la no preparación. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento ha sido más eficiente para el manejo de los efectos negativos de la hospitalización, se puede hipotetizar que aunque el audiovisual transmite información, la posibilidad de crear habilidades que la persona puede utilizar directamente como la relajación son más efectivas, no descartando que de manera conjunta puedan ser de gran utilidad.

En el Cuadro 1 se resumen algunos de los ejemplos de audiovisuales conocidos, utilizados en las investigaciones importantes sobre la preparación psicológica para la hospitalización:

Año	Autores	Título	Duración	Modelos	Descripción
1973	Melamed y Siegel	Ethan tiene una operación (Ethan has an Operation)	Película 16'	Niño de 7 años	15 escenas de hospitalización
1975	Ferguson	Yoland y David se operan de amígdalas	Película 15'	Niño 5 años Niña 6 años	Escenas Narradas por los niños
1979	Roberts, Wurtele, Boone, Gimber y Elkins	Paul y Dot tienen una experiencia hospitalaria	Diapositivas 20'	Niño 10 años Niña 12 años	Procedimientos y autoverbalizaciones para afrontar el miedo
1981 1986	Zastowny, Kirschenbaum	While te recibe	video 22'	Muñeco de rana,	Muestra como afrontar el miedo a

	y Meng	en el Hospital		padres enfermera y niño	través del modelamiento
1987	Jay and Cols.	Procedimientos de Médula ósea	Película 12'	Niña de 6 años	Aspiración de médula ósea
1989	Pinto y Hollandsworth	---	Película	Niño 8 años	Procedimientos médicos narrados por el niño
1990	Kart, Pauza, Heyneman y Tinker	---	video para padres	Niño 3 1/2 años y padres	Todo el proceso hospitalario narrado por los padres
1991	Robinson y Kobayashi	---	Video	Niño y Niña 8 años	Procedimientos hospitalarios narrados por personal médico, niña muestra como vencer la ansiedad
1994	Lunch	Niños en cirugía (Kids in surgery)	Video	Niño 5 años	Procedimientos quirúrgicos, sentimientos del niño

Cuadro Fuente: Ortigosa y Méndez Preparación Psicológica basada en el audiovisual, en Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. Cáp. VI, Pág. 134.

González, Gil y Montoya utilizan al juego y las actividades lúdicas por ser una vía conocida y de fácil acceso para el niño, además de que impulsa su desarrollo en muchas áreas. El juego médico es el medio para transmitir la información necesaria en la hospitalización, para modelar y ensayar las respuestas de manejo del miedo y la ansiedad.

En el hospital el juego tiene que adecuarse a las condiciones físicas y emocionales de los pacientes y a las restricciones de las salas y los materiales con los que es posible jugar. El juego es una terapia cuando se utiliza como vía de proyección simbólica en la cual expresan las emociones no enunciadas y se ensayan respuestas de afrontamiento.

El entrenamiento en habilidades de Afrontamiento ha sido otro de los procedimientos para reducir los efectos estresantes de la hospitalización. Palacios (1998) considera al “afrontamiento como el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que previamente ha evaluado como estresantes y las emociones y cambios psicofisiopatológicos que este proceso implica, la selección de patrones conductuales, cognoscitivos y fisiológicos para su atenuación o anulación”.

Podremos mencionar que las habilidades para afrontar eventos estresantes pueden requerir aprendizajes y cambios en varias áreas, por ejemplo en los pensamientos negativos o cogniciones con los que valoramos la situación; en el nivel de activación fisiológica con la que se reacciona ante los procedimientos hospitalarios; la aceptación y cooperación ante el tratamiento; el sentido de manejo y competencia de las emociones. La importancia de cada uno de estas categorías depende de la naturaleza de la enfermedad, del carácter personal del enfermo y del conjunto de circunstancias ambientales. Las respuestas de

afrontamiento pueden realizarse como un comportamiento preventivo de los acontecimientos estresantes que se esperan que ocurran, o bien como un comportamiento para atender o restaurar el equilibrio psicosocial una vez que se haya producido una respuesta de estrés ante el acontecimiento o situación (Rodríguez Marín, 1995, Sank y Shaffer, 1984).

En el cuadro 2 se resumen las respuestas de afrontamiento de acuerdo el énfasis que la persona pone en el origen, la manera en la que reacciona, el proceso con el que responde y la amplitud de su respuesta. Por lo tanto los programas que incluyan el entrenamiento en Afrontamiento deberán tomar en cuenta la manera en que el niño está respondiendo con un estilo particular de afrontamiento.

Respuestas de Afrontamiento

De acuerdo al origen del evento	Orientadas en la emoción o en el problema Orientadas a la situación Orientadas a la representación Orientadas a la evaluación
De acuerdo al método: la manera en la que reacciona	Aproximativas Pasivas Evitativas
De acuerdo al tipo de proceso	Comportamentales Cognitivas
De acuerdo al momento	Anticipatorias Restaurativas
De acuerdo la amplitud de su respuesta	Generales / Globales Específicas

Cuadro 2 resume las respuestas de afrontamiento de acuerdo el énfasis que la persona pone en el origen, la manera en la que reacciona, el proceso con el que responde y la amplitud de su respuesta.

Méndez y Ortigoza (2000) revisa las investigaciones que se han realizado en el campo de la preparación psicológica encontrando que el Afrontamiento ha sido más efectivo que otros métodos por separado aunque no existen datos concluyentes acerca de la mayor eficacia de una técnica o programa con componentes múltiples como la relajación, la auto instrucción, el modelamiento del afrontamiento, y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

La enfermedad produce una gran activación fisiológica debido a la ansiedad y el miedo que produce, la aparición de cogniciones negativas y de conductas de evitación o miedo. La preparación psicológica en la hospitalización que pueda incluir diversas estrategias, una técnica para atender a los diferentes efectos negativos será más eficiente que la utilización de una estrategia por separado.

Dentro de las estrategias de intervención diseñadas para reducir los efectos tanto fisiológicos como emocionales de la ansiedad está la Relajación Progresiva de Jacobson(). La ansiedad tiene múltiples efectos psicológicos adversos en los diferentes sistemas

corporales como son el incremento del ritmo cardíaco y del pulso, las alteraciones en el metabolismo de los lípidos y del colesterol, los problemas gástricos, la supresión del sistema inmunológico y consecuentemente el incremento de enfermedades relacionadas con esos órganos y sistemas.

El proceso neurofisiológico que regula nuestro funcionamiento cerebral ante la angustia y el estrés es regulado por los 3 neuro-trasmisores, que nos permiten estar y ser, alertas y serenos en el mundo y su funcionamiento es fundamental para estar bien, regulan el sueño-vigilia (Serotonina), de control emocional y calma (Noradrenalina), o de estar presentes alertas en el mundo (Dopamina), así que cuando la regulación se desbalancea vienen los problemas emocionales o viceversa, los problemas emocionales los desbalancean. Sofía Bauer (2004)

No solo somos neurofisiología afortunadamente, pero su importancia es innegable, si ésta se altera se producen muchos problemas emocionales. Uno de estos trastornos es la angustia, que puede definirse como “Una reacción psíquica de excitación e intranquilidad con ideación de preocupación o miedo, acompañada de manifestaciones somáticas de ansiedad, que se vive como una pérdida de control interno” Velasco Fernández (2000). La ansiedad, en la que existe una tendencia sentirse agitado, a preocuparse, a sentir cambios en la coloración de la piel, o exceso de sudoración en las manos o el cuerpo, temblores, opresión en el pecho y miedo es común que se experimente durante la hospitalización.

La relajación es un método empleado por siglos pero que ahora se ha sistematizado para hacer accesible al aprendizaje rápido por las personas. La pregunta central es ¿Cómo opera la relajación para ser el antídoto de la ansiedad? El proceso fisiológico que se produce durante la relajación justamente es un inhibidor de la ansiedad e impide que ésta se presente al mismo tiempo que el estado de relajación. Por lo cual cuando nos relajamos tenemos sensaciones agradables de liviandad, de calorcito o de olvidarse del cuerpo para fijarse en la imaginación.

Existen muchas estrategias de relajación entre ellas están: la Relajación Progresiva de Edmundo Jacobson, el Entrenamiento autógeno de Schultz, el Yoga y Meditación Vipassana, el Tai Chi Chuan y la Visualización. Cada método enfatiza una estrategia para lograr el estado de relajación. La relajación Progresiva de Jacobson principalmente enfatiza el entrenamiento en tensar y soltar grupos musculares acompañados de la respiración lenta diafragmal.

La Relajación como procedimiento de autocontrol es muy útil tanto de manera preventiva y cuando se experimenta ansiedad. El método de la Relajación comienza por la respiración, por sentir que el aire entra y sale por la nariz lentamente, muy lentamente. La manera más sencilla de comenzar a relajarse es el método de Relajación Progresiva de Jacobson () de tensar y relajar grupos musculares, por ejemplo apretar las manos en un puño al mismo tiempo que se sostiene la respiración e ir soltando el aire poco a poco, lentamente y así repetir el procedimiento en todas las otras partes de cuerpo, por ejemplo fruncir la cara y respirar o tensar el brazo, como haciendo “conejo” y al exhalar soltando la respiración, el vientre, las piernas poniendo las puntas de los pies hacia abajo o hacia arriba.

La relajación Progresiva puede brindarnos ventajas en el proceso psicológico de preparación para la hospitalización puesto que al brindarle al niño habilidades para manejar y controlar los efectos negativos del estrés y la ansiedad puede también mejorar el manejo de emociones y efectos psicológicos ante la hospitalización y los procedimientos, lo cual tiene beneficios inmediatos como el aprender a controlar el dolor, el miedo o la

ansiedad, por lo que muchos procedimientos incluyen un entrenamiento en relajación de inicio.

IV. PROPUESTA METODOLÓGICA: ENTRENAMIENTO EN IMAGINACIÓN GUIADA

Los estudios mencionados previamente se han diseñado con un énfasis en la prevención: esto supone tener acceso a los niños antes de que se inicie el tratamiento, lo cual podría evitar mucho sufrimiento y problemas que complican las intervenciones, pero muchas veces no es posible debido a la carencia de programas en ese sentido. Por esto, se propone el **Entrenamiento en Imaginación Guiada** como una alternativa de tratamiento en la atención de este tipo de problemas.

Situación.

El presente caso se manejó conjuntamente por el Departamento de Psicología y Odontología del Módulo de Consulta Externa de la Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, en los consultorios odontológicos y quirúrgicos de la clínica.

Paciente:

El paciente (niño de 7 años) fue referido a atención psicológica después de tratar infructuosamente de manejarlo en consulta externa para realizar una gengivectomía con gingivoplastia (recorte de la encía que cubría los dientes incisivos superiores) debido a la angustia y miedo que presentaba. Si bien esta intervención podía manejarse bajo anestesia total en quirófano, no se veía este procedimiento como una opción fácil, dados el riesgo y el costo involucrados.

Metodología

El presente trabajo es el reporte de un estudio de caso. El presente reporte pretende desarrollar un procedimiento para la atención de niños que han tenido experiencias negativas en el intento de intervenirlos o para los niños cuyo miedo no les ha permitido dejarse realizar la intervención odontológica.

Procedimiento.

El Entrenamiento en Imaginación Guiada consiste primordialmente en la utilización de cuatro procedimientos concretos:

- 1) Reestructuración Cognoscitiva durante la entrevista clínica.
- 2) Relajación Sistemática.
- 3) Relajación con Imaginación Guiada.
- 4) Familiarización con la situación quirúrgica.

En el Entrenamiento en Imaginación Guiada, el niño es entrevistado puntualizando sus concepciones acerca su capacidad de resistencia del dolor y utilizando la estrategia de intervención de re-encuadre se analizan nuevas maneras de concebir el proceso que el niño vive ante el miedo a las intervenciones quirúrgicas. Además, experimenta (vivencia) paso a paso el procedimiento quirúrgico con el que se le va a intervenir, esto es la Imaginación Guiada, bajo un proceso de relajación sistemática, pidiéndole mientras imagina cada escena, que vaya señalando con su dedo índice el manejo de la angustia o las sensaciones que experimenta. Se utiliza la familiarización con la situación (consultorio e instrumental) mediante la grabación de un video, que permite que el niño se observe en la situación en la cual posteriormente se realizará la operación. La retroalimentación que el niño proporciona durante el entrenamiento y en la operación, le da un elemento de control sobre el procedimiento mismo, puesto que al contestar preguntas que informan sobre su estado (sensaciones) de malestar, el ritmo del procedimiento se adecua a su respuesta.

Tratamiento con Entrenamiento en Imaginación Guiada

En el cuadro #3 se resumen las sesiones y los procedimientos utilizados durante las mismas, las cuales se describen a continuación.

Entrenamiento en Imaginación Guiada

PROCESO DE TRATAMIENTO

1ra. Sesión:

Entrevista Clínica:

- Reestructuración Cognoscitiva durante la entrevista clínica.
- Re-encuadre de las creencias de manejo del dolor y de las expectativas para poder manejarlo
- Búsqueda de Recursos
- Entrenamiento en Relajación Sistemática.

2da. Sesión:

- Relajación Sistemática con Entrenamiento en Imaginación Guiada.
- Familiarización con video grabación de la situación quirúrgica.

3ra. Sesión:

- Práctica de la Relajación Sistemática con Entrenamiento en Imaginación Guiada.
- Familiarización con video grabación de la situación quirúrgica.
- Familiarización con video grabación de la situación quirúrgica.

4ta. Sesión:

- Práctica de la Relajación Sistemática con Entrenamiento en Imaginación Guiada.
- Procedimiento Quirúrgico

En el Cuadro #3 se resumen las sesiones y los procedimientos utilizados durante el tratamiento.

1a Sesión. Reestructuración Cognoscitiva

El niño de 7 años es referido por el Odontólogo a atención psicológica por el grado de ansiedad presentado previamente, cuando se intento realizar una gengivectomía con gengivoplastia (recorte de las encías que cubrían los dientes incisivos superiores).

La idea básica de la primera sesión es hacer emerger los recursos personales del niño, identificando excepciones o logros aislados en los cuales el niño haya experimentado dolor (cortadas u otras situaciones similares) y las haya manejado exitosamente.

Durante esta sesión la tarea más importante era identificar los pensamientos de temor asociados al tratamiento odontológico para poder re-encuadrarlos.

El niño reportó dos pensamientos de temor:

- a) Llegar a ser lastimado por el dentista.

b) No poder tolerar sensaciones extremadamente dolorosas.

Además, se identificaron dos objetos a los que el niño reportaba tener miedo:

a) Sillón dental.

b) Jeringa para inyección de anestesia.

Un primer objetivo es la transformación de las concepciones de resistencia al procedimiento, para que el niño reconozca la necesidad del mismo y los beneficios esperados. Así, se le plantearon una serie de preguntas que permitieron, a través de una analogía, situarlo a él como los dientes que están encerrados y no pueden salir. Imaginando esto, él mismo identificaba la necesidad de "abrir una ventanita" como solución al problema de los dientes.

Habiendo logrado el acuerdo con el niño de que era necesario el procedimiento dental, quedaba pendiente abordar las concepciones de miedo de no poder manejar el dolor. En el Cuadro #4 se resumen las maneras en que se trabajó la técnica de Re-encuadre en la sesión:

RE-ENCUADRE

- 1. Identificación de los elementos temidos**
- 2. Análisis y re-encuadre de la capacidad de soportar el dolor**
- 3. Identificación de recursos previos para afrontar el dolor de tolerancia al dolor.**
- 4. Demostración en vivo.**
- 5. Descripción mediante analogía.**

Cuadro #4 se resumen las maneras en que se trabajó la técnica de Re-encuadre durante la sesión clínica.

Identificación de recursos. Se le preguntó por experiencias previas con cortadas, resaltando la tolerancia lograda en esas ocasiones y se propusieron semejanzas con la situación quirúrgica, puntualizando el que durante ésta, el dolor será menor, pues la anestesia hará que no le duela.

Re-encuadre: Consiste en proporcionar una explicación alternativa que abre para la persona una manera diferente de concebir la imposibilidad de manejar el dolor. Así, se le preguntaba o se afirmaba repetidamente que fue exitoso en resistir el dolor, con lo cual la

concepción de intolerancia fue alternándose para recuperar la propia experiencia de competencia.

Demostración en vivo: Se trabajó partiendo de la experiencia previa, donde el niño se había resistido físicamente y se le había sujetado con fuerza para inyectarle. Analizando cómo es más dolorosa una inyección: si con excesivo movimiento o de forma tranquila.

Para abordar el miedo a la inyección se procedió a llevar a cabo una demostración en vivo, que consistía en un pequeño piquetito, manteniendo la mano quieta o moviendo la mano para no dejarse; reafirmando la capacidad de tolerar el dolor y relacionando esa actitud de cooperación con la actitud que permitiría menos dolor ante la inyección de anestesia en la cirugía.

Descripción mediante analogía. La descripción de las sensaciones de la anestesia se equipararon a la analogía de tener la boca de elefante, destacando las características de las sensaciones en el labio.

Entrenamiento en Relajación Sistemática:

El entrenamiento en relajación se caracterizó por

- a) Manejo de la respiración.**
- b) Imaginación de una escena placentera.**
- c) Profundización asociada con "calma".**
- d) Reincorporación.**

a) Se propone un procedimiento en el cual se instruye al niño a ponerse en una posición cómoda y controlar el flujo de aire en su respiración: primero, de manera más profunda, inhalando y exhalando lentamente. Segundo, respiración ligera y lenta, acompañada de instrucciones para relajar el cuerpo.

b) Mientras se mantiene la respiración lenta y ligera, se pide al niño que imagine una escena placentera, indicando detalles del lugar, entremezclando palabras de calma e indicando la relajación en el cuerpo.

c) Se profundiza la relajación, realizando una cuenta progresiva decreciente de 5-1, indicando después de cada número sensaciones de calma y relajación en el cuerpo, asociando al exhalar la palabra "calma". Se deja al niño relajándose unos minutos y después se le reincorpora,

d) Se hace una cuenta progresiva ascendente de 1-5, señalando el estar tranquilo y descansado, activando la respiración y el movimiento de manos y pies, para orientarse al lugar donde se encuentra y abrir los ojos.

Práctica de la Relajación con Imaginación Guiada

El procedimiento se inicia con las instrucciones de relajación, y cuando las respuestas corporales del niño son de total soltura y relajación corporal, se inicia el procedimiento de imaginación guiada. Se identificó paso a paso cada uno de los detalles del

procedimiento quirúrgico antes, durante y después del mismo, para poder conducir la imaginación de los mismos durante la relajación (ver cuadro #5).

ENTRENAMIENTO EN REALJACIÓN CON IMAGINACION GUIADA

El entrenamiento en relajación:

- a) Manejo de la respiración.**
- b) Imaginación de una escena placentera.**
- c) Profundización asociada con "calma".**
- d) Reincorporación.**

Relajación con Imaginación guiada:

- a. Relajación**
- b. Imaginación gradual de escenas del procedimiento dental.**
- c. Asociación de pensamientos de afrontamiento del dolor "yo puedo".**
- d. Monitoreo de las sensaciones de dolor mediante señal corporal**

Cuadro #5 se presentan los diferentes procedimientos que se incluyen en el Entrenamiento en Imaginación Guiada

Durante la sesión se trabajó entremezclando los siguientes elementos:

- a) Imaginación de una escena del procedimiento dental.**
- b) Instrucciones de "calma y tranquilidad".**
- c) Cuando se presentan escenas cuyo contenido tiene que ver con dolor, se le pide al niño que diga un **pensamiento de afrontamiento** como: "yo puedo tolerar ese dolor", se entremezcla la respiración y la palabra "calma" y las sensaciones de tranquilidad.

Se ensaya la posibilidad de que el dolor se incremente, ante lo cual el niño práctica Decir repitiendo "Yo puedo tolerar ese dolor", respirar y se acompaña con la palabra "calma".

Se instruye al niño en la utilización su dedo índice para indicar o dar señales sobre el manejo del dolor o del deseo de ir más lento en el procedimiento. Se continúa con el resto del procedimiento quirúrgico hasta su final.

Familiarización

El niño tuvo la oportunidad de familiarizarse con el consultorio y el instrumental fuera de la situación de atención odontológica. El proceso de esta etapa consistió en la grabación en video de la explicación de una doctora acerca de las partes del sillón dental y del instrumental mientras el niño estaba sentado en el sillón dental, contestándole sus preguntas. Posteriormente se proyectó el video y el niño pudo verse tranquilo y jugando al estar en el consultorio. Además, se le explicó al niño que la operación también sería grabada y que iba a poder verse después de ella (Ver Cuadro #6).

FAMILIARIZACIÓN

- 1. EXPOSICIÓN A LA SITUACIÓN DEL CONSULTORIO: sillón e instrumental.**
- 2. EXPLICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y GRABACIÓN EN VIDEO: el niño en la situación quirúrgica, con el instrumental y su uso.**
- 3. OBSERVACIÓN DE LA VIDEO-GRABACIÓN: explicación del procedimiento.**

Cuadro # 6 se presentan las etapas incluidas en la Familiarización.

Procedimiento Quirúrgico

Antes del procedimiento, se dio una sesión de Relajación con imaginación guiada. Al término de dicha sesión, se condujo al niño a la cirugía, donde comenzó el procedimiento como usualmente se lleva a cabo. El niño tuvo la oportunidad de señalar su estado de relajación y manejo del dolor y demostró su total capacidad para mantenerse tranquilo y en calma durante toda la cirugía.

Conclusiones

Los resultados del presente “caso piloto” revelan que el procedimiento de **Entrenamiento en Imaginación Guiada** fue exitoso para lograr que el niño durante la cirugía dental tuviera un manejo caracterizado por la relajación, cooperación y sin conductas de ansiedad o miedo. No se manifestaron conductas perturbadoras durante toda la cirugía.

La experiencia previa con el trauma del procedimiento, que fue resistido con mucha ansiedad y miedo por el niño en dos ocasiones, permite tener una primera aproximación

sobre la utilidad del Entrenamiento en Imaginación Guiada para el manejo de la ansiedad y el miedo hacia las intervenciones odontológicas.

El tratamiento en el presente caso fue de cuatro sesiones, lo cual permite decir que fue rápida y práctica su aplicación, por lo tanto, surgen preguntas para generar futuras investigaciones:

a) Evaluar la comparación de un grupo al que se le presentara la reestructuración cognoscitiva únicamente y evaluar si solo puede ser exitosa para manejar el miedo.

b) Evaluar si el procedimiento de familiarización con la situación utilizada sin ser acompañada de otros procedimientos pudiera ser igual o menos exitosa en disminuir la ansiedad.

c) Evaluar si es necesario incluir la imaginación de cada etapa del procedimiento bajo relajación o si pueden presentarse los pasos en un video donde un modelo exitosamente lleva a cabo ese procedimiento.

Además, las comparaciones se podrían precisar en la metodología con mediciones de: a) las experiencias previas con procedimientos dentales; b) escalas de auto evaluación del miedo; c) medidas psicofisiológicas relacionadas con ansiedad R.G.P. Respuesta Galvánica de la Piel, pulso), antes, durante y después del procedimiento.

Otro elemento a investigar es la efectividad del Entrenamiento en Imaginación Guiada y su variación, dependiendo de la efectividad de la re-estructuración cognoscitiva acerca de los elementos temidos de la situación dental (inyección, miedo al dolor, o el miedo al sonido de la broca) y del grado de ansiedad experimentada.

Aquí el niño fue felicitado por su cooperación durante la familiarización y él mismo pudo verse relajado en la situación durante la explicación. Sería interesante analizar si esta exposición a su propio modelamiento, es un elemento necesario para tener éxito o puede presentarse un video pregrabado o no utilizar la video grabación sino únicamente la familiarización. Así, se puede precisar si es la interacción dentista-paciente, el conocimiento de la situación misma o el poder visualizarse a si mismo lo que aumenta la efectividad del procedimiento.

La utilización del tratamiento con el **Entrenamiento en Imaginación Guiada** ha sido heurístico en la generación de posibilidades para la investigación futura, así como para la demostración de la efectividad en este caso en la eliminación de la ansiedad y el miedo a las situaciones odontológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bauer, Sofía (2004) *Colección de Trabajos*. Centro De Estudios de Hipnoterapia, Brasil.
- Cautela, J. R. y Groden , J. (eds.)(1985) *Técnicas de Relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona Martínez Roca.
- Gale y Ayer (1969) “The use of Systematic Desensitization in the reduction of fear” en C E. Roberts. *Handbook of Clinical Child Psychology*, Pág.. 890-1002, New York Wiley- Inter-science.

- Ghose C. y Col (1969) "Effects of film modeling on the reduction of anxiety related behaviors varying in level of previous experience in the stress situation", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1357/1367.
- González Barrón, R., Benavides Gil, G., y Montoya Castilla, I. (2000) "Preparación Psicológica basada en el juego" en *Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. Cáp. V, Pág. 95.
- Illing y col. (1978) "Video Modeling for the preparation of dentistry interventions", *Behavioral Medicine. Practical applications in health care*. New York Springer.
- Melamed, B.G. y Siegel, L. J. (1975) "Reduction of Anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.
- Melamed, B.G. y Siegel, L. J. (1980) *Behavioral Medicine. Practical applications in health care*. New York, Springer.
- Méndez Carrillo, F. X. y Ortigoza Quiles, J. M. (2000), "Preparación psicológica basada en el afrontamiento", en *Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. Cáp. VII, Pág. 137.
- Ortigoza Quiles, J. M. y Méndez Carrillo, F. X. (2000) *Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 2000
- Palacios, J. (1998) (1998). "La psicología de la salud en América Latina". En G. Rodríguez (ed.) *El estrés en la salud y la enfermedad. Los perfiles de reactividad, contribuciones recientes en la investigación acerca de su naturaleza y para su tratamiento México: Miguel Porrúa*.
- Pedroche Palacio, C. y Quiles Sebastián, M. J. (2000) "Preparación psicológica basada en la información". *Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. Cáp. IV, Pág. 75
- Rodríguez Marín, Jesús (1995), *Psicología social de la Salud*, 1995, Editorial Síntesis Psicológica S. A., España.
- Siegel L. J. y Hudson, B. O. (1992) "Hospitalization and medical care of children" en C. E. Roberts (Eds) *Handbook of Clinical Child Psychology*, Pág.. 1089-1108, New York Wiley- Inter-science.
- Shaw (1974) "Systematic Desensitization" en C. E. Roberts. *Handbook of Clinical Child Psychology*, New York Wiley- Inter-science.
- Sank Lawrence I. y Shaffer, Carolyn S., (1984), *Manual del terapeuta para la terapia Cognitivo Conductual en Grupos*, Biblioteca de Psicología, Desclée de Brouwer. Plenum Press, New York.
- Vernon D.T. y Bailey W.C. (1974) "The use of motion pictures in the psychology preparation of children for induction of anesthesia", *Anesthesiology*, 40, 68-72.