

Psicosomática y prótesis

Anne Wolowski, Priv.-Doz. Dr. med. dent.

La colocación de una prótesis obliga al paciente a habituarse a una nueva situación. En general, este proceso transcurre sin mayores problemas, lo que se debe, entre otros motivos, a que la colocación de una prótesis va acompañada de una clara mejora de la función. Sin embargo, no es raro que los pacientes se quejen reiteradamente de tener dificultades con la prótesis por motivos que no se logran identificar objetivamente. A pesar de los esfuerzos realizados no se consigue satisfacer las exigencias de este tipo de pacientes y no es excepcional que el asunto acabe en los tribunales. En este artículo se pretende mostrar los errores evitables mediante un análisis del proceso terapéutico. Se presenta además un procedimiento que combinado con el uso de métodos diagnósticos adecuados facilita la detección precoz de posibles factores de interferencia.

(*Quintessenz*. 2008;59(10):1097-103)

Introducción

Los pacientes odontológicos suelen tener grandes expectativas en relación con el tratamiento. Acuden a la consulta del odontólogo porque padecen molestias de las que se quieren liberar o por el deseo de sanear con una prótesis una dentadura en mal estado. En otros casos prima el deseo de conseguir una mejora de la función y

a menudo también de resolver algún problema estético. Según esta conducta expectante, los pacientes no satisfechos con los tratamientos que les han realizado otros odontólogos tienden a idealizar al odontólogo actual: «Dr./Dra., ya no sé qué hacer. Usted es mi último recurso». Preguntados por el motivo de haber elegido precisamente esta consulta y no otra, explican que les ha sido recomendada por conocidos que han quedado extraordinariamente satisfechos. El odontólogo, halagado por los elogios que subrayan precisamente la excelencia a la que aspira con la propia actividad, acepta sin grandes consideraciones el encargo de tratar a este paciente¹⁴. De todos modos demostramos a diario nuestras habilidades con la resolución favorable de cuadros patológicos similares. Es así como quedan en el aire conductas expectantes no verbalizadas y no corregidas (fig. 1).

Mauz⁶ habla en relación con esta situación de «una ocasión única del primer encuentro entre el médico y el paciente» desaprovechada por las circunstancias. Un estudio de Micheelis⁷ hace hincapié en esta problemática. Este autor comprobó que los odontólogos sobreestiman de cuatro a cinco veces la duración de las conversaciones que mantienen con los pacientes. Los 10 min estimados quedaron reducidos a una media de 2 min de duración real de la conversación. En este plazo de tiempo es imposible determinar los motivos, que pueden ir más allá de los puramente somáticos, que llevan al paciente a la consulta. Esto lleva a cerrar el contrato únicamente según una comprensión mecanicista y monocausal, compartida por médico y paciente, de las causas de las molestias y de su tratamiento. Los aspectos psicosociales quedan en este momento al margen de la indicación y de la planificación del tratamiento. Sin embargo, si estos factores tienen un peso específico importante no es raro que los síntomas se vuelvan resistentes, que aparezcan síntomas nuevos o que se desplacen de un órgano diana a la región maxilar o la región facial, a pesar de haber instaurado un tratamiento local adecuado. No obstante, sorprende que esta situación sea relativamente

Área de Psicosomática en Odontología. Policlínica de Prostodoncia y Ciencia de Materiales. Centro de Odontología, Medicina Oral y Maxilofacial del Hospital Clínico de la Universidad de Münster. Münster, Alemania.

Correspondencia: Anne Wolowski.
Waldeyerstrasse 30, 48149 Münster, Alemania.
Correo electrónico: wolowski@uni-muenster.de

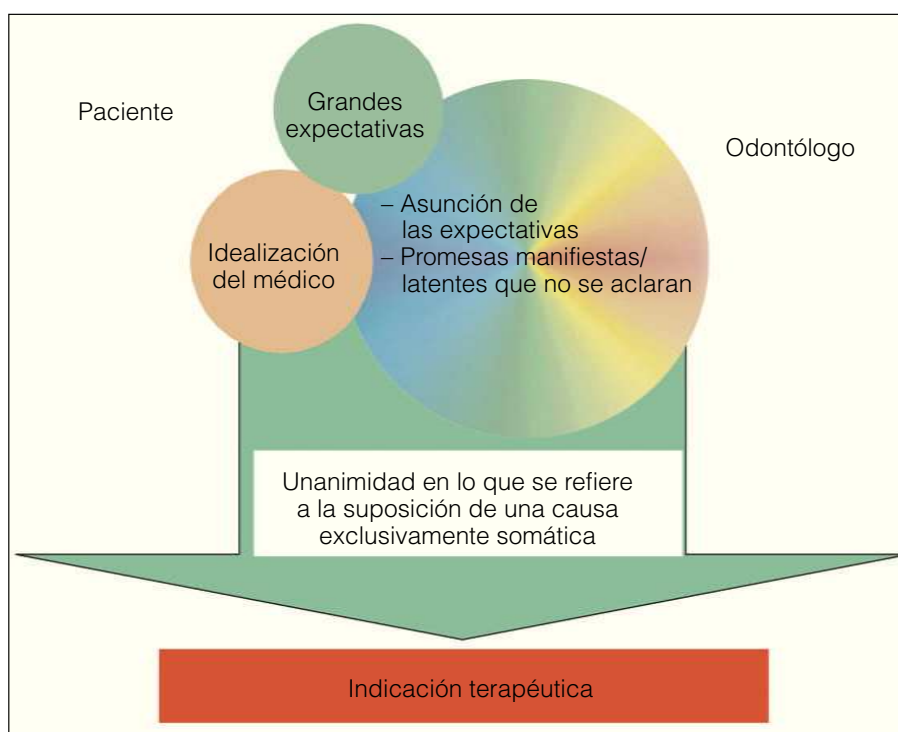


Figura 1. La indicación terapéutica se basa en la idea compartida por el médico y el paciente de que los síntomas se deben a una causa exclusivamente somática.

rara en la práctica odontológica diaria, de acuerdo con los datos estadísticos, ya que los cuadros psicósomáticos son omnipresentes. De acuerdo con los estudios de Üstün y Sartorius¹⁶, entre el 25% y el 35% de los pacientes que son atendidos en consultas de atención primaria presentan trastornos psíquicos o psicósomáticos. Hemos de suponer que las cifras son parecidas en las consultas odontológicas, dado que los odontólogos atienden a una clientela equiparable a la de los médicos de atención primaria.

Si no se piensa en un posible trastorno psicósomático, el paciente se convierte en una carga creciente para el equipo odontológico debido a la persistencia de los síntomas o a la aparición de otros nuevos. Este tipo de paciente nos muestra hasta dónde llegan nuestras posibilidades de tratar una patología somática. En estas situaciones podemos reaccionar con comentarios como: «En todos los años que llevo ejerciendo la odontología, nunca me había pasado nada igual». Esto provoca un sentimiento de desesperanza en el paciente. Puede pensar que se le considera un simulador y que ya no se le toma en serio. Empiezan las discrepancias en torno a la convicción inicial compartida de que la patología tiene una causa orgánica, dado que el odontólogo orienta el diagnóstico cada vez más hacia causas psíquicas ante la falta de evidencias, desde su punto de vista, que prueben el origen orgánico (fig. 2). Un comentario a destiempo

en este sentido es vivido por el paciente como si se le pretendiera castigar o atribuir la culpa por lo sucedido. Por su parte, el paciente sospecha que el médico ha incurrido en un error o que ha pasado por alto alguna patología orgánica. De esta situación se derivan reproches y descalificaciones en ambas direcciones. En el peor de los casos, el paciente acudirá a la justicia.

Con objeto de salvar la situación, se llegan a realizar, en contra de la propia convicción, múltiples retoques inespecíficos en los trabajos realizados, lo que no hace más que empeorar la cuestión. Moral y Ahnemann⁸ lo resumen en la cita siguiente: «Desde el punto de vista humano es comprensible ceder finalmente a los deseos de un paciente, que vuelve una y otra vez quejándose de dolor en los dientes, extrayendo el diente supuestamente causante del dolor...». Otra escapatoria a esta situación precaria es facilitarle al paciente toda suerte de sospechas diagnósticas somáticas que, lógicamente, quedan fuera del ámbito de responsabilidad de la medicina odontológica. El resultado es una variedad de diagnósticos condicionados por unos síntomas que acaban evolucionando a la cronicidad, la cual se instaura al cabo de tan sólo tres meses, como han probado numerosas investigaciones sobre el dolor (fig. 3). A partir de este momento, el dolor pierde su función de señal de advertencia y se convierte en un síntoma, si bien benigno, cada vez más resistente al tratamiento¹⁰. Las molestias adquieren

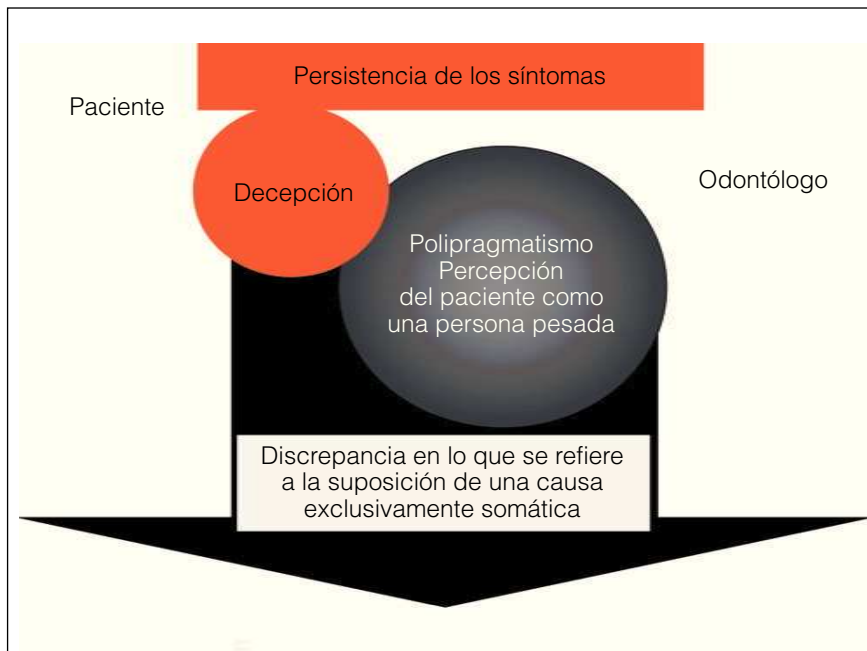


Figura 2. Los síntomas persisten a pesar de un tratamiento somático adecuado. Esta situación genera discrepancias en relación con una suposición inicialmente compartida de que la causa es exclusivamente somática. El odontólogo sospecha que las molestias pueden tener un origen psicossocial, mientras que el paciente ve avalada su hipótesis de que padece una patología somática no detectada todavía en vista de los reiterados esfuerzos terapéuticos del médico dirigidos a causas somáticas.

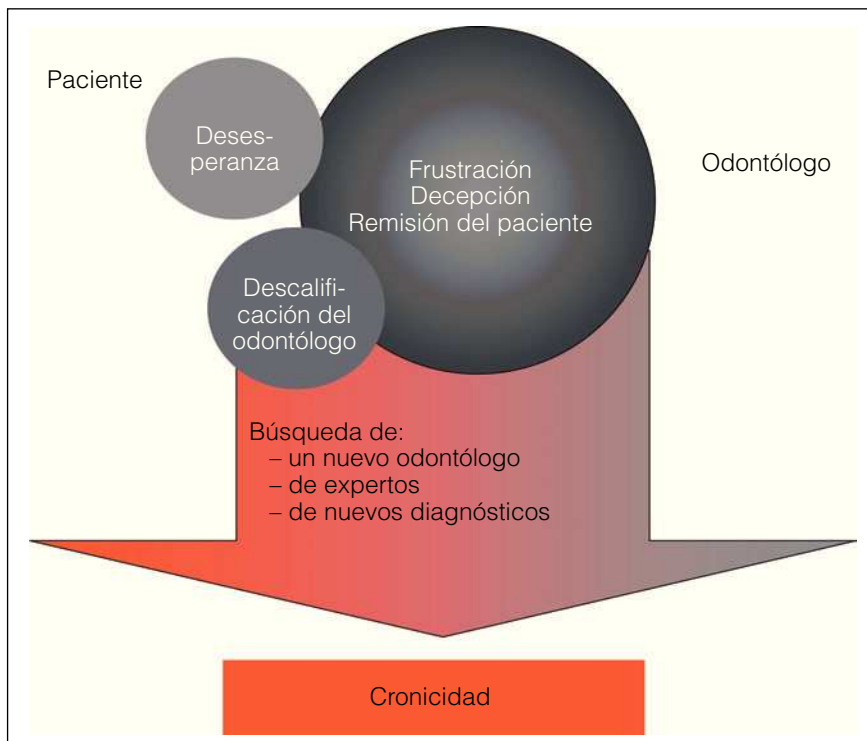


Figura 3. En ausencia de una base común de entendimiento para decidir el tratamiento, todos los implicados se sienten malinterpretados. Los reproches y las descalificaciones recíprocas son el resultado de esta situación. No es raro que en estas circunstancias se le propongan al paciente una variedad de sospechas diagnósticas somáticas que quedan fuera del ámbito de responsabilidad de la odontología. Las consecuencias últimas son la fijación somática y la cronicidad de las molestias.

cada vez más protagonismo en la vida del paciente y, a través de la atención que les prestan familiares, amigos y médicos, el paciente percibe la enfermedad como una ganancia por medio de la que también establece sus relaciones sociales. A medida que esta situación se prolonga en el tiempo, al afectado le resulta cada vez más difícil

renunciar a todo ello, ya que la curación tendría consecuencias psicossociales considerables. Con ello se perdería uno de los pilares vitales y el paciente tendría que rehacer sus contactos sociales sobre una base diferente³.

A la vista de este análisis se impone preguntarse si no es posible evitar este desastre tanto para el pacien-

te como para el odontólogo. En primer lugar hará falta considerar los síntomas en la región maxilar y la región facial también en el contexto del modelo de enfermedad biopsicosocial de la medicina psicosomática.

¿Qué es la «psicosomática»?

J. Heinroth utilizó por primera vez el término «psicosomática» en 1818. De acuerdo con el modelo de enfermedad biopsicosocial y desde el punto de vista clínico, la psicosomática actual es la ciencia que estudia las interacciones físicas, psíquicas y sociales en la aparición y la evolución de las enfermedades humanas. Por lo tanto, es una medicina centrada en la persona⁴. El momento de aparición de unas determinadas molestias viene determinado a menudo por factores psíquicos y/o sociales que, a su vez, influyen tanto en las reacciones de las personas a los trastornos orgánicos como en el momento en que el sujeto acude a buscar ayuda médica u odontológica. Durante mucho tiempo se dieron por inexistentes los factores de influencia psicosociales en la odontología, por lo que en los sistemas de clasificación de enfermedades generales faltan las patologías odontológicas. Esto es difícil de entender, dado que Morál y Ahnemann⁸ describieron ya en 1921 en un estudio sobre casos límite el caso siguiente: «Una paciente de 50 años de edad que había perdido prácticamente todos los dientes en su juventud (a consecuencia de un accidente sufrido patinando sobre hielo) (...) Entre los antecedentes destaca la extracción hace 20 años de los dientes anteroinferiores debido a un dolor punzante persistente. La paciente hizo que le confeccionaran una prótesis que le dio pocas alegrías, ya que padecía frecuentes dolores en la mandíbula, iguales a los que le habían provocado los dientes naturales. Padecía también molestias de aparición brusca en los bordes laterales y la punta de la lengua que se irradiaban hacia el cuello y la nuca (...) Diagnóstico: atrofia intensa de la mandíbula que dificultó mucho el ajuste preciso de una prótesis por lo demás correctamente confeccionada y con una buena oclusión. (...) La forma de comunicación con la paciente adoptó características psicopáticas: sus explicaciones se volvieron ininteligibles, confusas y erráticas».

Estos hallazgos resultaron sorprendentes en aquella época, pero han conservado toda su vigencia hasta la actualidad. Basándose en los estudios de Reither¹¹, Marxkors y Müller-Fahlbusch⁵ acuñaron el término «intolerancia psicógena a las prótesis» para el fenómeno descrito. Este cuadro engloba a pacientes que presentan los mismos síntomas primarios: «Los pacientes refieren molestias que no encajan con la situación clínica deri-

vada del uso de la prótesis. Las molestias son más bien de tipo general, poco claras y no proporcionan indicios, al menos no indicios directos, de un defecto de confección de la prótesis». La definición del término, que data de 1976, ya describió una característica esencial de este trastorno: se trata de un trastorno de origen aparentemente orgánico, pero que en realidad es «somatoforme» (un híbrido que significa que tiene doble origen; desde el punto de vista lingüístico: palabra compuesta cuyos lexemas proceden de dos idiomas diferentes, concretamente del griego 'soma' = cuerpo y del latín 'forma' = forma). En este sentido, el término «intolerancia somatoforme a las prótesis» es más abierto, ya que no admite sólo el origen psicógeno.

El término «intolerancia a las prótesis» induce a dos errores fundamentales. Por un lado, se da por supuesto erróneamente que la intolerancia se refiere a una intolerancia a los materiales. Por otro lado, se sugiere la idea de que las molestias de este cuadro patológico se deben únicamente a prótesis removibles, lo que puede haber sido cierto al principio de surgir el debate sobre este tema. Por regla general se trataba de pacientes mayores de 55 años portadores de prótesis removibles. Actualmente, sin embargo, el fenómeno no se da sólo en personas que utilizan prótesis removibles. Se observa una incidencia creciente en usuarios de todo tipo de prótesis. Si a pesar de todo se conserva el término «intolerancia a las prótesis» es sobre todo por el significado real del término «prótesis»: aparato o dispositivo destinado a reparar artificialmente la falta de un órgano o parte de él. De acuerdo con esta definición, se puede tratar de la sustitución de uno o varios dientes, pero también de la de partes de estructuras que son reemplazadas, por ejemplo, mediante un recubrimiento con coronas. Según lo que se sabe actualmente sobre este tipo de trastorno en la odontología, se ha de suponer que se trata de un subgrupo de trastornos somatoformes. Amparándose en la sintomatología somática, los afectados consultan al médico que trata los 'males somáticos'. Por lo tanto, los odontólogos deben ser capaces de identificar este tipo de trastornos y de manejarlos adecuadamente, es decir, de proporcionar un tratamiento psicosomático básico.

Diagnóstico

De acuerdo con la guía clínica para trastornos somatoformes² del Grupo de Trabajo de las Sociedades Profesionales Médico-Científicas (AWMF), se recomienda el procedimiento siguiente para el diagnóstico de estos trastornos:

- Descartar las causas orgánicas. En este caso es esencial que el diagnóstico de exclusión se produzca sin redundancias y en un espacio corto de tiempo para evitar precisamente la cronicidad. Se debe tener en cuenta también que los pacientes con trastornos somatoformes «no están más, pero tampoco menos enfermos desde el punto de vista orgánico que los pacientes de atención primaria sin trastornos somatoformes». «Si en un momento dado de la evolución cambian las características sintomatológicas habrá que descartar nuevamente la existencia de una enfermedad orgánica».

- Detección del trastorno somatoforme y confirmación de la sospecha diagnóstica mediante la obtención de una historia clínica personal detallada e interrogación del paciente acerca de lo que él cree que son las causas de su enfermedad.

Los aspectos indicados ya figuraban en el catálogo diagnóstico elaborado para la medicina odontológica por Müller-Fahlbusch y Marxkors⁹ a principios de los años ochenta:

- 1.^{er} criterio: discrepancia entre la descripción de los síntomas y los límites anatómicos;
- 2.^o criterio: discrepancia entre la cronología de los síntomas y la evolución habitual de acuerdo con nuestra experiencia clínica;
- 3.^{er} criterio: fracaso de los tratamientos. Según los autores, la obtención de respuestas positivas en la evaluación de los primeros tres criterios obliga a analizar los antecedentes personales del paciente;
- 4.^o criterio: implicación inusual del paciente en los hechos patológicos;
- 5.^o criterio: coincidencia en el tiempo de acontecimientos biográficos o situacionales y la aparición de los síntomas.

Las obligaciones del odontólogo en el proceso diagnóstico a seguir según estos criterios son inequívocas: el odontólogo debe resolver eficazmente el proceso diagnóstico de exclusión de enfermedades somáticas y proporcionar el tratamiento adecuado en los casos que proceda. Sin embargo, esto no es en absoluto suficiente para establecer un diagnóstico de sospecha de un trastorno psicósomático. En la conversación con el paciente se deben abordar los indicios que hacen sospechar la existencia de un trastorno de este tipo. Ahora bien, esto no es fácil debido a la actitud expectante de los afectados y a las circunstancias en las que se celebran normalmente las conversaciones con el paciente, es decir, con éste sentado en el sillón dental. En todo caso, se deberá apli-

car una técnica de interrogación centrada en los síntomas. Se deberán formular preguntas precisas en relación con los distintos tratamientos realizados secuencialmente según los síntomas. ¿Cuáles fueron las consecuencias de qué problema? Se solicitarán las historias clínicas antiguas con la autorización expresa del paciente. La detección en las mismas de incongruencias inexplicables no debe inducir a elaborar, a pesar de todo, una teoría somática, sino la búsqueda de otros indicios. La pregunta relativa al momento de inicio de los síntomas y el motivo por el que el paciente lo recuerda con tanta nitidez puede proporcionar pistas sobre una determinada situación psicosocial. La pregunta relativa a cómo afectan los síntomas a la vida diaria puede proporcionar una idea clara de la importancia que da el paciente a los mismos. La manera de hacer frente a la situación de los familiares es una pregunta interesante, como también lo es la relativa a los cambios que experimentan los síntomas a lo largo del día. Es esencial formular preguntas precisas acerca de las causas a las que el paciente atribuye su enfermedad y evaluarlas de forma crítica en relación con los diagnósticos somáticos. También se debe averiguar cuáles son las expectativas y los deseos del paciente. Si espera ser liberado de sus molestias después de largos años de sufrimiento se abordarán y rectificarán estas expectativas en el marco de la concepción biopsicosocial de la enfermedad.

Las pocas preguntas que deben ser formuladas en toda visita de asesoramiento ya permiten detectar de antemano posibles problemas.

Signos de intolerancia somatoforme/psicógena a las prótesis

Las mujeres de alrededor de 60 años, por término medio, acuden con una frecuencia siete veces mayor que los hombres a centros especializados en función de los correspondientes diagnósticos de sospecha¹⁷. Con una conducta similar a la de los pacientes con trastornos somatoformes referidos a otros sistemas orgánicos, los pacientes con intolerancia somatoforme/psicógena a la prótesis no dejan de exigir nuevos tratamientos. Temen que se haya pasado por alto una patología y buscan incessantemente alguien que les pueda resolver el enigma. En la anamnesis se detecta que, anteriormente, ya se habían producido fenómenos inexplicables similares localizados en otros sistemas orgánicos hasta que, por regla general, se produjo un desplazamiento de órgano. En este aspecto son característicos comentarios como «nadie me pudo ayudar con aquello» o «cuando se me pasó esto, me salió aquello otro». Las listas de síntomas son un instru-

mento útil en estos casos. Rief e Hiller¹² elaboraron un catálogo de síntomas. Los resultados muestran que los pacientes con trastornos somatoformes tienen una mayor tendencia a desarrollar síntomas físicos de todo tipo y en cualquier localización en comparación con otros grupos de pacientes y un grupo control. En pacientes portadores de prótesis removibles, la retirada de la prótesis durante cinco días aporta datos muy útiles. Ahora bien, en este contexto no se debería argumentar que la prótesis sólo es responsable si se produce un alivio de los síntomas y que sólo en este caso estaría indicado un tratamiento somático. Si el paciente cambia de odontólogo, puede utilizar esta información «valiosa» a su conveniencia, explicando que no padeció síntomas durante los días que no utilizó la prótesis. Por lo tanto, se debe explicar al paciente que la prótesis no puede ser la responsable única de todos los síntomas si éstos persisten o incluso aumentan durante la fase de reposo.

En el marco de un estudio sobre la manifestación de síntomas, Adler et al¹ confeccionaron una lista de respuestas típicas para la distinción entre el origen somático y el origen psíquico de los síntomas (tabla 1). Los síntomas principales de la intolerancia somatoforme/psicógena a la prótesis son la sensación de quemazón en la mucosa bucal y dolores urentes difusos. Los pacientes refieren también trastornos gustativos, sequedad bucal,

hipersalivación, fenómenos eléctricos o la presencia de un sabor metálico.

Síndrome de la boca ardiente

No es raro que se utilicen erróneamente como sinónimos no diferenciados los diagnósticos de la intolerancia somatoforme/psicógena a la prótesis y del síndrome de la boca ardiente, debido a que comparten síntomas como el dolor urente y que presentan datos epidemiológicos comparables. Según la definición de Scala et al¹⁵, el síndrome de la boca ardiente es un cuadro patológico de origen idiopático. El síntoma principal de este cuadro también denominado ardor bucal primario es la sensación de ardor en la boca durante al menos 4 meses acompañado a menudo de sequedad bucal o de trastornos gustativos. Se debe hacer el diagnóstico diferencial con el ardor bucal secundario que forma parte del complejo sintomático de un proceso local, sistémico y psicopatológico de base y que, por lo tanto, es diagnosticable. El ardor bucal asociado a la intolerancia somatoforme/psicógena a las prótesis formaría parte de este último grupo. No se puede establecer el diagnóstico de síndrome de la boca ardiente hasta haber descartado todas las causas posibles, lo que por el origen idiopático del cuadro puede ser difícil desde la perspectiva de la oferta te-

Tabla 1. Los síntomas se manifiestan de forma característica en función de la causa. Adler et al¹, basándose en un estudio exhaustivo, recogieron estas características en una tabla

Preguntas	Característico del dolor provocado por factores somáticos	Característico del dolor provocado por factores psicológicos
Localización	Descripción clara	Vaga, cambiante
Calidad	Sensitivo	Afectivo
Intensidad	Grados definidos, claros	Grados indefinidos, vagos
Periodicidad	Fases claras	Sin fases definidas
Factores que empeoran el dolor	Pocos y claramente definidos	Vagos, numerosos
Influencia del movimiento voluntario	Bien definida, evidente	Vaga
Factores que disminuyen el dolor	Pocos y claramente definidos	Descripción vaga, numerosos
Influencia de la medicación	Farmacológicamente plausible	Farmacológicamente no plausible
Signos/síntomas acompañantes	Pocos, claros	Muchos, vagos
Beneficios secundarios en el:		
– terreno social	No	Sí
– terreno laboral	No	Sí
Dolor como	Síntoma de otra enfermedad	Enfermedad propiamente dicha
Interpretación del paciente	Recalca factores psíquicos	Recalca factores orgánicos
Descripción	Adecuada, sencilla	Inadecuada, exagerada, dramática
Lenguaje del paciente	Directo, sencillo, sin jerga	Rebuscado, complicado, con jerga

rapéutica. Un tratamiento para superar la enfermedad en forma de psicoterapia puede ser útil en estos casos. Las descripciones de algunos casos clínicos sugieren que el 50% de los afectados presenta al menos una remisión parcial espontánea en un período de 6 a 7 años¹³.

Tratamiento

En función de la gravedad del trastorno hará falta un abordaje interdisciplinar en colaboración con un especialista en psicoterapia. Esta fase del tratamiento será iniciada en todos los casos por el odontólogo. Su misión es confirmar la sospecha diagnóstica de un posible trastorno psicósomático mediante la identificación de los síntomas, así como realizar un estudio diagnóstico de exclusión de patologías somáticas y administrar el tratamiento correspondiente cuando proceda. Todo este proceso debe ir acompañado de una comunicación fluida con el paciente con objeto de facilitarle toda la información necesaria. En cuanto surja la primera sospecha se debe informar de ella al paciente. Se trata de hacerle entender la enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial y también de darle un pronóstico que, a pesar de un tratamiento adecuado, puede entrañar la persistencia de los síntomas. La aceptación por parte del paciente de la existencia de factores de influencia no somáticos es indispensable para que se puedan instaurar tratamientos no destinados exclusivamente a aliviar el dolor agudo. El paciente tendrá que asumir que se programarán visitas de control rutinarias a las que deberá acudir independientemente de la sintomatología de cada momento. El paciente también debe saber que las visitas seguirán un calendario determinado dentro de unos márgenes preestablecidos. Se debe hacer hincapié en todo momento en la propia responsabilidad del paciente. Este comportamiento disciplinado tendrá un efecto beneficioso para todos los implicados.

Los odontólogos no pueden remitir a sus pacientes directamente a un psicoterapeuta, por lo que los deben motivar y convencer para que concierten una visita por propia iniciativa. En todo caso es esencial que las especialidades que intervengan en el tratamiento se intercambien desde el principio la información relativa al diagnóstico, siempre con consentimiento del paciente. Por lo tanto, el odontólogo debe presentar un informe por escrito inequívoco del diagnóstico de la patología oral.

Discusión

En estos momentos, la regulación del ejercicio profesional vigente constituye un problema para el tratamiento

de pacientes con intolerancia somatoforme/psicógena a la prótesis. Durante los estudios universitarios, los futuros odontólogos no reciben la preparación adecuada para un manejo profesional del paciente del que forma parte «la comunicación con el paciente». Sin embargo, nuestra jurisdicción espera que, en el marco del estudio diagnóstico, el odontólogo sepa identificar patologías psicósomáticas o al menos detectar sus síntomas característicos y manejar de forma competente al paciente que los presenta. A la vista del número creciente de trastornos psicósomáticos, pero también de una mayor demanda de asesoramiento por parte de los pacientes y de la utilidad del manejo profesional del paciente en cualquier situación clínica, es imprescindible que el odontólogo compense las posibles lagunas con una formación continuada adecuada. El Grupo de Trabajo sobre Psicología y Psicósomática de la Sociedad Alemana de Odontología, Medicina Oral y Maxilofacial (DGZMK), en colaboración con la Akademie Praxis und Wissenschaft (APW), se ha propuesto cubrir este hueco mediante la oferta estructurada de cursos de formación continuada (información en Internet en la web <<http://akpp.uni-muenster.de/>> o <<http://www.apw-online.de/>>).

Por último, debemos comentar la cuestión del coste. En este contexto surge reiteradamente el interrogante de si nos podemos permitir invertir un tiempo relativamente elevado en una anamnesis biopsicosocial. Hemos de admitir que este concepto no es facturable. A modo de provocación podríamos preguntarnos lo contrario, es decir, si un odontólogo se puede permitir pasar por alto de entrada una intolerancia somatoforme/psicógena a las prótesis o de favorecer su aparición por no tomar las medidas comentadas. El tiempo que se invierte a la larga en tratar a un paciente insatisfecho que vuelve repetidamente para que se le atienda por sus molestias no guarda en absoluto relación con los beneficios obtenidos con una prótesis, por muy sofisticada que sea. Las disputas legales que suelen ser la consecuencia de reproches recíprocos llevan a muchos compañeros a concluir que, sin duda, hubiera sido más rentable invertir en un primer momento el tiempo necesario o, lo que es lo mismo, realizar una buena «prevención de conflictos». Con este panorama, no queda más que animar a aquellos compañeros que, de manera intuitiva, ya practican una buena gestión de los pacientes que sigan invirtiendo en su profesionalización.

Conclusión

La detección precoz de factores de influencia psicossociales y el manejo profesional de los afectados redonda

en beneficio de los pacientes y también del equipo odontológico. Por ello, los odontólogos deben disponer de competencias básicas en atención psicosomática.

Bibliografía

1. Adler RH, Zamboni P, Hofer T et al. How not to miss a somatic needle in the haystack of chronic pain. *Psychosom Res* 1997;42:499-506.
2. Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt CE, Rudolf G. Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer, 2002.
3. Hoffmann SO, Franke TW. Der lange Weg in die Schmerzkrankheit: Faktoren der Chronifizierung. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix A (Hrsg). *Handbuch Chronischer Schmerz – Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus bio-psycho-sozialer Sicht*. Stuttgart: Schattauer, 2003:150-161.
4. Hoffmann SO, Holzapfel G. Neurosenlehre, psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer, 1999.
5. Marxkors R, Müller-Fahlbusch H. Psychogene Prothesenunverträglichkeit – Ein nervenärztliches Consilium für den Zahnarzt. München: Hanser, 1976.
6. Mauz F. Der Aufbau der Diagnose durch den praktischen Arzt. *Landerarzt* 1964;40(1):8-13.
7. Micheelis W. Merkmale zahnärztlicher Arbeitsbeanspruchung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1983.
8. Moral H, Ahnemann W. Über Grenzfälle. *Korrespondenzblatt für Zahnärzte* 1921; 47(3):56.
9. Müller-Fahlbusch H, Marxkors R. *Zahnärztl Psychagogik*. München: Hanser, 1981.
10. Pinsky JJ. Psychodynamics and psychotherapy in the treatment of patients with chronic intractable pain. In: Crue BL (ed). *Pain: research and treatment*. New York: Academic Press, 1975:383-389.
11. Reither W. Die Bedeutung endogener Faktoren für die Entstehung von Prothesenstomatopathien. *Dtsch Zahnärztl Z* 1961;16:109-119.
12. Rief W, Hiller W. Somatoforme Störungen – körperliche Symptome ohne organische Ursache. Göttingen: Huber, 1992.
13. Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, de Vincente T. Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Psychiatric interview versus depression and anxiety scales. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1993;75:308-311.
14. Sauer N, Eich W. Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. *Dtsch Ärztebl* 2007;104: 45-54.
15. Scala A, Checchi L, Montecchi M, Marini I. Update on burning mouth syndrome: Overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003;14:275-291.
16. Üstün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. An international study. Chichester: Wiley, 1995.
17. Wolowski A. Zur Erkennung psychosomatischer Störungen in der Zahnmedizin. Münster: Habilitationsschrift, 1996.