



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA

U.N.A.M.

EL ORIGEN DEL MIEDO Y LAS MANIFESTACIONES
DE PACIENTES EN TRATAMIENTO
ODONTOLÓGICO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

MIREYA ANGELICA MELENDEZ DELGADILLO
BENJAMIN HASEBE ROSAS
ARACELI HERNANDEZ GERARDO



México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Págs.
INTRODUCCION.....	1
FUNDAMENTACION DEL TEMA	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS GENERALES.....	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
HIPOTESIS.....	10
MATERIAL Y METODO.....	11
METODO (CRITERIOS).....	12
CRONOGRAMA.....	15
CONSIDERACIONES PREVIAS.....	16

C A P I T U L O I

EL CIRUJANO DENTISTA TENDRA CONOCIMIENTO DE QUE - ES EL MIEDO.....	19
1.1 DESCRIBIR TIPOS DE MIEDO (TEMOR OBJETIVO, - TEMOR SUBJETIVO).....	23
1.2 DESCRIBIR COMO REACCIONA EL CUERPO DEL PA- - CIENTE AL MIEDO.....	26
<i>Como funciona el sistema neurovegetativo en</i> <i>caso normal.....</i>	28
<i>Caminos de comunicacion.....</i>	32
<i>Estructura del sintoma.....</i>	34
BIBLIOGRAFIA	38

C A P I T U L O II

DESCRIBA Y MENCIONE PORQUE CADA PACIENTE REACCIO- NA DE FORMA INDIVIDUAL ANTE EL MIEDO.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	42

C A P I T U L O III

DESCRIBA Y MENCIONE COMO SE ORIGINA EL MIEDO.....	43
ANSIEDAD Y DOLOR.....	44
BIBLIOGRAFIA.....	46

C A P I T U L O IV

DESCRIBA Y DEFINA MIEDO Y PERSONALIDAD.....	47
TIPOS DE PERSONALIDAD.....	48
BIBLIOGRAFIA.....	53

C A P I T U L O V

PSICOLOGIA DEL CONSULTORIO.....	54
ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA PRACTICA DENTAL.	56
NATURALEZA DEL HOMBRE COMO UN TODO.....	57
TIPOS MAS COMUNES DE ANSIEDAD EN EL ENFERMO DENTAL.....	58
CONTROL EN NIÑOS Y ADULTOS.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	61

C A P I T U L O VI

CLASIFICACION DEL PACIENTE (COOPERATIVOS Y NO COOPERATIVOS).....	62
---	----

	Págs.
BIBLIOGRAFIA.....	66

C A P I T U L O VII

LA HIPNOSIS COMO AGENTE PARA DISMINUIR EL MIEDO Y SU APLICACION EN ODONTOLOGIA.....	67
APLICACION EN ODONTOLOGIA.....	68
7.1 TABLA DE ORIENTACION Y CONTROL DEL GRADO DE PROFUNDIDAD HIPONITICA.....	70
BIBLIOGRAFIA.....	72

C A P I T U L O VIII

DIAGNOSTICO Y EVALUACION DEL MIEDO.....	73
MEDIDAS DE AUTORREPORTE.....	74
ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE: CORAH.....	75
PRUEBA DE MIEDO DENTAL DE: KLEINKNECHT.....	75
MEDIDAS FISIOLOGICAS.....	77
MEDIDAS DE CONDUCTA EXPUESTA.....	78
BIBLIOGRAFIA.....	81

C A P I T U L O IX

TECNICAS CONTEMPORANEAS DE LA TERAPIA CONDUCTUAL.....	82
MEDIDAS TERAPEUTICAS DEL MIEDO DENTAL.....	84
METODO DE BIORRETROALIMENTACION.....	88
METODO DE RELAJACION Y DESENSIBILIZACION.....	92
METODO DE MODELAMIENTO.....	104
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	109

	Págs.:
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.....	110
EDUCACION RACIONAL EMOTIVA.....	112
IMAGENES EMOTIVAS.....	121
METODOS COMBINADOS.....	130
FARMACODINAMIA.....	132
BIBLIOGRAFIA.....	148
RESULTADOS.....	150
DISCUSIONES.....	154
CONCLUSIONES.....	157
PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES.....	158
APENDICE.....	159
BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	163

" I N T R O D U C C I O N "

El propósito de esta tesis, es el llegar a conocer algunos problemas de manifestaciones emocionales, con relación a tratamientos dentales, en el desarrollo de la misma, ofreceremos al dentista una visión amplia, del miedo más común que se manifiesta en los pacientes bajo el tratamiento odontológico.

Las consecuencias de formas de comportamiento se rigen por su herencia física y mental. Y se van desarrollando conforme al contacto con el consultorio dental.

El dentista debe estar en posición de preparar psicológicamente y darle a conocer con diplomacia y profesionalismo la importancia de los problemas para que este entre en confianza.

Con esta preparación el paciente desarrollara una conducta aceptable la que satisfaga sus necesidades emocionales y mentales, de tal manera que este tratamiento pueda ser aceptado o rechazado totalmente.

Para los cuidados dentales, que pueden ser una de sus necesidades físicas, serán realizadas satisfactoriamente al contar con la total cooperación del paciente, por lo que corresponde al odontólogo debe reconocer que está vinculando factores psicológicos, sociológicos, los que forman las normas y actividades hacia la Odontología para un

manejo adecuado dentro del consultorio, el Dentista debe asumir su profesión sin dudar, teniendo en cuenta que se tropesara con pacientes infantiles o adultos de ambos sexos, experimentando, fobias, temores y ansiedades, siendo estos los causantes de que un sector de la población no acepte tratamientos Odontológicos.

Se aclararan las medidas para un diagnóstico y evaluación del miedo las medidas se representan de la siguiente forma: Auto-Reporte, Fisiológicas y observación de la conducta.

Al principio se aclararía que por las Técnicas Conductuales en el tratamiento de desordenes emocionales se viola la necesidad de considerar las Técnicas como, la Relajación y Desensibilización, el modelamiento, y la consideración de los factores de pensamiento o Cognición, se presentara un enfoque cognitivo conductual señalando la Técnica racional Emotiva (TRE), de la cual hay algunas personas que se han preocupado por dar el mismo tratamiento a nivel preventivo, siendo esto por medio de la ERE, (Educación Racional Emotiva), de la cual se hara una presentación de la ERE señalando la manera como se les enseñara a los niños que son los sentimientos, de donde vienen, (mostrando los esquemas APSR), y ademas mostrando como eliminar o sustituir las ideas irracionales.

Además se presentara una Técnica de tipo Cognitivo, que es la Imaginación Emotiva, que se puede utilizar para

reducir la ansiedad.

Hay la posibilidad de aplicar de manera conjunta las --
Técnicas conductuales antes mencionadas, junto con las Téc
nicas Cognitivas Conductuales.

Además se dará un enfoque de la Farmacodinamia utilizada en la reducción del miedo.

" F U N D A M E N T A C I O N . D E L T E M A . "

Una de las causas más notables del miedo se manifiestan con factores desfavorables como son: La aplicación de la anestesia y el ruido del instrumental.

El componente Cognoscitivo se muestra de la siguiente forma: Pensamiento al peligro.

Los componentes fisiológicos los detallamos a continuación: Taquicardias, contracciones en la región abdominal, humedecimiento de las manos o cambios sanguíneos en los vasos dermicos que motivan palidez o rubor. . . .

El componente motor se muestra con: Manifestaciones lingüísticas y movimientos automáticos de defensa o huida.

Solo estos componentes constituyen lo que expresamos como miedo o angustia.

La angustia, estimula reacciones de defensa y evita que acuda al consultorio dental, provocando un estado de tensión y cambios emocionales, aunque el dentista no haga daño alguno.

La ansiedad, experimenta situaciones peligrosas, solo simbólicamente, además de ser intangible.

El miedo, es una respuesta emocional realista, lo que constituye un peligro o una amenaza real.

" PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA "

¿ En que medida influyen los factores o componentes que comprende el miedo en los pacientes que acuden a un tratamiento odontológico y en que forma podrían ser reducidos para que permitan que el paciente entre en confianza ?

Las necesidades de conocer las causas del miedo y sus manifestaciones que se representan en los pacientes en el tratamiento odontológico, son cada vez más necesarias, sin embargo se deben usar las técnicas más adecuadas, como son: La Desensibilización y Modelamiento, las que creemos que son las ideales; además se puede correr el riesgo al no ser manejadas adecuadamente, en causar lesiones Iatrogénicas (producidas por el medico), siendo estas de caracter irreversible.

La visita del paciente al odontólogo es una nueva o antigua experiencia, desencadenando factores favorables, desfavorables y socioculturales.

Los factores favorables, se determinan con medidas educativas de experiencias agradables de familiares o terceras personas, sin causar dolor o molestias.

Factores desfavorables, son aquellos que determinan, los programas de comunicación, dibujos no agradables, o manifestaciones de rechazo en el tratamiento dental.

En cuanto a los factores socio-culturales, se difieren de acuerdo al sexo y a la edad proporcionando puntos de referencia, los cuales son, con otros en su desarrollo, en su ambiente es similar.

Las conductas que se representan en las personas pueden ser afectadas, física, intelectual, emotiva y socialmente, las que se derivan por una privación.

El sentimiento de angustia en el ser humano, se encuentra asociado al factor educativo de los padres.

Estas situaciones y otras, producen un estado de angustia o malestar agudo no justificándose de ninguna manera,

Cuando el dentista se presenta adecuadamente uniformado, es un símbolo de autoridad en el paciente relacionándolo familiarmente, ya que puede hacer daño o herir, despertando en él una ansiedad.

" O B J E T I V O S G E N E R A L E S "

- 1) El Cirujano Dentista, debera tener conocimiento de los factores psicológicos relacionados con el miedo.
- 2) Se darán a conocer las diferentes formas de manifestaciones que se observan en el paciente antes y después de la visita al consultorio dental.
- 3) Se investigará bibliográficamente, de como reacciona, su funcionamiento del sistema de alarma.
- 4) Se aplicarán métodos de terapia para disminuir el miedo que presentan los pacientes cuando acuden al tratamiento odontológico.

" O B J E T I V O S E S P E C I F I C O S "

- 1.- El Cirujano Dentista tendrá conocimiento de qué es el miedo.
- 1.1.- Describir tipos de miedo.
Temor objetivo y Temor subjetivo.
- 1.2.- Describir como reacciona el cuerpo del paciente al miedo.
- 2.- Describa y mencione porqué cada paciente reacciona de forma individual ante el miedo.
- 3.- Describa y mencione como se origina el miedo.
- 4.- Describa miedo y personalidad... "Tipos de personalidad."
- 5.- Describa la psicología del consultorio.
- 6.- Describa la clasificación del paciente.
Paciente cooperativos y no cooperativos.
- 7.- Describa la hipnosis como agente para disminuir el miedo y su aplicación en odontología.
- 7.1.- Mencione la tabla de orientación y control del grado de profundidad hipnótica.
- 8.- Describa el diagnóstico y la evaluación del miedo.
- 9.- Describa y mencione las técnicas para reducir el miedo en el tratamiento odontológico.
- 10.- Conclusiones.

11.~ Bibliografía.

H I P O T E S I S

Entre mejor conocimiento de técnicas de terapia conductual, que aplique el Cirujano Dentista para reducir el miedo dental, desde su origen en el consultorio y las manifestaciones conductuales que presenta el paciente en el tratamiento odontológico, mayor será su cobertura de atención para los pacientes ansiosos y miedosos.

M A T E R I A L

- A) Fichas de trabajo bibliográfica.
- B) Guía de observación (para captar información se puede emplear un diario de campo).
- C) Cuestionario o cédula de entrevista.
- D) Guía de entrevista (para captar la información puede emplearse una libreta).
- E) Guía de observación participante (para registrar los datos puede emplearse una libreta).
- F) Libros de texto.
- G) Revistas y Artículos.
- H) Diccionario.
- I) Máquina de escribir.
- J) Documentación del Centro Nacional de Información y Documentación en Salud (CENIDS).

M E T O D O

A) CRITERIOS DE SELECCION

La investigación del tema se realizará por medio de información primaria y secundaria

Primaria: Se referirá a las encuestas que realizaremos en la clínica para observar el comportamiento de los pacientes.

Secundaria: Será la recopilación bibliográfica de trabajo documental, éstas nos proporcionaran la información previa, de libros revistas y archivo clínico, testimonios históricos, como para que, sirvan de base para la labor de investigación.

La información recopilada se encontro en inglés y español, de 6 años a la fecha, para la elaboración de esta investigación.

B) CRITERIOS DE ORGANIZACION.

Es preciso separar los datos del objetivo central de aquellos que se refieren a los objetivos secundarios.

Como capítulo I, como objetivo central, qué es el miedo, como objetivo secundario; tipos de miedo, reacciones del paciente ante el miedo.

En el capítulo II, como objetivo central; reacciones de cada paciente ante el miedo.

En el capítulo III, como objetivo central origen del miedo, el objetivo secundario; ansiedad y dolor.

En el capítulo IV, objetivo central; miedo y personalidad, objetivo secundario; tipos de personalidad.

En el capítulo V, objetivo central; psicología del consultorio.

En el capítulo VI, como objetivo central; clasificación del paciente.

En el capítulo VII, el objetivo central es; la hipnosis y su aplicación en Odontología, el objetivo secundario es; tabla del grado de profundidad.

En el capítulo VIII, el objetivo central es; diagnóstico y evaluación del miedo, como objetivo secundario; medidas para utilizarlas en el diagnóstico y la evaluación.

En el capítulo IX, como objetivo central; técnicas para reducir el miedo, y farmacodinamia utilizada en la terapia conductual.

C) CRITERIOS DE ANALISIS

El análisis de la información debe realizarse de manera que verifique de la forma más directa y prolija la hi

pótesis que se plantea.

D) CRITERIOS DE SINTESIS.

Lo que antecede describirá la secuencia que va desde la curiosidad hasta el descubrimiento. Basta pasar una rápida revisión a las características fundamentales que debe reunir un trabajo como este tipo.

Algunas de éstas son las observaciones generales referidas al estilo y la presentación.

E) CRITERIOS DE EVALUACION.

El orden de valoración, sobre ésta tesis, hay búsquedas que sólo beneficiarán a un número reducido de individuos, mientras que otras otorgarán alivio a masas importantes de pacientes. (¿Es posible afirmar que una es más - - útil que la otra?). Es decir, que nos referimos a las técnicas para reducir el miedo dental que se expondrán en está investigación.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- 1.- Selección de tema y asesor de tesis.
- 2.- Aprobación del tema.
- 3.- Investigación bibliográfica.
- 4.- Traducción de inglés-español.
- 5.- Elaboración de puntos a desarrollar.
- 6.- Revisión de datos acumulados.
- 7.- Desarrollo del tema.
- 8.- Elaboración de borradores.

C O N S I D E R A C I O N E S . P R E V I A S

EFFECTOS DE LA ANSIEDAD DENTAL Y FASE DEL TRATAMIENTO DEL MALESTAR DURANTE LA SIMULACION DENTAL.

Debido a que en los tratamientos dentales que se siguen ciertos pacientes son molestos y en general son provocados por la ansiedad, se han realizado estudios para poder reducir los efectos de éste, simulando en el laboratorio los tratamientos que se siguen normalmente en los pacientes.

Inicialmente la población representativa en el consultorio se divide en dos grupos uno, el que presenta alta ansiedad y el otro baja ansiedad.

El proposito de éste estudio fué:

- A) Detectar cuando se presenta la ansiedad y determinar específicamente su tratamiento.
- B) Analizar la relación entre la ansiedad y determinar las reacciones faciales del paciente.
- C) Reproducir y ampliar el método de Corah.

Este método consiste en una simulación dental usando la sugestión, dirigida especialmente para causar efectos psicológicos dividiéndose en varias fases.

En la fase se tiene una operación usando amalgama para restaurar una pieza dental, la sugestión se realiza - -

cuando el paciente se encuentra en el sillón dental un - - efecto de la primera persona.

La sugestión está dividida en partes de 60 seg., cada una, las que a continuación mencionamos:

- 1.- Preparación del paciente.
- 2.- Periodo de espera para el dentista.
- 3.- El Dentista hace una exploración bucal por medio de simulamientos y aplica rayos X.
- 4.- Aplicación del anestésico.
- 5.- Haciendo uso de la pieza de alta velocidad.
- 6.- Haciendo uso de la pieza de baja velocidad.
- 7.- Haciendo uso del instrumento de mano.
- 8.- Aplicar la amalgama.
- 9.- Puliendo a baja velocidad.

Como anteriormente se menciona se tomo una población representativa consistente en dos grupos de 12 personas, - cada grupo tiene 6 hombres y 6 mujeres, lo que nos indicara una escala representativa en donde se puede aplicar a - cualquier persona. Estos grupos fueron seleccionados de - 60 pacientes, se efectuaron los siguientes criterios de se - lección que son de baja y alta ansiedad.

Inicialmente al paciente se le somete ha un período - de relajación de 5 min., posteriormente durante los otros - 5 min., se le presenta la *sugestión*, durante los últimos - 1' 10 seg., de cada fase se le pregunta al paciente como -

se siente, de acuerdo a una escala de 15 puntos; 1 presenta molestia extrema, 15 representa calma completa y 8 sin representación.

Las razones más extremas de malestar en los pacientes de alta ansiedad fueron en técnicas de anestesia, la pieza de mano de alta velocidad y la pieza de baja velocidad.

Con respecto a la actividad autonómica se presentó una actividad galvánica del rostro en el momento del tratamiento dental.

De lo antes mencionado es importante recalcar que la hipótesis de tensión corporal causada por trabajos dentales, pueden ser funciones de evaluaciones cognoscitivas, que den un incremento en las sensaciones corporales.

C A P I T U L O I

EL CIRUJANO DENTISTA TENDRA CONOCIMIENTO DE QUE ES EL MIEDO.

El miedo actúa en nuestro cuerpo como un sistema de alarma que nos avisa del peligro de un proceder irreflexivo y que de este modo nos protege. Este sistema funciona con relativa sencillez, reconociendo un peligro y nos pone en estado de una expectativa.

El miedo activa la capacidad del hombre, elevando al máximo la vigilancia, precaución y otras funciones semejantes de nuestro organismo. El sistema de alarma tiene pleno sentido si capta las señales de peligro y nos pone en disposición de reaccionar convenientemente en situaciones peligrosas.

El miedo es un complejo juego de combinaciones entre diferentes componentes de reacción, ninguno de los cuales es el único al que se llama miedo o angustia.

En situaciones de miedo, cuando el paciente tiembla en todo su cuerpo o siente una punzada en el pecho, una presión en la región del estómago y se siente acosado tiene que desahogarse de alguna forma llora o grita.

En efecto, desde el punto de vista clínico, el sentimiento de inseguridad no es sólo la percepción interna del estado de inseguridad. Está muy lejos de ser una noción -

simple. Es más agudo en el plano afectivo y menos sobre el plano intelectual.

En el gran número de pacientes afectados de una constitución afectiva particular, a partir de cierto grado de sensibilización, la inseguridad se convierte por decirlo así, en un sentimiento puro, completamente vacío de conceptos y que escapa a toda verificación objetiva y ese sentimiento tanto en su calidad como en su intensidad, resiste todos los caracteres específicos de un afecto determinado, ha esto se le nombra miedo o angustia.

El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales elaboradas por la personalidad, basadas en el sentido y el significado. Una situación puede suscribir miedo o ansiedad porque significa peligro o amenaza para la persona aunque en realidad no existe tal, lo importante es saber como la percibe el hombre y de que manera le afecta. Sin embargo, en la vida hay ciertas situaciones básicas que tienden a provocar miedo, en la mayoría de los pacientes, una de éstas situaciones es la visita al Dentista.

El miedo es una respuesta emocional realista, es la reacción a una situación que constituye un peligro o una amenaza real.

La ansiedad es una respuesta a situaciones que son peligrosas sólo simbólicamente. La ansiedad es intangible, mientras que el miedo por lo contrario, es concreto y sir-

ve por lo general para poner el organismo en alerta contra posibles peligros que no están todavía definidos.

El miedo estimula las reacciones de defensa y evita, por ejemplo acudir al consultorio dental. Surge la angustia que provoca un estado de tensión y cambios emocionales aunque el Dentista no haga daño ni lastime, la ansiedad exagera cualquier experiencia dolorosa real, llegando a disminuir el umbral del dolor y aumentar la tolerancia a los medicamentos, por lo tanto es preciso saber reconocer y tratar estos aspectos de angustia y anticipación que presenta el dolor.

Para obtener de los diversos estados emotivos del hombre, una clasificación conforme a esta definición de su rango común, es importante dirigir la atención hacia la reactividad animal desencadenada por el choque emotivo y destinado a evitar el peligro de reactividad emocional primitiva, con el fin de ser eficaz, no puede consistir sino en el ataque o en la huida del peligro. La observación de muestra la existencia de una tercera forma de respuesta de carácter eficaz. Esta se desencadena tanto en el animal como en el hombre, frente al peligro demasiado bruscamente percibido o demasiado intenso e insuperable, de manera que estas dos reacciones de protección (huida y ataque), ninguna llega a desencadenarse, las dos permanecen bloqueadas en el cuerpo y sus intenciones contradictorias producen un espasmo, inhibiendo la motilidad, es como si los impulsos

de huida y ataque actuando en sentido inverso se anulan mutuamente, paralizando toda la reacción y creando así un estado letárgico. En esta forma convulsionada de la respuesta choque emotivo, que conduce a una reacción de abandono, la inervación, en vez de estimular el aparato motor, vierte de una manera paradójica toda su energía existente, en el sistema neurovegetativo, produciendo trastornos somáticos generalizados y difusos como son: Temblores, taquicardias, sudores, etc. (el espasmo tónico y los trastornos orgánicos se producen, sin embargo, igualmente pero de una manera atenuante, en las reacciones de huida y ataque, determinando su carácter de automatismo irresistible y fortaleciendo por eso mismo su eficacia).

A esas tres formas de la reactividad órgano-motriz, corresponden tres formas de la reactividad intra-psíquica (de manera que esta va invariablemente acompañada del trastorno orgánico). Al carácter automático común a la reacción somática, corresponde al carácter pánico común a las reacciones psíquicas. Estas tres manifestaciones psíquicas al choque emotivo, (inseparable de la huida, del ataque y la manifestación de abandono), son: El Temor pánico, la Cólera y el Terror.

I.1. DESCRIBIR TIPOS DE MIEDO

Temor objetivo, Temor subjetivo.

El temor objetivo, es aquél que es provocado por estímulos físicos directos de los órganos sensoriales y generalmente no radican en origen paterno, este tipo de temor es aquél por el cuál las reacciones a estímulos que se oyen, sienten, saborean y huelen, cuyo origen natural es desagradable.

El paciente infantil o adulto que a sido tratado anteriormente por el dentista y han sido manejados deficientemente, que se les ha influido dolor innecesario, por conducta propia y experiencia a lo anterior, han desarrollado miedo a tratamientos dentales, por lo que también se consideraran las expresiones del miedo en tratamientos futuros.

Como también a los pacientes que aún son manejados deficientemente en clínicas médicas, también sufren el intenso dolor inflingido por personal con uniforme blanco, pueden desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares a los de dentistas o higienistas dentales. Otra de las reacciones es la de olores de drogas o compuestos químicos que anteriormente fueron asociados en situaciones desagradables, ocasionando temores injustificados. El dolor de un diente, va asociado con el origen del miedo y se observan algunas manifestaciones de aprehensión al dolor psicológico que contacta con el odontólogo provocando una an-

gustia hacia la visita dental.

El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento, resulta aumentado y lleva aprehensiones todavía mayores.

Es muy difícil lograr que un paciente que ha sido dañado de esta manera, acuda al dentista por voluntad propia. Cuando le hacen volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del paciente en el dentista y en el tratamiento dental.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas.

El temor subjetivo, se basa en los sentimientos que han sido sugeridos al paciente infantil y al adulto por personas que los rodean, sin que el individuo los haya experimentado personalmente al paciente sin experiencia en el miedo dental, son muy sensibles a las sugerencias, y al escuchar una comunicación desagradable con sus padres u otro tipo de personas las cuales ya han experimentado dolor ante el tratamiento dental, y pronto desarrollarán miedo respecto a la situación. Las imágenes que producen miedo a cosas estáticas o dinámicas vividas o escuchadas, se han grabado en la imaginación de la persona; aumentando el

miedo manifestandose imponente.

Todos los individuos tenemos miedo a lo desconocido. Cualquier cosa nueva provoca miedo hasta que no es comprobada que su bienestar es para el bien de ellos y no se vean amenazados por el temor.

El temor subjetivo también puede experimentarse por imitación, un paciente está observando miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto tan genuino como el que está observando en otros.

Esto radica desde los padres, porque si un hijo observa miedo en sus padres, ese individuo tendrá miedo, si las personas que lo rodean (familia, amigos), expresan temor, este expresará también el temor reflejado y si alguien está triste, el también reflejará la tristeza.

La ansiedad del paciente y su comportamiento claramente negativo, están íntimamente relacionados con ansiedades, temores que han sido transmitidos por los padres.

Los temores por imitación, pueden transmitirse sutilmente, las personas pueden hacer muestra de ello y el paciente puede adquirirlo sin que los dos o más personas se den cuenta. Son temores que ocurren en la vida cotidiana y por lo tanto difíciles de eliminar. Gran parte de las manifestaciones dependerán de las capacidades innatas físicas y mentales del paciente.

1.2. - DESCRIBIR COMO REACCIONA EL CUERPO DEL PACIENTE AL MIEDO.

A menudo, se puede observar con toda nitidez, en los pacientes que: cuándo mienten o simplemente utilizan inocentes excusas se ruborizan, según el grado de excitación emocional, les ocurren determinados cambios fisiológicos.

Si el paciente tiene mal la conciencia se vuelve nervioso y angustiado, sabe bloquear hacia afuera sus emociones. Los pacientes podrán mentir sin ponerse inmediatamente sonrojados, pero tampoco son capaces de ocultar totalmente, al ser sorprendidos en mentiras, estados psicológicos como el susto, la confusión y el miedo; pues éstos influyen en el riego sanguíneo de la piel y consiguientemente en su color. También aumentara la humedad de su piel y disminuye en ella su resistencia eléctrica.

Simultáneamente, comienza a palpar más rápido su corazón, la presión sanguínea sube, la actividad respiratoria se acelera.

Todos estos cambios fisiológicos, pueden ser notados por el detector de mentiras. La psicología fisiológica experimental, investiga mediante cuidadosas mediciones, estas reacciones concomitantes del miedo. Las múltiples sensaciones que podemos experimentar en situaciones de miedo, es inteligible si pensamos que el estado de alarma de todo el organismo cae en una excitación, si se observa sólo el

lado fisiológico, el grado del cambio de actividad es una referencia directa a la intensidad de la excitación del sentimiento que acabamos de experimentar.

El componente fisiológico del miedo, se deduce que la descarga simpática masiva resulta en un aumento de actividad de diversas funciones corporales, y lo muestran las quejas de los pacientes que describen su miedo.

Respiramos sin pensar en ello, nuestro corazón palpita, mientras dormimos, incluso durante un desmayo. Normalmente el paciente no se preocupa de la respiración, de la digestión o del latido del corazón, y es que todo esto funciona por sí mismo automáticamente.

El Fisiologo Arthur C. Gyton, nos dice que; normalmente, no se puede influir voluntariamente en las principales funciones orgánicas vitales. El sistema Neurovegetativo que trabaja independientemente, nos libera de esa tarea. Su principal misión consiste en cuidar de que nuestro cuerpo vuelva siempre de nuevo a un estado de equilibrio fisiológico, el que está al servicio del constante mantenimiento de nuestras actividades de la economía; algunas están regidas casi en su totalidad por el sistema Neurovegetativo, otras sólo parcialmente.

En situaciones de tensa excitación, en caso de miedo, se dice frecuentemente que el fin del simpático es proporcionar energía suplementaria para el organismo en situaciones de dificultad.

¿COMO FUNCIONA EL SISTEMA NEUROVEGETATIVO EN CASO NORMAL?

Cuida de los principales procesos de conservación vital en nuestro organismo sin que nosotros tengamos que preocuparnos de ello; nos hace "vegetar" en cuanto que regula la respiración, corazón y circulación, digestión, economía del agua y del calor. En situaciones de emergencia, como el desmayo o colapso, mantiene también las funciones orgánicas vitales.

Asumen este trabajo, dos sistemas parciales que se influyen mutuamente en oposición, antagónicamente, como en una balanza, según el principio del equilibrio, el Simpático y el Parasimpático.

El sistema simpático nos prepara para la actividad, acelera entre otras cosas el latido del corazón, la presión sanguínea, ensancha las arterias y eleva de este modo, la eficiencia de los músculos. Fomenta la secreción del sudor, logra una respiración más rápida y profunda, ensancha las pupilas, refrena la digestión, estimula las glándulas renales para una mayor secreción de la adrenalina. Los impulsos del simpático, elevan pues, nuestra fuerza, la capacidad del rendimiento en el trabajo, generan actividad y suministran energías que se reserva para la acción.

El sistema neurovegetativo, trata de mantener el estado de equilibrio fisiológico. Por tal motivo el Sistema

parasimpático actúa siempre en oposición al simpático. Sus impulsos fomentan tranquilidad del corazón y la circulación, constricción de las arterias, baja la presión sanguínea, estimula todas las funciones importantes de la alimentación, paraliza la secreción de sudor, y retarda la actividad respiratoria.

"Organos y funciones que actúan respectiva y antagónicamente el sistema simpático y el parasimpático".

SIMPATICO

Dilatación de las pupilas.
 Poca saliva espesa y gruesa (boca seca)
 Estrechamiento de los vasos sanguíneos
 Sudor viscoso "frío"
 Dilatación de los bronquios, aceleración de la respiración
 Estrechamiento de las arterias coronarias del corazón, disminución del pulso.
 Contensión de la secreción biliar, liberación de azúcar en la sangre.
 Estimulo de la secreción de adrenalina
 Contensión de la eliminación de orina.

PARASIMPATICO

Estrechamiento de las pupilas.
 Saliva abundante y delgada
 Dilatación de los vasos sanguíneos.
 Sudor fluido "caliente"
 Estrechamiento de los bronquios, retardación de la respiración.
 Dilatación de las arterias coronarias del corazón, aceleración del pulso.
 Fomento de la secreción biliar.
 Contensión de la secreción de adrenalina.
 Fomento de la eliminación de orina.

SIMPATICO

Contensión de la actividad digestiva.

Contensión de la evacuación de orina.

PARASIMPATICO

Fomento de la actividad digestiva.

Fomento de la evacuación de orina.

El simpático y el parasimpático, tienen que volver a encontrar continuamente un equilibrio bien ponderado de lo contrario se llega a trastornar las funciones orgánicas. Normalmente esto marcha bien, ambos sistemas estimulan constantemente el sistema de alarma, si se quita la energía proporcionada por el simpático, el parasimpático cuida de la tranquilidad y descanso. Esto sucede por regla general automáticamente, según la situación de la respectiva alarma, si el simpático tiene sobrecarga, el parasimpático procura en seguida el equilibrio. Nuestro sistema neurovegetativo es capaz, por eso de soportar enormes cargas, pues reacciona con elasticidad, resiste incluso desgastes extremos, no obstante se sobrepasa su capacidad de carga, entonces ciertos dispositivos de seguridad, señales de alerta, como por ejemplo, el cansancio y agotamiento impiden el desplome inmediato. En estado de intensa excitación, por ejemplo en el caso de miedo, la causa resulta diferente. Para seguir con la comparación de la balanza, el miedo carga frecuentemente la reacción de alarma del simpático. Como nuestro organismo está constituido de manera que, en estado de miedo domina el simpático con ello se movilizan energías suplementarias.

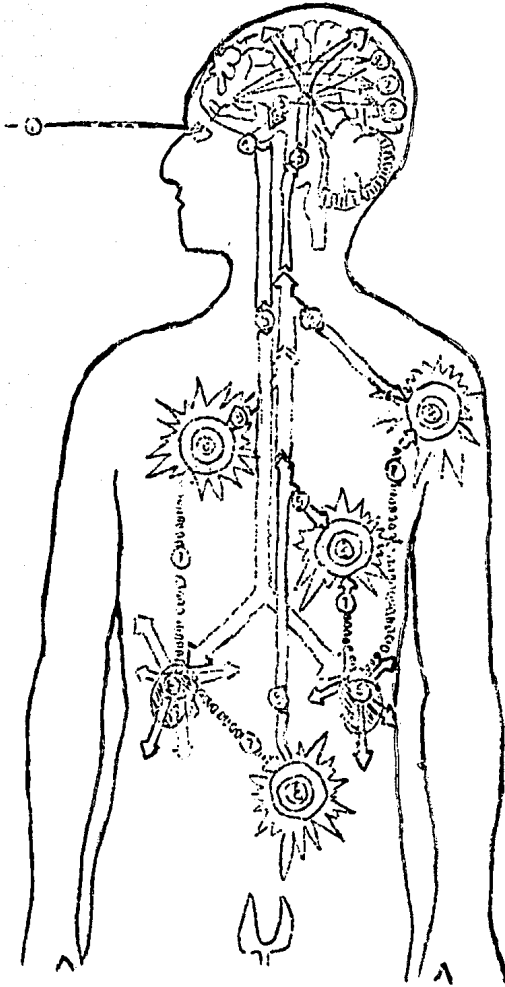
Para volver al equilibrio, existen dos posibilidades: o liberamos totalmente la energía suministrada por el simpático, desfogándonos·descargamos, pues, la reacción de -- alarma del simpático, o bien ponemos en marcha el sistema parasimpático, así por ejemplo podemos relajarnos activa-- mente o sensillamente comer.

Pero cuando el estado angustioso, dura más, entonces se siguen manifestando también los impulsos parasimpáticos. Se presentan típicas reacciones de miedo, como por ejemplo, náuseas, vómito, diarreas y orina.

Así funciona nuestro sistema de alarma:

Sabemos las reacciones que pueden producir miedo en nuestro cuerpo, pero, ¿como se "comunica" el miedo? ¿como se "conecta" el sistema de alarma?.

El cuadro muestra los diferentes "caminos de comunicación".



Caminos de Comunicaci3n.

- .. Nuestros sentidos (1) comunican estímulos de peligro a la corteza cerebral (2).
- .. En nuestra corteza cerebral tiene lugar un proceso de -consciencia: asociamos, "peligro".
- .. Con captación de las señales de peligro se producen emociones de miedo en el hipotálamo (3) una parte del dien céfalo.
- .. Las emociones de miedo se comunican a la hipófisis (4), la glándula apendicular del cerebro.
- .. La hipófisis vierte entonces la hormona ACTH (hormona -adrenocorticotropa), directamente en la corriente sanguínea (5).
- .. La corteza suprarrenal (6), otra glándula, registra la ACTH contenida en la sangre y reacciona entonces automáticamente expulsando hormonas, especialmente de adrenalina.
- .. Estas hormonas (7) ponen a todo el organismo en estado de máxima disposición para el ataque y la huida. Simultáneamente las emociones de miedo del hipotálamo han ac tivado nuestro sistema neurovegetativo.
- .. Este estado de tensa excitación en todo el organismo -- (8) es comunicado de nuevo al cerebro. (de este modo caemos en la cuenta, por ejemplo, de que nuestro corazón -palpita más aprisa).
- .. Pero el estado de excitación es comunicado principalmen

te a la base del cerebro, cuyo sistema parcial, la formación reticular (9), envía ahora impulsos a la corteza cerebral.

Estos impulsos de la formación reticular "encienden" normalmente la corteza cerebral. Esta se pone así en estado de extrema prevención, es "despertada"; la consecuencia es la atención más tensa, todos los estímulos del medio ambiente son ahora percibidos con especial agudeza y elaborados con sumo cuidado.

Estamos preparados para el peligro. La corteza cerebral, excitada al extremo, posibilita una percepción y un pensamiento óptimamente adecuado a la situación, y por consiguiente, bajo la óptima utilización de nuestra capacidad motora (el simpático), juntamente con las hormonas de la corteza suprarrenal, ha proporcionado ya las energías necesarias para ello.

ESTRUCTURA DEL SINTOMA

Este es un hecho clínico para interesar a los dentistas. Para ser más clara su interpretación, conviene distinguir el carácter especial o físico y el carácter psíquico de la experiencia traumática inicial.

El carácter físico, se asemeja con la exterioridad de un automóvil que se pone en marcha, con relación al paciente que, desde el jardín, lo oye funcionar bruscamente.

El carácter psíquico, es el miedo ante esa maquinaria misteriosa.

Es claro que el segundo depende del primero y no el primero del segundo, es decir, que la máquina es la causa de miedo, se refiere a un principio lógico de explicación.

Este enlace de casualidad, está condicionada por una liga de precausalidad.

La máquina no puede ser causa de miedo pánico, sino en la medida que está dotada de un fenómeno extraño, una percepción externa es interpretada entonces. El miedo se vuelve angustia, no se puede dar una explicación completa del fenómeno sin usar los datos anteriormente mencionados.

Es interesante que se encuentren estos dos caracteres originales en la situación, fóbica actual, el análisis del sistema neurótico adulto, conduce a reconstruir el trauma inicial subrayando su conformidad a las leyes de precausalidad.

A su vez, estas leyes nos permiten esclarecer la estructura de la fobia adulta. Se reduce el síntoma al trauma infantil para producir después este último a un síntoma de origen fóbico.

En efecto, al escuchar a nuestro paciente, se dice en ella la acción de los dos procesos de causalidad arriba descritos, ella misma establece sobre el plano conscien

te, la conexión precausal, al contrario, se opera en su inconsciente. En éste, el principio infantil se ha mantenido a consecuencia de la represión, y por lo mismo, del olvido, del trauma inicial. Es preciso pues, revelar y explicarle ese principio infantil y las consecuencias mórbidas de la aplicación. La terapéutica consiste en confrontar, después de haberlos esclarecidos, esas dos ordenes antinómicas de conexión causal, de manera de restablecer la relación que se había cortado entre la reacción afectiva frente al origen y ante el fenómeno del poder mágico.

El miedo es una imagen tan sintomática como espontánea, al escuchar el ruido de la pieza de alta velocidad.

Se observa una gran variedad en la elección individual de objeto causal, pero en un paciente dado, esa elección tiende a fijarse y a inmovilizarse sobre una imagen, con relación a otra.

Esta fijación depende principalmente de las experiencias vividas y de los traumatismos antiguos y en escasa medida de las circunstancias del azar de la bomba atómica, del cáncer, al dentista y al fisco, se encuentran todas las transiciones, se trata de objetos secundarios, pero su simbolismo los liga siempre, de alguna manera a los objetos primarios.

La transición se encuentra aquí, en el grado y la na

turalidad, y no en la naturaleza del fenómeno pues el proceso de formación permanece inmutable.

¿No está ligado al fondo de la naturaleza humana?,
¿No es este fondo la necesidad del pensar mágicamente ante las fuerzas cósmicas y sociales?... Es un reflejo muy humano de defensa.

BIBLIOGRAFIA:

1. - DONALD L. McLEROY-MALONE, "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO - ODONTOLOGICO", EDITORIAL, INTERAMERICANA, MEXICO, AÑO, 1979.
2. - CHARLE O ODIER, "LA ANGUSTIA Y EL PENSAMIENTO MAGICO", EDITORIAL, FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, AÑO, -- 1981.
3. - KLAUS D. HEL, "VENCER EL MIEDO", EDITORIAL, MENSAJERO, BILBOA, AÑO, 1979.
4. - PAUL DIEI, "EL MIEDO Y LA ANGUSTIA", EDITORIAL, FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, AÑO, 1981.

CAPÍTULO 11

DESCRIBA Y MENCIONE PORQUE CADA PACIENTE REACCIONA DE FORMA INDIVIDUAL ANTE EL MIEDO.

Respiración, digestión, palpitaciones del corazón, todo funciona por sí mismo. El responsable de la eficaz marcha de esta función automática, es nuestro sistema nervioso autónomo. Conociendo los múltiples cambios fisiológicos que pueden presentarse con el miedo,

Cuando estamos levemente excitados, sólo notamos muy debilmente nuestras manifestaciones corporales. En estado de fuerte excitación, sin embargo pueden aparecer manifestaciones corporales adicionales de gran trascendencia, que pueden hacer enfermar al paciente.

Nuestro sistema nervioso autónomo, normalmente no puede hacer distinciones; el simpático por ejemplo, pone en funcionamiento indistintivamente todas las funciones corporales en las que él puede influir.

Sin embargo, muchos pacientes que se encuentran en estado de excitación y miedo "prefieren" más un determinado síntoma orgánico a otro, que llega en ese caso con especial rapidez a "elevadas revoluciones", así pues, muchos pacientes tienen su "estereotipo" "autónomo de manifestación" individual, como lo ha demostrado el fisiólogo americano Lacey.

Si en situaciones de miedo siente el paciente en su estómago, en casos de poca excitación consta de: presión - en la región estomacal, el paciente pertenece [posiblemente] a los tipos "estomaco-intestinales". En ese caso su estereotipo autónomo de manifestación es el "estómago" ante la carga psíquica débil como la intensa, su simpático - prefiere el sistema digestivo.

A otro tipo de pacientes se le realizan las siguientes preguntas:

- ¿Siente usted siempre lo primero el corazón?
- ¿Tiene excitación, o dificultad con la circulación?
- ¿Se siente mareado?

Si todas las respuestas son afirmativas, el tipo del paciente es "cardiaco-circulatorio", o quizá el paciente - nos reporte unicamente inquietud y nerviosismo o sencillamente sensible al estímulo o especialmente flojo o débil, - esta clase de pacientes se refiere a los de tipo "excitabilidad general" y "debilidad-laxitud"; estos son los tipos genéricos en los cuales los pacientes se manifiestan de modo individual del sistema orgánico preferido, aunque el -- simpático haya activado también adicionalmente los demás - órganos; si el estereotipo del paciente de manifestación -- autónoma es por ejemplo, estomaco-intestinal, en este caso, se manifiesta primero su sistema digestivo, entonces - revela unicamente su estómago y se sienten indispuestos o - surgen trastornos digestivos.

En caso contrario el paciente está excitado de manera extraordinariamente violenta o expuesto constantemente a fuertes tensiones, surge entonces graves dolores de estómago y quizá en algunas ocasiones una úlcera estomacal. Los sujetos, cuyo estereotipo autónomo de manifestación -- cardio-circulatorio, sufren de preferencia de su simpático hacia el corazón y la circulación, así pues, en ningún caso de auténtica enfermedad y sin embargo, dolores estomacales.

Como antes mencionamos existen estereotipos autónomos de manifestaciones aparentemente más fuertes que en otros. Estas personas son propensas a las enfermedades -- llamadas psicósomáticas; y reaccionan a las cargas psíquicas con síntomas somáticos, es decir corporales.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- GEORGE DEVEREUX, "DE LA ANSIEDAD AL METODO EN LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO, EDITORIAL, SIGLO XXI, MEXICO, 1979.
- 2.- JOHON HARTLAND, "LA HIPNOSIS EN MEDICINA Y ODONTOLOGIA, Y SUS APLICACIONES CLINICAS", EDITORIAL, CONTINENTAL, MEXICO, AÑO, 1979.
- 3.- PAUL SWARTE, "PSICOLOGIA DEL ESTUDIO DE LA CONDUCTA", EDITORIAL, CONTINENTAL, S.A., MEXICO, AÑO, 1980.
- 4.- READER'S DIGER, "EL GRAN LIBRO DE LA SALUD", EDITORIAL, SELECCIONES, MEXICO, AÑO, 1979.
- 5.- RAMON DE LA FUENTE, "PSICOLOGIA MEDICA", EDITORIAL, FONDO DE CULTURA ECONOMICA, AÑO, 1979.

C A P I T U L O I I I

DESCRIBA Y MENCIONE COMO SE ORIGINA EL MIEDO

Las raíces del miedo tiene origen en la infancia, se manifiesta débil y vulnerable, cuando todo parece potencialmente amenazador, con la edad y experiencia se va aprendiendo que no todo es peligroso, el individuo desarrolla progresivamente un sentimiento de seguridad y confianza y se siente capaz para afrontar la vida. El miedo desa parece en gran parte, pero nunca del todo ya que permanece latente en el inconsciente del individuo, por lo cual las nuevas situaciones, que nos recuerdan peligros del pasado, hacen surgir con facilidad miedos olvidados que cubrirán de peligros inexistentes a la nueva situación.

El miedo aunque irracional e impropio, es un hecho de la vida y es parte en mayor o menor escala. Así el clí nico ha de tener presente esta dimensión al tratar el problema de su enfermo y debe ser capaz de reconocer su miedo, de comprenderlo y tratarlo de manera constructiva.

Se han hecho muchos intentos para descubrir los orígenes del miedo dental y asociar las características de la personalidad del paciente. Los investigadores fracasaron en encontrar relación alguna entre el miedo dental y problemas en la personalidad como dependencia, trastornos en la etapa oral, problemas con figuras autoritarias, neurosis o introversión-extroversión. Sin embargo los estu--

dios si revelaron de una diferencia significativa entre pacientes que mostraban miedo y aquellos que no lo demostraban, relacionadas con la cultura y miedo que los rodea hacia la Odontología y los antecedentes dentales traumáticos propios.

Los pacientes ansiosos reportan a menudo una historia dental con experiencias traumáticas o una actividad familiar muy desfavorable hacia el tratamiento Odontológico.

ANSIEDAD Y DOLOR.

El dolor tiene una finalidad, advertir al organismo del peligro de tal manera que el enfermo pueda emprender una acción protectora. Así la ansiedad se vuelve el substitutivo psicológico del dolor, y por medio de la experiencia, y de la asociación, protege el organismo antisipando al dolor. La angustia estimula las manifestaciones de defensa y las rechaza cuando el individuo está forzado a enfrentar una situación que no puede prevenir, entonces surge la angustia que provoca un estado de tensión y cambios emocionales.

Se ha enseñado que ir al dentista es una experiencia desagradable, y que está asociado con sensaciones de dolor. Siempre se ha sentido que era desagradable e inclusive el paciente ha mencionado cosas como; "odio la pieza de mano", pero, todas estas son manifestaciones aprendidas, - el paciente puede hacer que, "la experiencia funcione a su

favor". Quizá al sujeto le cueste trabajo creerlo, y puede que mencione algo así como; "y como pensar en lo que quiero, si siento tensiones y angustias cuando el dentista me introduce la pieza de mano en la cavidad oral"

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- MELAMED BARBARA, WEINTEIN DONALD, AL, "REDUCTION OF --
EAR RELATED DENT MANAGEMENT PROBLEMS WITH US FILMED ---
WODELING", J. A. D. A. VOL. 90, ABRIL 1980.
- 2.- NILS, BJORN JORGENSEN, JESS HAYDEN, "ANESTESIA/ODONTO-
LOGICA, EDITORIAL, INTERAMERICANA, MEXICO, ANO, 1978.
- 3.- SIDNEY B FINN, "ODONTOPEDIATRIA", EDITORIAL, INTERAME-
RICANA, MEXICO, 1979.

CAPITULO IV

DESCRIBA Y DEFINA MIEDO. Y PERSONALIDAD

En cuanto la estabilidad del sentimiento y las reacciones concomitantes del sistema nervioso, así como la capacidad de adaptación a nuevos estímulos, pueden estar caracterizadas por diferentes niveles de personalidad.

La personalidad estable: son tranquilos, serenos, seguros de sí mismos. Sus emociones son menos fuertes, su sistema nervioso autónomo funciona equilibradamente. Las personas que se mueven más en la zona más inestable de lo "estables-inestables", son más bien veleidosas, nerviosas, frecuentemente desalentadas, poco decididas y tienen inclinación al ensueño. Sus emociones son intensas y fácilmente activables.

Los neuróticos y principalmente los dominados por fobias, deben contarse entre los hombres más bien inestables.

El tipo de introvertido, se nos presenta como un hombre vuelto a su interior, sumamente escrupuloso, poco sociable, actúa cohibido y es superprudente, se retira a gusto y evita el demasiado jaleo. Por lo general procura eludir los estímulos fuertes del ambiente.

El tipo extrovertido, necesita el estímulo del exterior, le gusta la vida social y alternar; tiene una actividad más optimista y es también más inclinado a la acción -

que el introvertido, cuyo carácter serio se manifiesta en la vacilación.

Se definiría la personalidad como la forma típica y constante en un individuo dado, como trabaja, lucha, ama, triunfa o pierde. En esencia, en el concepto de personalidad, entran los sentimientos, la voluntad y las valoraciones. Cuando un hombre difiere mucho del resto de los mortales, precisamente en estos sentimientos, estas valoraciones, hablamos de personalidad anormal.

La personalidad se va elaborando desde el comienzo de la vida y en parte, tiene una base congénita.

TIPOS DE PERSONALIDAD:

A) Personalidad inconsciente.

Puede decirse que su voluntad es débil, que son influenciables, recurren con facilidad al alcohol y a las drogas.

B) Personalidad lábil de estado de ánimo.

En sus sentimientos, son sujetos muy sensibles.

C) Personalidad irritable.

Son personas que se irritan ante contratiempos leves, su irritabilidad es incontenible.

D) Personalidades inseguras de sí mismos.

El individuo duda constantemente, se subestima al hablar, piensa que lo hace torpemente, existe un paso

gradual entre este tipo de personalidades y los neuróticos obsesivos.

E) Personalidades necesitadas de estímulo.

Pueden dominarse también personalidades histéricas, - sus penas son incomparables, más dolorosas que las - penas de los demás. Son muy expresivos, sólo les importa el lucimiento personal.

F) Personalidades extravagantes.

En éstos individuos, la insatisfacción frente a la vida ordinaria, son tímidos o retraídos.

G) Personalidades frías de sentimientos.

Los lazos afectuosos son siempre débiles, comprenden mal los conceptos de fidelidad, agradecimiento, simpatía.

H) Personalidades fantásticas.

En muchos casos, también son personas inseguras en la vida práctica, en sus fantasías llenas de situaciones de grandeza y de peligro. Esta clase de individuos que tienen este tipo de personalidad, pueden llegar a convertirse en estafador.

Pendenciosos, establecen disputas, reclamación, queja, se sienten fácilmente ofendidos o dañados en este terreno del que van a derivar pleitistas y los pa^{ra}ranóicos.

Conocer a una persona significa conocer su personalidad, así mismo, entender su personalidad.

La personalidad es la caracterización o el patrón es^{tr}ucturado de la conducta y, el patrón particular de con--

ducta que exhibir un enfermo dado sugiere a que tipo de personalidad puede pertenecer.

Sin ser psicólogo ni psiquiatra, el dentista puede clasificar a su paciente o identificar algunas características de su comportamiento, sin embargo es preciso que su interés por el paciente, no se limite únicamente al campo profesional o sea, en el caso del cirujano dentista, a la cavidad bucal y dientes. El dentista debe observar al paciente en su totalidad, examinando sus acciones, comportamiento, lo que dice y como lo dice.

Existen diferentes tipos de personalidad en el tratamiento dental:

La personalidad clínica: también debe comprender la conducta y reacciones de los individuos que pertenecen a uno de los dos tipos básicos de la personalidad.

La personalidad bucal: El individuo con este tipo de personalidad, confiere un valor emocional exagerado a la boca y a sus funciones, para él siguen siendo una fuente importante de placer y el miedo para aliviar su estado de tensión. Por lo tanto, para este tipo de personalidad, las funciones de comer, beber, masticar y morder serán el objeto de grandes preocupaciones. Generalmente son personas obesas, impacientes que toleran cualquier frustración y aunque parecen simpáticos y amigables, su humor puede cambiar rápidamente volviéndose mordaces, sarcásticas, exi

gentes e irracionales. Este tipo de pacientes toleran mal cualquier pérdida y fácilmente caen en un estado de depresión.

El paciente con este tipo de personalidad, está inclinado a experimentar tensiones bucales exageradas que lo llevarán a presentar quejas injustificadas o a pedir cuidados que en realidad no son necesarios.

Personalidad compulsiva: Las características dominantes son el perfeccionamiento y la rigidez, el individuo se clasifica en este grupo: es formal, puntual, metódico y preocupado por los detalles las repetidas exigencias de estos pacientes para hacer modificaciones en la oclusión, en la prótesis parcial fija o removible, llegan a veces a desorientar al dentista, aunque este procura fijar, ajustar o equilibrar la oclusión. El paciente sigue descontento, considerando que "algo" en su boca está todavía fuera de equilibrio. Este tipo de pacientes puede incluso necesitar un tratamiento psiquiátrico.

Personalidad histérica: el paciente suele ser emocionalmente inestable, inclinado al histerismo y a dramatizar todas las situaciones, es sugestionable, y posee con frecuencia una gran imaginación. La coquetería y la vanidad son rasgos habituales; las fobias y un estado de angustia consciente son también característicos. Los enfermos con personalidad histérica pueden ser hipnotizados con facilidad y responden perfectamente a una actitud firme y segura

del dentista.

Personalidad paranoide-esquizoide: sus principales características son, comportamiento receloso, desconfiado y emotivamente frío. Es difícil de ganar su confianza o establecer relaciones amistosas con ellos, también son frecuentes las manifestaciones de ira, sin causa de crítica y de reprobación. El tratamiento de este tipo de personas debe realizarse con prudencia y sumo cuidado.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- MELAMED BARBARA, WEITEIN DONALD, "REDUCTION OF FEAR-REDUCTION OF FEAR-RELATED DENT. MANAGEMENT PROBLEMS WITH US OF FILMED WODELING", JADA VOL. 90, APRIL 1980.
- 2.- REVISTA, "PRACTICA ODONTOLOGICA", VOL. 1. No. 1 DICIEMBRE, 1979.
- 3.- REVISTA "PRACTICA ODONTOLOGICA", VOL. 2. No. 4. JULIO-AGOSTO, 1980.
- 4.- RAMON DE LA FUENTE MUNIZ, "PSICOLOGIA MEDICA", EDITORIAL, FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, AÑO. 1979.

CAPITULO V

PSICOLOGIA DEL CONSULTORIO

Desde el momento en que el paciente llega al consultorio dental, debe tener la sensación de tranquilidad necesaria para sentirse aliviado de la tensión que por lo general experimenta.

Hoy en día, disponemos de los mejores medios para lograrlo ante todo una sala de espera en la que se encuentra una atmósfera agradable, sillones cómodos, luz tenue o indirecta, un bonito arreglo floral o quizá una hermosa pintura que agrade a todos.

Con esto lograremos que el paciente experimente una sensación de descanso y tranquilidad que influirá mucho en su estado de ánimo.

Los colores son de gran importancia; pues hay quienes ayudan a sentirnos más cómodos; como el verde y el azul; en fin hay que tomar en cuenta al decorar el consultorio. Una vez dentro del consultorio dental, si es un paciente que por primera vez nos visita, le dedicaremos el tiempo y las atenciones suficientes para que exponga sus problemas, escuchándolo con respeto y poniéndonos a la altura cultural del mismo, preguntaremos quién lo envió, interesándonos por él a fin de no tratar la causa que lo lleva a nosotros directamente, para que así vaya familiarizán

dose con el odontólogo.

Se le hará su historia clínica completa, que es un registro el cuál nos servirá de guía para conocer el estado general y así detectar diferentes anomalías o patologías existentes. Uno de los elementos importantes de la historia clínica, es la ficha de identificación, puesto que en ella conoceremos su nacionalidad, raza, sexo, ya que la etnografía explica que ciertas razas y sexos tienen predisponencia al temor, dolor o a la muerte. Este escrito nos servirá para valorar y conocer en parte el tipo de paciente que es.

La odontología fue concebida durante muchas décadas, como una disciplina exclusivamente dirigida a curar las dentaduras y buscar los métodos más eficaces para la prevención de caries, si bien, esté concepto es correcto en términos generales, el espíritu amplio e investigador de numerosos odontólogos, han tratado en estos últimos años, de integrarla a otros campos, a fin de que pueda aportar para la construcción de una odontología que conciba al ser humano como una entidad o las ciencias sociales, la economía en particular y finalmente la psicología. Están integrando rápidamente en los requerimientos conceptuales que se exigen al odontólogo.

El miedo al dolor, tradicionalmente asociado con el dentista, no sólo se ha eliminado paulatinamente, gracias al desarrollo técnico de equipo e instrumentos, así como, a la labor de comunicación que profesionistas han estable-

cido con el paciente.

Si bien, nuestro objetivo es la preparación para el ejercicio de la odontopediatría, el requerimiento de una determinada actitud humana implica al ser total y por lo tanto, aflojarán conflictos, tensiones o fobias que sin duda afectan la práctica odontológica y por supuesto la vida cotidiana.

"Sabemos positivamente que muchos problemas emocionales imitan afecciones dentales". Por tal motivo, los dentistas deben aprender a enfrentar situaciones clínicas en las que juegan un rol importante, los factores psicológicos, los dentistas deben ser capaces de tratar con muchos aspectos del paciente, con persona en su totalidad.

Todos sabemos que la gente deprimida, no responde bien a la extensión médica y dental.

La depresión, uno de nuestros estados más comunes, es frecuentemente confundible, con problemas dentales.

ASPECTO PSICOLOGICO DE LA PRACTICA DENTAL.

El cuidado de cualquier enfermo requiere mucho más que el simple conocimiento y habilidad técnica; son también imprescindibles el interés para el paciente como ser humano y una comprensión de sus sentimientos y necesidades emocionales. El dentista dotado, es aquél que entiende a

la gente y aplica las necesidades tanto emocionales como físicas de sus enfermos.

La capacidad natural para compartir los sentimientos es una cualidad valiosa para el clínico, y, debe adquirir conocimientos acerca del ser humano y su personalidad

NATURALEZA DEL HOMBRE COMO UN TODO.

El concepto de que el hombre es un todo afirma que éste es una entidad, un organismo indivisible. El hombre no es un conjunto de partes sin relación entre sí, sino que cada parte es parte esencial e integral de un todo, y cada una de estas partes constituye e influye sobre el todo.

El todo empleado aquí, se refiere al núcleo central del hombre, o sea, a su personalidad; es en ella que el hombre logra su integridad final y su plenitud. En la personalidad enlaza la vida y cobra dirección la actividad del hombre; es la que experimenta el conocimiento, el sentido y la finalidad; sin ella no existe el ente humano, sólo está su cuerpo como una organización refleja; su desintegración destruye al ser humano, a pesar de que la vida misma puede persistir.

El punto de vista, en el cuál se destaca la totalidad del hombre en realidad subraya la importancia básica de la personalidad donde existe esta totalidad. Es la per

sonalidad la que determina la respuesta a la enfermedad o al tratamiento. Por tanto, el buen dentista siempre ha de tomar en consideración la personalidad de su paciente, su papel en la enfermedad, su respuesta al tratamiento y la influencia del tratamiento sobre ella.

TIPOS MAS COMUNES DE ANSIEDAD EN EL ENFERMO DENTAL.

El miedo y la ansiedad son reacciones emocionales -- creadas por la personalidad y tienen su base el sentido y el significado. Una situación puede suscitar miedo o ansiedad por que significa el peligro o amenaza para la persona, aunque en realidad puede no existir tal peligro. Lo importante no es la situación en si, sino como lo percibe el hombre y lo que significa para él. Sin embargo, en la vida hay ciertas situaciones básicas que tienden a provocar ansiedad en la mayoría de las personas. Una de éstas situaciones en la visita al dentista

CONTROL EN EL NIÑO Y EL ADULTO.

El problema principal en este tipo de pacientes, es el dominio del miedo y la adaptación de algún ambiente extraño. Para un buen control relacionado con los niños y adultos en el tratamiento Odontológico - especificamos las siguientes medidas preventivas:

Medidas preventivas: es necesario familiarizar al niño, con el dentista a temprana edad (de 2,5 a 3 años).

La primera visita es de suma importancia. Deberá ser amable, indolora y paliativa, tanto el niño y el adulto deben aprender a colaborar con el dentista.

Antes de emprender operaciones dolorosas, es necesario establecer relaciones amistosas con los pacientes. El tratamiento y el ajuste al ambiente es menos traumático y se explica el procedimiento que se va a llevar a cabo.

La anestesia local, ayuda al progreso del tratamiento.

LOS PACIENTES TEMEROSOS E INMADUROS.

De acuerdo con estos pacientes se tomarán las siguientes medidas preventivas que a continuación se mencionan:

- 1) Paciencia.
- 2) Introducción lenta, pero con disciplina.

- 3) Sedación (los barbitúricos de corta acción por vía bucal o rectal son eficaces y preferibles para los pacientes temerosos).
- 4) Anestesia general.
- 5) Perseverancia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- "ASSESSMENT OF DENTAL ANXIETY SCALE", JADA, VOL. 97, - NOV. 1978.
- 2.- CORAH GALE ILLG, "REDUCTION OF STRESS IN DENTAL OFFICE", JADA VOL. 98, MARCH. 1979.
- 3.- CONGRESO, "PSICOLOGIA APLICADA", INVESTIGACIONES", EDITORIAL, TRILLAS, MEXICO, 1979.
- 4.- H. MARSHALL, "PSIQUIATRIA DICCIONARIO", "TERMINOLOGIA", EDITORIAL, TRILLAS, MEXICO, 1978.
- 5.- REVISTA, "A.D.M.", VOL. XXXVI, No. 4, JULIO-AGOSTO, -- AÑO, 1979.
- 6.- SIDNEY B. FINN, "ODONTOPEDIATRIA", EDITORIAL, INTERAMERICANA, MEXICO, AÑO, 1979.

CAPITULO VI

CLASIFICACION DEL PACIENTE.

Pacientes cooperativos y no cooperativos.

En términos generales, hay dos tipos de pacientes, los que cooperan y los que no cooperan.

PACIENTES COOPERATIVOS:

Entre los primeros podemos hacer una subdivisión del que coopera plenamente, es decir acuden al consultorio dental periódicamente para hacerse una revisión y está dispuesto a que se arregle lo que sea necesario. Este paciente no presentará dificultades de ninguna clase ya que se someterá al tratamiento tranquilamente, más bien, es un paciente modelo.

El otro es aquél que llega al consultorio dental, dispuesto a someterse al tratamiento, pero en el fondo experimenta cierta aprehensión y susceptibilidad. Aparentemente estará tranquilo, sin mostrar tensión muscular y aceptará el tratamiento sin ninguna objeción; más en un momento dado si el tratamiento es doloroso y prolongado por algún tiempo, el continuo esfuerzo que haciendo por controlar sus nervios internamente, lo llevarán a una ligera baja de presión arterial y es probable que presente cierto mareo. A este tipo de pacientes, no hay que realizarles sesiones muy prolongadas, ya que obtendríamos una respuesta

renuente y temerosa.

El tipo más frecuente de paciente es el que llega al consultorio porque le duele un órgano dentario y va dispuesto a extraerselo no importándole el estado general de la boca que por lo general muestra la ausencia parcial de órganos dentarios y un descuido notorio de su cavidad oral, se trata de un paciente que por lo general coopera bastante bien con respecto a los actos quirúrgicos y lo que se va a realizar en él, observando la conveniencia de presentarle la mayor atención a su cavidad oral en general, indicándole que se trata de un órgano vital en el funcionamiento de todo su organismo, aplicando a su vez el tratamiento más conveniente, si se realiza la técnica adecuada, será un paciente con resultados favorables.

PACIENTES NO COOPERATIVOS.

Con este tipo de pacientes tenemos que aumentar nuestra paciencia y comprensión, es aquél que teme hasta la introducción del espejo para el examen de diagnóstico, claro está que, se trata de pacientes con experiencias desagradables en consultas anteriores, es con ellos, con los que -- procuramos evitarles en lo posible cualquier molestia, así como hacen que muestren confianza ante nosotros, comunicarnos persuasivamente y darles explicaciones de lo que se -- les va a hacer y al mismo tiempo el porqué de ciertas molestias que va a tener que soportar. Si es posible en la primera sesión, se efectuará una mínima curación que ali--

vie en gran parte o totalmente su problema, lograremos un método de convencimiento cuando regrese normalmente al cubículo dental, aceptando así la aplicación de una técnica de anestesia para lograr su tratamiento integral, haciéndole observaciones que la molestia será la de una pequeña punción, ya que muchas veces no sienta, pues habremos de colocarle una anestesia local con lo cual suprimiremos por completo el dolor, siendo un estímulo de éste caso es factor decisivo para su renuencia, además indicar que todo su cuerpo se encuentra relajado lo más posible para que este mismo nos auxilie.

En algunas ocasiones acudimos a sedantes como el vis taril, ecuanil, valium o cualquier fármaco de nuestro buen parecer, para que el acudir a la sesión dental, éste convenientemente sedado, con tacto y suavidad, hacerlo cooperar con nosotros.

Con el paciente hay que tener extremo de consideración y cuidado y es aquél que se presenta por primera vez al cubículo dental mostrando en ocasiones cierta curiosidad relacionada con el por qué de ciertos aspectos y lograr satisfacer su curiosidad innata del hombre por conocer el medio que lo rodea y como en el caso del pequeño, satisfacer esta necesidad de acuerdo con su personalidad, si se tiene la técnica suficiente, haremos de él un buen paciente.

Tal vez la más importante de las experiencias, es la de tratar al paciente afectado mentalmente (pacientes impedidos), supuestamente no comprenderemos su comportamiento frente al odontólogo, en ocasiones dará una respuesta de no temer y otras por el contrario, el temor se acentúa y se mostrará desconfiado y renuente, algunas veces hasta -- agresivo, ya que por la misma ira y malestar, nos referimos a un paciente al que fijaremos un exceso de cuidado y tolerancia, sobre todo con cariño y con amor ya que sumamente se torna a veces infantil y otras como la de un adulto, necesita de afecto, ya que se encuentra aislado, pierde todo contacto con sus seres queridos, esto lo hace sentir -- como un extraño al que a veces se le teme y otras se le -- desprecia o ignora por su comportamiento, cuando el cirujano dentista actúa con el debido sentido, se puede despertar en el paciente impedido, afectos para aplicar la confianza necesaria para que pueda soportar las técnicas de -- tratamiento que éste le hará pasar para aliviar sus dolores.

Por lo general, éstos pacientes muestran su cavidad bucal en abandono, salvo en ciertas excepciones y por lo tanto es deber del cirujano dentista, actuar con él con -- bastante rapidez y eficacia, para aliviar y prevenir nuevos dolores.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- GEORGE DEVEREUX, "DE LA ANSIEDAD AL METODO EN LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO", EDITORIAL, SIGLO XXI, MEXICO, 1979.
- 2.- NIELS BJORN- JESS HAYDEN, "ANESTESIA ODONTOLOGICA", EDITORIAL, INTERAMERICANA, MEXICO, AÑO, 1979.
- 3.- PAUL DIEL, "EL MIEDO Y LA ANGUSTIA", EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, AÑO, 1979.
- 4.- ODIER CHARLES, "LA ANGUSTIA Y EL PENSAMIENTO MAGICO", EDITORIAL, FONDO DE CULTURA ECONOMICO, MEXICO, AÑO, 1980.
- 5.- REVISTA, "PRACTICA ODONTOLOGICA", VOL. 3, No. 4 JULIO-AGOSTO, AÑO, 1982.
- 6.- SIDNEY B FINN, "ODONTOPEDIATRIA", EDITORIAL INTERAMERICANA, MEXICO, AÑO, 1979.

CAPITULO VII

LA HIPNOSIS COMO AGENTE PARA DISMINUIR EL MIEDO Y SU APLICACION EN ODONTOLOGIA.

Para valorar su estado de aplicación actual, pasaremos unos acontecimientos de la génesis de sus antecedentes.

En 1831 Elliotson, fué nombrado primer profesor de medicina en London University College. Poco después se interesó por el mesmerismo, creía en el fluido magnético y la jerarquía alquímica de los metales. Hizo demostraciones de mesmerismo en el hospital, y se hizo impopular pues, se dudaba de la veracidad de sus experimentos: Ante esta circunstancia, preparó una demostración en el que se proponía verificar que el sujeto caía en trance cuando era tocado con un trozo de níquel mesmerizado, pero no así cuando se le tocaba con un trozo de plomo. Sin que Elliotson se diera cuenta, uno de sus adversarios tocó al enfermo con un disco de plomo y éste cayó en trance, este hecho fué usado como prueba de que era un farsante, sin embargo, él insistió y en 1838 fué obligado a renunciar, continuando sus investigaciones.

En 1843, publicó un folleto titulado "Numerosos casos de operación quirúrgica sin dolor en estado mesmerico".

Fué James Tesdaile, quién trabajaba en la India, - -

quién aplicó el mesmerismo en gran escala para anestésias quirúrgicas, realizó, millares de intervenciones menores y unas trecientas mayores sin dolor. A pesar de su gran éxito, lo mismo que Elliotson encontró enorme oposición en su libro publicado en 1846, titulado "Mesmerismo en la india", informaba de sus experimentos.

Por ese tiempo, la anestesia farmacológica, se hizo de uso general, en 1853 se administró cloroformo por primera vez.

A medida que aumentaba el interés por la anestesia, provocada por medio de medicamentos, el uso de hipnosis como agente anestésico disminuyó y, nadie continuó con el trabajo de Tesdaile.

APLICACION EN ODONTOLOGIA

Recientemente se ha producido una revivencia del uso de la hipnosis como anestésico, especialmente en odontología, donde nos es de gran ayuda cuando nos enfrentamos con pacientes nerviosos, con tensión, con miedo, con angustia, etc. y hay que realizar tratamientos largos. así como pacientes con hipersensibilidad, con los que evitamos dolor al tratamiento, además de controlar la sialorrea y los movimientos nerviosos del maxilar por cansancio.

En las extracciones hechas con hipnosis, resultan excepcionales las hemorragias.

En prótesis nos ayuda a solucionar todos los inconvenientes que pudieran presentarse.

Hay pacientes, en los que el temor hace que no de resultado la anestesia y no actúe correctamente en ellos. -- Por lo que se describe que es de gran utilidad las sugerencias posthipnoticas, las cuales nos ayudan a eliminar y radicar el problema de tal manera que sea atendido posteriormente por cualquier otro odontólogo y así la técnica de anestesia actúe beneficiosamente.

Los casos en que interviene también la hipnosis, son las neoplasias orales en donde por naturaleza el tejido lo hace sangrante en grado sumo. En ocasiones los anestésicos no actúan debidamente, inhibiendo la posibilidad de la intervención quirúrgica, en éstos casos haremos uso de la hipnosis con la cuál, aplicando las sugerencias adecuadas. Las hemorragias se suprimen, la cicatrización se efectúa sin contratiempo y el tratamiento quirúrgico no es molesto en absoluto, logrando con esto resolver el problema planteado.

En caso de pacientes impedidos, hay situaciones en las que la hipnosis será un auxiliar incomparable en niños renuentes, el tratamiento es diferente cuando ya se han recurrido a métodos persuasivos de convencimiento,

El uso de sugerencias correctas nos pondrá en una valiosa situación ya que su misma edad nos facilitará nues

tro tratamiento y para sesiones posteriores se logrará una mayor cooperación.

En resumen, podemos considerar que por medio de la utilización de la hipnosis, podemos realizar tratamientos dentales en pacientes sedados, con boca seca sin movimientos imprevistos o molestos, sin peligro de hemorragia, con anestesia pre y postoperatoria atáxica y sin contraindicaciones, logrando tratamientos postoperatorios absolutamente normales y en fin en condiciones ideales.

7.1. - TABLA DE ORIENTACION Y CONTROL DEL GRADO DE PROFUNDIDAD HIPNOTICA.

GRADO DE PROFUNDIDAD.....	MANIFESTACIONES OBJETIVAS
MUY LEVE (HIPNOIDEA)	Relajamiento muscular, Pesadez general Cierre de los párpados
LEVE	Catalepsia de los párpados Catalepsia de los miembros
MEDIANO	Catalepsia general Movimientos automáticos
PROFUNDO	Sugerencias posthipnóticas simples Anestesia de planos superficiales Alteraciones de la sensibilidad Alucinaciones simples Conversar sin despertar

MUY PROFUNDO
(SONAMBULICO)

Abrir los ojos sin despertar
Alucinaciones complicadas
Rememoración
Movimientos involuntarios
Sugerencias posthipnóticas complicadas
Alucinaciones posthipnóticas complicadas
Anestesia de los planos -- profundos
Anestesia total

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CORAH, GALE, ILL: "REDUCTION OF STRESS IN DENTAL OFFICE", JADA, VOL. 98, MARCH 1979.
- 2.- DIEL PAUL, "EL MIEDO Y LA ANGUSTIA", EDITORIAL, FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, AÑO, 1979.
- 3.- JOHN HARTLAND, "LA HIPNOSIS EN MEDICINA Y ODONTOLOGIA, Y SUS APLICACIONES CLINICAS", EDITORIAL CONTINENTAL, MEXICO, AÑO, 1974.
- 4.- PAUL SWARTE, "PSICOLOGIA EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA," EDITORIAL, ATENEO, BUENOS AIRES, AÑO, 1981.
- 5.- STEPHEN KRAUSS, "ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA MEDICA", EDITORIAL, ATENEO, BUENOS AIRES, AÑO, 1981.
- 6.- ZAX, MELVIN Y EMORY L CROWEN, "PSICOPATOLOGIA", EDITORIAL, INTERAMERICANA, MEXICO, AÑO, 1979.

C A P I T U L O VIII

DIAGNOSTICO Y EVALUACION DEL MIEDO DENTAL.

La detección y la evaluación del miedo dental es de vital importancia tanto en la clínica como en el campo de investigación. Si vamos a atender a los pacientes ansiosos con todas las medidas de precaución, debemos primeramente identificar a dichos sujetos. Más aún, el Odontólogo debe distinguir entre los pacientes que presentan temor ligero, y aquellos que presentan un temor intenso, ya que el manejo difiere sensiblemente de un grupo a otro. El investigador también debe evaluar los diferentes niveles de temor ya que de no hacerlo no podrá separar los sujetos y diferenciarlos. Por último, si no tenemos establecidos métodos de diagnóstico, no podemos efectuar una evaluación eficaz de los procedimientos a seguir en el plan de tratamiento.

El miedo es un fenómeno muy complejo. Existen muchas definiciones de esta conducta que dependen del autor y de la escuela a que pertenece. Cada definición de miedo debe, sin embargo, incluir las experiencias subjetivas y objetivas de cada individuo. La sensación del miedo está acompañada por cambios fisiológicos como son las siguientes conductas: Aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria, hiperactividad de glándulas sudoríparas, etc. Con frecuencia podemos observar cambios de conducta con temblor, lágrimas, etc.

La actividad de ésta índole puede ser medida y los resultados indicarán el nivel de temor que cada individuo presenta. Las medidas utilizadas en el campo de la investigación, también pueden ser utilizadas en el consultorio dental, aclarando que estos métodos son más utilizados en la investigación, son: medidas de auto-reporte, medidas fisiológicas, y observación de la conducta.

Hacemos mención de todas para darle al lector la más amplia perspectiva y dejarle a su criterio el uso de cada uno de los métodos.

MEDIDAS DE AUTO-REPORTE.

Parece que la medida más eficaz para determinar si un individuo siente miedo o no, es simplemente preguntárse lo. Se han hechos estudios profundos para elaborar una variedad de cuestionarios para tal propósito, pero antes de que un cuestionario pueda considerarse relevante, se debe demostrar que los resultados son tanto confiables como válidos. En el caso del miedo el tratamiento dental, la validez se establece generalmente al demostrar que los resultados obtenidos por otros métodos como cambios de conducta, aumento de frecuencia cardíaca, sudor, etc. El cuestionario se considera confiable si se obtienen los mismos resultados o semejantes después de aplicarlo varias veces.

Se han desarrollado varios cuestionarios diferentes

para determinar el miedo que presentan los pacientes ante el tratamiento odontológico, dos de los más usados son: "La Escala de Ansiedad Dental", sugerida por Corah y "La Prueba de Miedo Dental", sugerida por Klepak y Alexander. Ambas medidas demostraron ser válidas y confiables. La escala de Ansiedad Dental, demostrada en el cuadro 2*, consta de cuatro preguntas que suelen ser muy útiles tanto en la clínica particular como en el campo de la investigación (estudios en laboratorio realizados por Corah, 1978). La escala, que toma solamente pocos minutos para completarse brinda un solo resultado "a", equivale a un punto, y la respuesta "e", a cinco puntos.

Los autores de esta escala declaran que un resultado de 13 ó 14 puntos debe hacer al cirujano Dentista sospechar que su paciente es ansioso. Un resultado de 14 puntos o más insinúa, casi siempre, que se trata de un sujeto altamente ansioso. La prueba de Miedo Dental presenta en cuadro 3*, es un cuestionario más largo que utiliza para su propósito el mismo sistema de sumar las respuestas. La puntuación va de 4 a 5 puntos para cada pregunta, que son 20 en total, así que la máxima puntuación es de 100. Los autores consideran que las respuestas 1 ó 3, indican poco miedo y las respuestas de 4 ó 5., indican mucho temor. Además este cuestionario da información acerca de las respuestas específicas de los pacientes ante estímulos asociados con las experiencias en el tratamiento dental como son el olor de los medicamentos y la observación de los distin-

tos instrumentos.

* Ver el anexo.

MEDIDAS FISIOLÓGICAS

Cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo, acompañan comunmente a la conducta del miedo. Los cambios más notorios son: El aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, mayor flujo sanguíneo periférico, sudor, cambios de las actividades gástricas y de los reflejos pupilares.

Las medidas fisiológicas más utilizadas en el estudio del miedo al tratamiento Odontológico son los cambios de actividad eléctrica de la piel. Las medidas de la actividad de las glándulas sudoríparas en la región palmar se llama ISP (Índice de Sudor Palmar), y se obtiene a través de la aplicación de la solución de grafito al dedo.

Cuando se seca la substancia se despelleja y se coloca en el portaobjetos para un examen microscópico.

Los poros abiertos de las glándulas que aparecen como agujeros en la película, se cuentan, y el total indica la actividad glandular. Utilizando este método, Kleinknacht y Bernstein encontraron que los sujetos poco miedosos se adaptan con facilidad a la situación en el transcurso de la cita dental. Comprobando los resultados del ISP, con pacientes altamente miedosos, en donde no se encontró una declinación constante, sugiere que dichos sujetos no se adaptan fácilmente durante la sesión.

Para valorar los cambios en la actividad eléctrica de la piel se adoptan electrodos a los dedos del paciente mediante una pasta conductora. A través de dicho método el investigador puede medir los cambios en la resistencia galvánica de la piel (RGP), y la conductividad galvánica de la misma (CGP). La frecuencia de éstos cambios es utilizada para indicar el incremento o declinación del temor. Por ejemplo: Una inyección de solución anestésica está asociada con una mayor frecuencia en el cambio del RGP que durante un procedimiento de remoción de placa dentobacteriana.

Un aumento de la frecuencia cardíaca está también íntimamente relacionada con la conducta del miedo. Tanto pacientes adultos como infantiles se han sometido a pruebas y se han encontrado cambios muy significativos entre los grupos de alto temor y los otros que presentan poco temor.

MEDIDAS DE CONDUCTA EXPUESTA

Una categoría de conducta muy importante en el estudio del miedo al tratamiento Odontológico es la cancelación y retardo en las citas. Como señalado anteriormente, pacientes muy ansiosos o miedosos cancelan las citas mayor frecuencia que los pacientes sin temores.

Las conductas expuestas de interés en la zona de recepción o de operación son los movimientos corporales y el habla.

Si se hace la pregunta "¿Quién se mueve más duramente el tratamiento dental, el paciente miedoso o el no miedoso?", la mayoría de la gente responderá que los pacientes miedosos. La imagen popular de un paciente miedoso es aquél que mueve constantemente sus pies, golpetea sus dedos y habla mucho para detener al Cirujano Dentista de seguir con los procedimientos operativos. Sorprendentemente parece que éste no es el caso. Los pacientes adultos miedosos solamente no se mueven y hablan más que los no miedosos sino que en varios casos exhiben menos movimiento.

En estudios comparativos de la conducta de los pacientes altamente miedosos y los poco miedosos en la sala de espera y en la zona de operación, Kleinknecht y Bernstein grabaron la actitud de cada sujeto en un video-tape. Las películas fueron analizadas cuidadosamente y se han encontrado diferencias entre los dos grupos solamente en la sala de espera. Se detectó que en ésta zona los pacientes altamente miedosos movían sus brazos y su cuerpo con mayor frecuencia que el otro grupo. En la zona de operación no se detectaron diferencias algunas entre los dos grupos.

El fracaso de encontrar mayor diferencia en la conducta de los pacientes adultos de ambos grupos probablemente se debe a que la conducta del adulto está bajo control fuerte de normas sociales. La mayoría de la gente adulta considera inapropiado gritar y molestar al Odontólogo durante el tratamiento.

Esta noción es apoyada por los encuentros que al preguntar detalladamente a los pacientes unos meses después de la consulta, muchos especialmente miedosos declararon que ejecutaron mayor movimiento que en realidad fué observado. Además ellos recordaron haber hecho cosas que no fueron observadas como bostesar, rascarse y brincar.

Podemos nosotros suponer que los pacientes sentían ganas de ejecutar dichas manifestaciones pero las demandas sociales los inhibieron.

Puede ser que podamos identificar muchas manifestaciones corporales para distinguir entre pacientes adultos miedosos y no miedosos; sin embargo, está claro que el Odontólogo que confía solamente en los datos de la conducta expuesta para determinar el grado de ansiedad de un paciente, se arriesga en hacer un diagnóstico erróneo y como consecuencia, utilizará medidas de tratamiento innecesarias o incorrectas.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- BERSTEIN. D. A. Y NIETZEL, M. T. "INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA CLINICA", EDITORIAL McEGRAWHILL, AÑO 1982.
- 2.- APLICACION DE LA CIENCIA CONDUCTUAL EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA". TESIS para obtener el titulo de Cirujano DENTISTA, ENEP IZTACALA, UNAM, CAPITULO 1, II.
- 3.- CORAH GALE ILLG, "ASSESSMENT OF DENTAL ANXIETY SCALE", JADA, VOL. 97, NOV. 1978.
- 4.- CORH GALE ILLG, N. L. et, al., "SHE USE OF RELAXATION DISTRACTION TO REDUC PSYCHOLOGIAL STRESS DURING DENTAL PROCEDURE", JADA, 98 (3): 390-4-MAR. 1979.

CAPITULO IX

TECNICAS CONTEMPORANEAS DE LA TERAPIA DE LA
CONDUCTA.

HISTORIA RECIENTE DE LA TERAPIA CONDUCTUAL.

El reconocimiento oficial de la "terapia conductual" ocurrió a finales de la década de 1950 y principios de la de 1960, una época en la que hubo varias razones para que la psicología clínica se mostrara receptiva a las aproximaciones del aprendizaje social al tratamiento. El reto de Eysenck a la efectividad de la psicoterapia, la insatisfacción diseminada con la utilidad de la evaluación clínica, y la inconformidad con la aplicación del modelo médico de la perturbaciones conductuales en parte ejercieron alguna influencia. Para los fines presentes, es importante reconocer que estos factores hicieron que los clínicos consideraran muy atractivos los enfoques del aprendizaje social sobre el cambio conductual en contraste con las formas de la psicoterapia.

La terapia conductual se inicio formalmente en tres países: Africa del Sur, Inglaterra y Estados Unidos. Hasta cierto grado, los avances en cada país fueron independientes de los demas, pero también se dio un patrón interesante de dependencias y colaboración mutua.

La definición de la terapia conductual se ha sometido

do a una cantidad considerable de revisiones a lo largo de los años, pero, de acuerdo con tres de las últimas revisiones en el campo (Kazdin, 1978; O'leary y Wilson 1975; Rimm y Masters, 1979, los principios comunes y esenciales de la terapia conductual son los siguientes:

1 Existe una continuidad supuesta entre la conducta normal y anormal que implica que las leyes básicas del -- aprendizaje se aplican a todos los tipos de conducta. Las conductas desadaptativas se adquieren mediante los mismos -- procesos psicológicos que cualquiera de las demás conduc--tas.

2 Las técnicas terapéuticas se deben basar en los -- hallazgos empíricos y los fundamentos teóricos de la psico--logía experimental. En sus inicios, la terapia conductual se apoyaba principalmente en los hallazgos de la teoría -- del aprendizaje E-R, pero en la actualidad sus fundamentos empíricos son mucho más amplios.

3 La terapia se dirige hacia la modificación de las conductas desadaptativas que son específicas y manifiestas. También se tratan las cogniciones y las emociones que acompañan a la conducta manifiesta, pero en una forma más concreta y directa que muchas de las otras aproximaciones terapéuticas. El tratamiento se planea de una manera cuidadosa hacia las necesidades únicas de cada paciente.

4 Existe un enfoque especial sobre los problemas ac

tuales del paciente. Este acento que se pone en el aquí... y ahora da por resultado menos preocupación por las experiencias durante la infancia temprana o la información histórica, que por lo general tiene, digamos, el psicoanálisis.

5 Hay un compromiso especial con la evaluación experimental del tratamiento. El terapeuta conductual intenta emplear las técnicas que se han valido de una manera científica a través de los diseños experimentales de grupo o la metodología de un solo sujeto.

6 Existe el reconocimiento acerca de que el acento sobre las técnicas enfocadas hacia los problemas y la validación empírica del tratamiento no reduce la necesidad de que los terapeutas conductuales sean personas sensibles que se interesen por el bienestar de sus pacientes. Como los clínicos de cualquiera de las otras inclinaciones teóricas, los terapeutas conductuales se esfuerzan por ejercer mejor juicio clínico y las prácticas éticas razonables cuando proporcionan sus servicios y llevan a cabo su investigación.

MEDIDAS TERAPEUTICAS DEL MIEDO DENTAL

Realmente un paciente no miedoso, se puede volver sensible y miedoso si esta manejado inadecuadamente, es importante que el odontólogo siga en orden los procedimientos para reducir el miedo de cualquier tipo de pacientes y no

solamente de aquellos que presentan ansiedad. El Dr. Erick Jacson, odontólogo que fue entrenado como psicólogo, sugiere las siguientes reglas para hacer que el tratamiento y la relación interpersonal sea más fácil en el consultorio dental;

- A). "Nunca provocar dolor si existe una manera para evitarlo", aunque ésta regla parezca obvia, el Doctor Jackson reclama que el dolor puede sensibilizar a los pacientes no miedosos, el hace notar que los Cirujanos Dentistas deben utilizar todas los métodos posibles para evitar dolor innecesario.
- B). "Un dolor accidental debe eliminarse inmediatamente", evitar la tentación de terminar un procedimiento sin parar. Utilizar anestesia adicional y si no es posible suspender el tratamiento para permitir al paciente un recreo con el objeto de que éste se relaje.
- C). "Si existe la posibilidad de que el paciente experimente dolor, advertirselo", eventos aversivos no esperados son mucho más tensos que los esperados. Una descripción breve de un procedimiento doloroso futuro, ayuda al paciente a prepararse y manejar la situación con mayor facilidad.

- D). "Evite utilizar palabras que inspiren miedo como "dolor" o "desgaste". Substituir las por palabras más suaves como "molestia" o "reparación".
- E). "Siempre hay que decir la verdad al paciente", si se le dice al paciente que no sentirá ninguna molestia, procurar estar seguro de ello. Estas reglas es recíproca a la regla No. 3. El paciente estará tenso y no confiado si no vá a poder crear en lo que se le dice.
- F). "Indique al paciente señalar con su mano para parar el procedimiento operatorio, si él señala, para inmediatamente". El control, como los eventos esperados, reduce al stress asociado con el tratamiento odontológico. En realidad pocos pacientes utilizarán la señal y mucho menos abusan de ella.
- G). "Introduzca nuevos procedimientos lentamente y con delicadeza", ésta implica hasta la entrada del Odontólogo al área operatoria y el control de sus manifestaciones. Nunca deberá manifestarse bruscamente y en una forma repentina. El Doctor Jackson sugiere que al manejar pacientes altamente miedosos el Cirujano Dentista deberá eliminar la bata blanca y hablar con el paciente en su privado antes de entrar al área operatoria.

- H). "Aprueba las conductas deseables pero nunca crítique las indeseables", muchos pacientes se preocupan de que el Odontólogo los critique por su mala higiene bucal o por el descuido de sus dientes. Es más, algunos evitarán la cita por esa razón. Como nos especifica el Doctor Jackson aunque el paciente haya sido descuidado en el pasado, ahora él desea corregir la situación y debe ser reforzada ésta actitud.
- I). "El ambiente del consultorio debe ser lo más relajado y agradable posible", la correcta manipulación de la luz y el sonido ayudara a crear -- una atmósfera placentera. Los niveles de sonido deben ser bajos y es recomendable que se toque una música suave. Los niveles de la luz deben mantenerse a un nivel elevado para que el lugar se vea más alegre. Recuerda hablar en un tono de voz baja y entrene a su equipo auxiliar a hacer lo mismo.

En ocasiones es difícil distinguir claramente entre los métodos de revisión de miedo y aquellos que reducen el dolor ya que el miedo y dolor están con frecuencia íntimamente relacionados. En este capítulo discutiremos los tratamientos orientados para disminuir el comportamiento miedo que presentan los pacientes en tratamiento Odontológico.

METODO DE BIO-RETROALIMENTACION

Hemos descrito anteriormente una variedad de cambios fisiológicos que acompañan a los estados de ansiedad. Los mismos pacientes describen el espasmo muscular como la manifestación más comunmente experimentada durante el tratamiento Odontológico, acompañada por exceso de saliva (sialorrea) e incremento de la perspiración, respiración y de la frecuencia cardíaca.

Estos reportes indican que los cambios somáticos durante la emoción son muy notorios por parte de los pacientes altamente miedosos. La noción del aumento en la actividad fisiológica parece tomar un papel muy importante en determinar como valorá el individuo a su estado emocional y la causa de esa emoción. Esto quiere decir, si un paciente experimenta un aumento de la frecuencia cardíaca y sudor palmar durante el tratamiento, probablemente interpretará éstos cambios como una indicación de que está ansioso y que la situación inspira temor aún cuando esto no es necesariamente el caso. De ésta manera se crea un ciclo de retroalimentación (feedback), un incremento de la actividad fisiológica causa un futuro incremento de ansiedad.

¿Si la percepción de un aumento en la excitación fisiológica provoca aumento de ansiedad, suele ser verdad lo opuesto? ¿Podemos nosotros reducir la ansiedad y las molestias al reducir los niveles de excitación fisiológica?.

Esta es la idea que se encuentra detrás de la terapia de tipo bio-retroalimentación y que ha sido designada para ayudar a los pacientes a aprender a controlar sus niveles de excitación fisiológica. Los procedimientos del bio-retroalimentación incluyen la medición de la actividad fisiológica, transformación de esta información a una señal, ya sea luz o sonido y el entrenamiento del paciente a utilizar dicha señal con el propósito de alterar el nivel de su actividad fisiológica.

En el laboratorio, el Dr. Richard Hirschman, Odontólogo y psicólogo, investigó la eficacia de varios procedimientos de bio-retroalimentación como medida de reducción de stress durante la cita dental. Utilizando un feedback electromiográfico (EMG), él entrenó a los pacientes a reducir la actividad muscular del brazo, que es un procedimiento que puede completarse en una sesión breve. Como resultado, los pacientes altamente ansiosos que recibían este tratamiento, se encontraban menos ansiosos y menos tensos durante la cita dental.

Por el contrario, el grupo de control que estaba integrado de pacientes altamente ansiosos pero no tratados por el método de Bio-retroalimentación, demostró un incremento notorio de ansiedad y de stress.

El Dr. Hirschman y sus colaboradores han estudiado también los efectos de un procedimiento sencillo conocido

como "Respiración Moderada". Sus estudios indican que --- cuando los pacientes altamente ansiosos utilizan una señal para moderar su respiración a un nivel menor que la frecuencia normal o aumentan su frecuencia respiratoria.

En realidad la biorretroalimentación es simplemente una técnica especializada del manejo de contingencias, pero es singular por dos razones. En primer lugar, las conductas que se controlan o cambian son las respuestas internas y autonómicas que durante muchos años se consideraban completamente involuntarias y que por lo tanto no se podían someter a la modificación deliberada; el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, las ondas cerebrales, las respuestas galvánicas de la piel y la distribución del flujo de la sangre constituyen algunos ejemplos primarios. En segundo lugar, la biorretroalimentación requiere algún equipo especial que registre la actividad que interesa y luego la comunique o le proporcione "retroalimentación" al paciente sobre esta actividad. La retroalimentación se transmite a través de un medio visual (por ejemplo, una métrica gráfica) o un estímulo auditivo (por ejemplo, un tono que varía).

Aplicación y procedimientos.

Se ha empleado la biorretroalimentación para tratar varios tipos de desordenes. Es posible que las metas más comunes sean la hipertensión esencial (presión sanguínea alta) dolores de migraña, la enfermedad de Raynaud (un pro

blema de reducción en el flujo de la sangre que puede provocar gangrena en los pies o manos), y arritmias cardíacas (latidos irregulares del corazón). El condicionamiento del EEG (electroencefalograma), que de manera popular se conoce como "zen eléctrico", puede aumentar el porcentaje de la producción de las ondas alfa y a menudo se utiliza como una forma especial del entrenamiento en relajación o meditación.

En cada una de estas aplicaciones de manera fundamental el procedimiento es el mismo. Se conecta un aparato que no provoca dolor y que registra y retroalimenta la información acerca de su actividad fisiológica el paciente en ese momento emplea alguna estrategia mental o física para cambiar la respuesta interna en la dirección clínica que se desea. En la mayoría de los casos, el reforzador del cambio simplemente consiste en el conocimiento de los resultados que proporciona la biorretroalimentación. (Blanchard y Epstein, 1978).

Las evidencias indican que los métodos de Biorretroalimentación ofrecen mucho éxito en el manejo de los pacientes en el consultorio dental, especialmente con pacientes altamente ansiosos. Los procedimientos por si solos son eficaces y relativamente, y suelen ser aplicables fácilmente por el equipo dental auxiliar.

METODO DE RELAJACION Y DESENSIBILIZACION SISTEMATICA.

La desensibilización sistemática (DS) es una de las técnicas de la terapia conductual mejor conocidas, que se emplean con mayor frecuencia y que se ha investigado de una manera más completa. La mayor parte del tiempo se utiliza para reducir la ansiedad desadaptativa y aprendida (como las fobias) Pero también se ha aplicado a un conjunto de los problemas clínicos, algunos de los cuales en apariencia no tiene que ver mucho con la ansiedad.

Raíces Históricas. - Como se notó previamente, el interés para aplicar los principios del aprendizaje al problema de la eliminación de los miedos fuertes se ha mantenido activo durante algunas décadas. Las demostraciones de Watson y Rayner acerca de que el miedo se podía aprender a través del condicionamiento.

Durante la década de 1920, Johannes Schultz, un psicólogo alemán, desarrolló una técnica denominada "Capacitación Autogénica". Implicaba una combinación de la Hipnosis, relajación y autosugestión mediante la cual los pacientes se inducían a sí mismos determinados estados que eran incompatibles con las emociones de sufrimiento tales como la ansiedad. Los tratamientos orientados en el aprendizaje social para el uso clínico sobre la reducción de la ansiedad fue la desensibilización sistemática de Joseph -

Wolpe describió este paquete de tratamiento en su obra de 1948, "La Psicoterapia Mediante la Inhibición Recíproca"

("Psychotherapy by Reciprocal Inhibition"). Wolpe había estado realizando cierta investigación en Africa del Sur sobre las condiciones bajo las cuales los gatos podían desarrollar "neurosis experimental". Como Masserman (1943) que lo procedió, Wolpe encontró varias manifestaciones "neuroticas". Por ejemplo después que los animales habían recibido choques eléctricos en repetidas ocasiones mientras comían, se resistían a que los introdujeran a las jaulas donde habían recibido los choques, y actuaban de una manera emocional y se negaban a comer cuando finalmente se les situaba en esas jaulas.

Wolpe razonó que si la ansiedad condicionada podía inhibir la conducta de comer, lo contrario también podía resultar cierto; el acto de comer podía inhibir la ansiedad condicionada. Para fortuna de los gatos, Wolpe tuvo razón. Al apoyarse en un principio que llamó la "inhibición recíproca" dio de comer a los gatos con sus manos en las jaulas donde habían aprendido sus ansiedad. De acuerdo con Wolpe (1958) "Si se puede hacer que ocurra una respuesta que sea antagónica a la ansiedad en la presencia de los estímulos que evocan la ansiedad de tal forma que se acompañe de una supresión completa o parcial de las respuestas de ansiedad, el vínculo entre estos estímulos y

las respuestas de ansiedad se debilitará".

Muchos de estos animales obtuvieron beneficios de este procedimiento y sus conductas emocionales se redujeron.

Sin embargo, algunos gatos permanecieron "neuroticos". Wolpe continuó este proceso de alimentar a los gatos en lugares que se asemejaban cada vez más a la situación del condicionamiento original hasta que fueron capaces de comer en la jaula misma por la cual sentían temor.

PROCEDIMIENTO DE LA DESENSIBILIZACION:

La técnica de relajación más común se denomina "entrenamiento en la relajación progresiva" (por ejemplo, - - Bernstein y Borkovec, 1973), una versión de un método que inició Jacobson en 1938. Se enseña al paciente a que se relaje física y mentalmente mediante una serie de ejercicios en los cuales se tensan durante unos segundos 16 diferentes grupos de músculos y luego se deja que descansen - mientras el paciente se centra en las sensaciones de relajación subsiguen. Cualquiera se puede dar una idea acerca de cómo se sienten estos ejercicios al apretar su puño duño durante cinco segundos y luego soltar la tensión de manera abrupta. El flujo de la relajación que se experimenta es una versión moderada de lo que se puede sentir al tensar y relajar los músculos a través de todo el cuerpo.

El entrenamiento en la relajación tomo un período - aproximado de 40 minutos cada sesión. Después de cuatro a seis sesiones y alguna práctica en la combinación de va- rios grupos de músculos, es posible que el paciente logre una relajación profunda de manos de 10 minutos. La relaja ción se puede lograr mediante otros métodos si por alguna el paciente no puede llevar a cabo los ejercicios o el te rapeuta prefiere otra técnica. En algunas ocasiones se emplea la hipnosis, como algunas drogas tales como el so- dio methodhexitol.

...

En emociones tales como miedo, simultáneamente a la experiencia psíquica se presentan siempre fenómenos motores y fisiológicos concomitantes. Estos tres componentes de miedo ya anteriormente mencionados, se interfluyen mutuamente. El miedo viene siempre acompañado de actividades musculares y sentimientos de miedo muy fuertes, provocan generalmente una convulsión de la musculatura voluntaria. El grado de tensión interior, cuando un estado de miedo es mayor en nosotros, nos sentimos no solamente psíquica sino también corporalmente tensos.

Para reducir nuestro miedo, podemos también proceder de modo inverso, como las emociones son influenciadas por la actividad muscular, podemos reducir nuestro sentimiento de reacción psicológica, mediante la relajación de los músculos. Piense usted en el principio de la "inhibición recíproca."

La relajación es incompatible con las reacciones de miedo, tan pronto como nos encontremos en estado de relajación, se reduce progresivamente nuestro nivel de excitación. A esto hay que añadir la tranquilización mediante el cierre de ojos y las desapariciones de las percepciones exteriores.

El "gran" entrenamiento de relajación que comienza a estimular sus músculos en tensión, le ayudará al paciente a la superación de los miedos la mayoría de los planes

de entrenamiento de esta tesis, suponen el dominio del mismo.

El entrenamiento de relajación puede, además ayudarle en la vida cotidiana, por ejemplo: en nerviosismo constante o de trastornos en el sueño.

Después de cada ejercicio, se sentirá el paciente relajado, liberado y aliviado.

Cuando se utiliza esta técnica hay que tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- 1.- Si el paciente padece trastornos circulatorios, deberá consultar en cualquier caso a su médico, antes de proceder el entrenamiento de relajación.
- 2.- El paciente realizará los ejercicios dentro o fuera del cubículo dental ya que necesita la voz del dentista o a un entrenador el paciente le indicará a un amigo, -- hermano, esposa que le lea en voz alta y lentamente -- las instrucciones, esto en el caso que lo realizara -- fuera del cubículo dental, pero si lo realiza dentro -- del mismo cubículo, el apropiado será el odontólogo. -- Como anteriormente se mencionó, se le enfatizara en -- las instrucciones particulares del ejercicio.
- 3.- Los textos del ejercicio deben leerse al pie de la letra, lentamente y con claridad. Después de cada párrafo, hay que hacer pausas cuya duración aproximada co--

respondiente este fijada en el texto. El cirujano o el dentista en su caso (o el paciente prepara su magnetofono), debería por lo tanto, tener un reloj en la mano, se indica también para cada día, el tiempo que el paciente necesita aproximadamente para cada ejercicio.

4. El paciente buscará para su entrenamiento diario, un sitio tranquilo, apartado del mundo exterior. Procure de antemano no ser molestado por otros miembros de su familia u otros pacientes que aguardan en la sala de espera en el caso que se realice en el consultorio.

El siguiente paso en la desensibilización es la introducción de las situaciones que provocan la ansiedad de una manera gradual. Wolpe usó dos tipos de jerarquías graduadas. Estas fueron las jerarquías "en vivo", en las cuales a los pacientes en realidad se les exponía a versiones de lo que temían, cada vez más amenazadoras, y jerarquías "imaginarias", en las cuales los pacientes se imaginaban o visualizaban una serie de escenas que les producían cada vez más miedo. En cada caso, el paciente determinaba el orden de las escenas reales o imaginarias. A menudo la construcción de una jerarquía es más difícil de lo que pudiera parecer. El problema principal reside en escoger las palabras y arreglar los reactivos de tal manera que cada uno provoque un poco más de ansiedad que el que le precedió. Un aumento muy grande en la excitación entre los reactivos dificultará el ascenso a través de la jerarquía, mientras que uno demasiado pequeño puede provocar una se--

cuencia de tratamiento sumamente larga y aburrida.

Los pacientes hoy en día emplean jerarquías imaginarias a menudo debido a la conveniencia que proporcionan.

Después del entrenamiento en la relajación y la construcción de la jerarquía, la desensibilización en sí comienza en los procedimientos imaginarios, el paciente se relaja y se le pide que se visualice de la manera más realista que pueda al reactivo más fácil de la jerarquía.

Se considera que la inhibición de la ansiedad relacionada con las escenas imaginarias se transfería de una manera gradual a sus equivalentes de la vida real, pero se le insiste al paciente que se enfrente a las contrapartes del mundo real de las escenas visualizadas con el fin de consolidar y reforzar su avance y evaluar la generalidad de los efectos del tratamiento.

El primer reporte de un tratamiento exitoso de miedo al tratamiento Odontológico utilizando la desensibilización sistemática, fue publicado por Gale y Ayer en 1969 ("Treatment of Dental Phobias" por E. N. Gale y W. A. Ayer). Estos autores describen un caso clínico de un paciente masculino de treinta y dos años que presentaba un temor intenso al tratamiento odontológico desde la infancia. El miedo era tan intenso que él no podía obtener el tratamiento odontológico repetitivamente. El tratamiento incluyó nueve sesiones de una hora de duración, en las cuales el pa--

ciente fue entrenado en relajación mientras que los artículos de la jerarquía que él formó se presentaban. La jerarquía del paciente fue la siguiente:

- 1). Pensando ir al Dentista.
- 2). Subiendo al automóvil para ir al Dentista.
- 3). Hablando por teléfono para hacer la cita.
- 4). Viendo la sala del consultorio dental.
- 5). Ser llamado por la asistente de que es u turno.
- 6). Acomodándose en el sillón dental.
- 7a). Viendo al Dentista acomodar sus instrumentos , -
de los cuales uno de ellos es el explorador.
- 7b). Viendo al Dentista acomodar sus instrumentos , -
de los cuales uno de ellos es el fórceps.
- 8). Observando de cerca un explorador.
- 9). Sentir el explorador tocando un lado del órgano dentario.
- 10). Sentir el explorador colocado en la cavidad del órgano dentario.
- 11). Recibir la técnica de anestesia por un costado, -
de la cavidad oral.
- 12a). Sentir la fresa de la pieza de mano de alta ve-
locidad mientras piensa que la anestesia no va a durar.
- 12b). Extracción de un órgano dentario.
- 13a). Aplicación de la técnica de anestesia por ambos cuadrantes.
- 13b). Sentir la presión y movimiento asociados con la extracción.

Como consecuencia, justo antes de la novena sesión - el paciente podía hacer y cumplir con una cita en el consultorio dental. Después de la novena sesión el paciente acudió a tres citas dentales adicionales y completó con todo el tratamiento necesario incluyendo restauraciones y extracciones. El autor agrega que en la actualidad el mismo paciente describe el tratamiento Odontológico como "relajante".

Además de este estudio, existen otros que apoyan la hipótesis que la sensibilización sistemática suele ser más efectiva en el manejo del miedo al tratamiento Odontológico.

APLICACIONES: La desensibilización sistemática se ha aplicado a casi todos los tipos de miedo, inclusive de los lugares altos bajos, espacios cerrados y abiertos; lo que equivaldría a una arca de Noé llena de mamíferos, reptiles pájaros insectos y pescados; encuentros con mujeres, hombres extraños y con el polvo, el ruido y la muerte.

La desensibilización también se emplea en los casos en los que la ansiedad hace que los patrones complejos y coordinados de determinado comportamiento se interrumpan, los pacientes se pueden concentrar en la interrupción en sí y no en la ansiedad que lo produce.

De una manera semejante, la aparición de ciertos tipos de conductas desadaptativas, extravagantes o aparente-

mente irracionales tales como la amnesia, obsesiones, compulsiones, delirios, parálisis por histeria, abusos de drogas, alcoholismo, o prácticas sexuales raras a menudo se encuentran motivadas por los esfuerzos para evitar determinados estímulos o situaciones que provocan ansiedad.

Por último, la ansiedad prolongada puede producir un verdadero daño físico a varios sistemas de órganos y dar como resultado algunos desórdenes "psicosomáticos" o psicofisiológicos (por ejemplo, úlceras). En otros casos, la ansiedad puede producir síntomas físicos tales como dolores de cabeza, presión sanguínea alta o fatiga crónica.

Si ya sucedió un verdadero daño, desde luego se requiere algún tratamiento médico pero en cualquier caso, la reducción de la ansiedad a través de la desensibilización puede ayudar a eliminar uno de los factores que provocan estos problemas.

VARIACIONES DE LA DESENSIBILIZACION:

La popularidad y la efectividad de la DS han conllevado a una proliferación de métodos basados en ella, se ha utilizado la "desensibilización" de grupo durante algún tiempo en situaciones en las que varios pacientes comparten un miedo en común. En la desensibilización de grupo, se utiliza una misma jerarquía para todos los pacientes y el ascenso a través de la jerarquía lleva el ritmo del integrante más lento.

La relajación controlada por señales es otro medio - que se emplea para inhibir la ansiedad en los ambientes de la vida real, ya sea como parte de la desensibilización en vivo o de algún tipo de procedimiento para el manejo del "stress" (tensión). La técnica implica primero entrenar al paciente en la relajación progresiva típica. Después - que se relaja de manera absoluta, se le instruye al paciente para que localice con un volumen imperceptible (para sí mismo) una palabra que le sirva de señal como "calma" o -- "relajate" cada vez que exhala la respiración.

METODO DE MODELAMIENTO.

Un mecanismo muy importante de la teoría del aprendizaje social es el "modelamiento" o el aprendizaje mediante observación, Bandura [1969] sostiene que "casi todos los fenómenos que resultan de las experiencias directas pueden ocurrir de una manera vicaria observando la conducta de las otras personas y las consecuencias que ellos obtienen". En muchos casos, el aprendizaje a través del modelamiento es mucho más eficiente y efectivo que el aprendizaje por medio de reforzamiento directo. La observación de los modelos competentes puede eliminar los peligros de las consecuencias negativas de la conducta de ensayo y error que no es guiada. Las conductas muy complejas tales como hablar requieren de modelos apropiados, como también es el caso de las cadenas largas y elaboradas de la conducta motora como el conducir un automóvil. Desde luego, se pueden desarrollar muchas conductas a través de la experiencia y reforzamiento directo, pero con frecuencia se abrevia el proceso del aprendizaje mediante la oportunidad de observar la ejecución de algunos modelos.

Además de que facilita el desarrollo de las conductas nuevas, el modelamiento tiene otros dos efectos (Bandura, 1969). La observación de las consecuencias que recibe el modelo por su conducta puede "inhibir" o "desinhibir" la conducta imitativa del observador (¿acariciaría alguien a un perro que acabara de morder a un amigo?). La observa

ción de la conducta de los demás también puede facilitar que se lleven a cabo conductas semejantes que ya estuvieron presentes en el repertorio del observador (un ejemplo común es formarse en fila).

ORIGENES HISTORICOS

Por mucho tiempo se ha reconocido la influencia del modelamiento sobre la conducta. Lloyd Morgan (1896) y Gabriel Tarde (1903), el juez y sociólogo francés, propusieron varias teorías psicológicas de la imitación. Tarde desarrolló una teoría de la criminalidad que se basó en la idea de que la conducta criminal se adquiere casi exclusivamente por medio de la imitación. Estos primeros teóricos consideraron que la imitación era característica innata de los seres humanos. Posteriormente, los psicólogos comenzaron a explicar el modelamiento (Miller y Dollard, 1941).

El lector ya se familiarizó con uno de los ejemplos terapéuticos originales del modelamiento a través del ejemplo de la "imitación social" de la Jones para que los niños superaran su miedo condicionado. (Bandura, 1969) también atribuye a Masserman (1943) la primera utilización inicial del modelamiento con el fin de remediar la neurosis experimentales que se produjeron en los animales de laboratorio. De acuerdo con Bandura, la oportunidad que se ofreció a los animales inhibidos de poder observar a un compañero de jaula que no tenía temor, en el estudio de --

Masserman fue una condición suficiente para reducir la conducta de evitación en algunos de ellos.

PROCEDIMIENTO DEL MODELAMIENTO

Se ha utilizado el modelamiento para tratar muchos diferentes tipos de problemas clínicos incluyendo el aislamiento social entre los adultos y los niños, las conductas obsesivo-compulsivas, la falta de autoafirmación, la conducta antisocial (incluyendo la agresión física), y el autismo infantil temprano. Sin embargo, es probable que su uso más común sea el área de la reducción de miedos.

En su forma más sencilla, un uso del modelamiento para la eliminación de una evitación fóbica implicaría que un paciente observe una presentación en vivo o simbólica (en película o video-cinta) en la que un modelo o más lleven a cabo la conducta que evita el paciente pero sin temor alguno. Las consecuencias observables que reciben los modelos siempre son positivas, o por lo menos no son negativas.

Se ha desarrollado una amplia variedad de modificaciones del paquete básico del modelamiento. La modificación más común es la que se denomina "modelamiento participativo". En este procedimiento, se sustituye el modelamiento en vivo al dar al paciente una oportunidad para efectuar el contacto acompañado y gradual con el objeto temido bajo determinadas circunstancias controladas o protegidas.

Otra innovación reciente de las técnicas de modelamiento es el "modelamiento encubierto" (Kazdin, 1974). En ésta los pacientes observan las actividades de determinados modelos terapéuticos imaginados por ellos en lugar de mirar las manifestaciones en vivo o por videocinta. El paquete encubierto básico consiste en tres componentes; imaginarse las situaciones donde se espera que se experimente el miedo; imaginarse a una persona o más manejar estas situaciones de una manera tranquila, e imaginarse que el modelo recibe consecuencias favorables por su acción.

El método del modelo fue aplicado en forma extensa para tratar pacientes infantiles altamente miedosos al tratamiento odontológico. Los estudios han demostrado que generalmente los niños que observan a otros niños cooperando con el Cirujano Dentista son menos ansiosos que aquellos que no lo observaron. Parece que el modelo no solamente proporciona información de lo que se espera durante el tratamiento odontológico sino de cómo actuar en esta situación también.

La oportunidad de observar modelos pasando un tratamiento odontológico es un método eficaz para el manejo de adultos miedosos.

Bernstein y Kleinknecht reportaron que el éxito de este método con el paciente adulto llega a 60%. No es necesario tener un modelo en vivo presente para poder efectuar esta técnica. Modelos filmados cumplirán satisfacto-

riamente con el propósito. El Odontólogo interesado en el empleo de la técnica del modelo para la reducción del miedo deberá tener en mente los siguientes puntos con el objeto de diseñar un patron de tratamiento eficaz.

- A). El observador (paciente), tiende a imitar la conducta del modelo si lo observa recibiendo premios (muy efectivo con el paciente infantil).
- B). El observador debe revisar más de un modelo ya que cada modelo presenta ligeras variaciones en su conducta. Es aconsejable que el modelo se asemeje al observador lo más posible ya que así se forma una identificación en el paciente; cuando se demuestran varios modelos es más probable que el observador se considere identificado con más de un modelo mostrado.
- C). Es de suma importancia que el observador perciba al modelo como similar en su miedo. Se obtienen los mejores resultados con modelos que aparecen inicialmente tímidos o ansiosos y gradualmente conllevan su miedo, que con aquellos que aparecen sin miedo y confiados desde el principio.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

La terapia cognitivo conductual o terapia cognitiva se puede definir como un enfoque de tratamiento que intenta modificar la conducta, está manifiesta influyendo sobre los procesos del pensamiento del paciente (Rimm y Masters, 1979) Ladwige (1978) ofrece algunas técnicas como ejemplos de la Terapia cognitivo conductual:

El entrenamiento en habilidades de tolerancia, el manejo de la ansiedad, la inoculación al stress, la rutina emoción respuesta, la técnica de la autoimagen idealizada, la terapia de la atribución errónea, entrenamiento en la solución de problemas y entrenamiento en autoinstrucciones.

Esta terapia presenta un enfoque, señalando la terapia racional emotiva.

Albert Ellis (1973), el fundador de la Terapia Racional Emotiva o TRE.

Expresó los principios esenciales de la TRE de la siguiente manera: "Cuando una Consecuencia (C) llena de emociones sigue a un Evento Activador (A), puede parecer que A causó a C, pero en realidad éste no es el caso. En lugar de esto lo que sucedió, es que las Consecuencias emocionales fueron creadas en parte por B el Sistema de Creencias (Belief System) del individuo. Por lo tanto, cuando ocurre una Consecuencia indeseable, como una ansiedad aguda, por lo general se puede encontrar fácilmente su origen

en las Creencias irracionales de la persona cuando estas creencias se Disputan de manera efectiva (en el punto D), al retraerlas de una manera racional, las consecuencias perturbadoras desaparecen y eventualmente dejan de presentarse otras veces".

Para aclarar estos principios, damos el siguiente ejemplo.

Una persona presenta dolor de muela, acude a su trabajo pero por el malestar desempeña mal su trabajo, él piensa "que no está desempeñando bien sus labores, esto es lo que Ellis denomina el Evento Activador (A), estoy desempeñando mal mi trabajo y si me ven pueden llamarme la atención, si no me trato seguire igual y dare una mala impresión a las personas que me rodean, y esto será horrible.

Estas ideas son un Sistema de Creencia de la persona (B), y según Ellis constituye la explicación a causas de las consecuencias emocionales (C) de ansiedad, depresión y sentimientos de minusvalía que esta persona puede experimentar.

En resumen A B C de la TRE es: Los problemas psicológicos no son provocados por la tensión externa sino por las ideas irracionales que las personas mantienen y que los conducen a ordenar, insistir y dictar que deben cumplir sus deseos para que sean felices. Por lo tanto la meta de la TRE es atacar estas creencias irracionales, irreales y que perjudican a la propia persona e instruir en --

forma más lógica irracionales del pensamiento que no las perturbará.

Orígenes históricos: Desde la época antigua ya que existían conocedores de la TRE como Sheakespeare, que daba un ejemplo de su personaje Hamlet "no hay nada bueno ni nada malo solamente el pensamiento lo hace así."

La primera presentación formal de la TRE fue una publicación que presento a la "American Psychological Association" Ellis (1956); pero en el libro de "La Razón y la Emoción en la Psicoterapia" (1962) y "El Manual de la Terapia Racional Emotiva" Ellis & Grieger, (1977), se encuentra más completa la información, en la cual acentúa su semejanza a las formas de la terapia conductual que tienen una mayor orientación cognitiva.

Procedimientos de la TRE. Ellis (1973) sostiene -- que la TRE es un tratamiento apropiado para casi todos los problemas emocionales con la excepción de la esquizofrenia severa, manía extremada, lesión orgánica cerebral y retraso mental.

El estilo del que maneja la TRE debe ser activo, retador lleno de demostraciones y a menudo incisivo. Ellis aboga por la utilización de una forma enérgica y directa de comunicación con el objeto de persuadir a los pacientes a que abandonen las ideas irracionales con las que se han indocrinado a sí mismos hasta el punto de que se sienten miserables.

LA EDUCACION RACIONAL EMOTIVA.

Es una intervención preventiva para enseñar a los niños en los conceptos de salud mental y la destreza para -- uso de estos conceptos. El programa puede ser usado por -- todas las clases completas de grupos especiales y pueden -- ser adaptados para servir a cualquier modelo educativo -- aceptable. ERE es un modelo educativo que acentua la posi- tiva auto-aceptación, el pensamiento crítico, la aplica- ción del método científico para el auto-conocimiento, y el cambio de las conductas. La función que tiene el programa para los niños que pueden guiar sus actividades a través -- de pensamientos positivos directos. Este programa esta es pecíficamente designado para niños de cuarto y octavo gra- do*. Con modificaciones que pueden ser usados en segundo y tercer grado y clases de secundaria.

En seguida haremos una presentación de los componen-
tes que son mas importantes dentro de este programa:

Sentimientos:

Las bases en Educación Racional Emotiva.

Estudio de la Actividad 1: Sentimientos.

Proposito: La ayuda al niño define e identifica sus sentimientos comunes, al demostrar y expresar a la gente --

* Sistema educativo en E.U.A.

sus sentimientos en diferentes formas; y estos sentimientos en general por pensamientos y creencias.

1) En la clase muestran fotografías almacenadas de gentes que evidentemente expresan claramente sentimientos: felicidad, aflicción, enojo, miedo (si usted no puede encontrar fotografías adecuadas, usted puede demostrar 1 o 3 veces algunas películas mudas con movimiento, ilustrando caracteres de sentimiento y pidiendo al niño como imagina su sentimiento por diferentes gestos).

2) En clase se pregunta por ejemplos de sentimientos experimentados, y se forman listas en el pizarrón.

Algunos niños pueden interpretar sentimientos como sensaciones táctiles con evidencia por las palabras como: "Caliente", "Frio" y de "Hormigueo" aceptadas estas palabras como respuestas, pero haga los enlistados por separado.

3) Si en la clase he contribuido para formar las dos listas, una con sentimientos físicos y otra sentimientos psicológicos, se pregunta a ellos por que piensan que tu hiciste dos diferentes listas. Extrae y da énfasis en la diferencia entre sentimientos físicos y psicológicos.

Borrar la lista de sentimientos físicos y preguntar a los niños como se sienten al estar, feliz, triste y enfadado. Ilustrar y enfatizar que ese sentimiento psicológico tienen ciertos "Sentimientos", reacciones o manifesta--

ciones físicas, usted podría desear dar un ejemplo: cuando yo me siento excitado de algunas buenas nuevas, cuando mi cabeza se siente ligera; yo tengo mucha energía, yo siento ganas de brincar o aplaudir. Cuando estoy triste debido a que recibí algunas malas noticias dentro de mi pecho siento muy pesado, y siento como si hubiera cargas sobre mi cuerpo "algunas veces lloro y otras no tengo energía". Si ga a través de las emociones psicológicas enlistadas y haga que los niños contribuyan con algunas de las formas de como se sienten cuando son: felices, tristes, enojados, etc., y de a los enlistados sus proximas respuestas en los siguientes sentimientos psicológicos en el pizarrón.

4) Usted puede desear añadir a el enlistado de sentimientos psicológicos (esto es admisible en el limite del - enlistado 8-10 porque, alargar la lista y hacerla inmanejable si esas listas se desean expandir, algunas posibilidades son: tontos, e irracionales, sentimientos de, enojo, - odiar, y depresiones inferiores, indignidad; y las displacenteras emociones racionales de frustraciones, incomodidad, disgusto, tristeza, desgracia, perpeljidad, y los - - agradables sentimientos racionales de: alegría, entusiasmo, clama, curiosidad, satisfacción y excitación. (En este momento no es necesaria la distinción entre emoción racional de la irracional.).

5) Las preguntas en la clase nos lleva a un enlistado de sentimientos psicológicos y pensar acerca de sus sentimientos que ellos consideran agradables o delicados y - -

que ellos consideraran desagradables, pongalo más o menos de acuerdo a las respuestas apropiadas.

6) Pida a los niños que brevemente le cuenten acerca de las circunstancias reales o imaginarias en las cuales se experimentarán esos sentimientos. Borre la respuesta física está es: Hacer acontecimientos o circunstancias -- después de la columna de las listas de los sentimientos -- psicológicos.

7) Liste las circunstancias que dieran los niños de una manera similar al diagrama de la página siguiente.

8) Preguntar en la clase el significado de la palabra "sentimiento". ¿Si un sentimiento viene automáticamente? o ¿es respuesta o resultado de cualquier cosa?. En este punto es solamente necesario establecer la idea de la relación entre acontecimientos y sentimientos.

Actividad Estudiantil 3: De donde los Sentimientos vienen.

Proposito: Demostrar que sentimientos son generados por pensamientos y creencias.

Procedimientos:

1) Qué los niños tomen papel y lápiz.

Explicarles que se van a proporcionar ciertas situaciones y que abajo escriban sus reacciones, como sentirian si la situación les ocurriera. (la maestra puede usar uno o

todos de estos ejemplos):

A) Suponemos que ustedes estuvieran caminando por el vestibulo en la escuela un día y oyerán por casualidad que me dijo otra maestra "yo oí que ----- va ha ser suspendido. El (Ella) no aprobo la prueba de lectura (test)."

Escriban abajo el sentimiento que tendrían si esto - les ocurriera.

Ahora suponemos que como ustedes caminaron más allá del vestibulo oyerón a la otra maestra decir "esto es bastante malo" "yo trate de ayudarlo firmemente a leer cuando el estuvo en mi clase".

Escriban como se sienten ahora.

B) Suponemos que sus mamás les compran un abrigo nuevo y les digo cuidenlo para no ensuciarlo.

Como caminarón en la calle, un carro vino y freno -- bruscamente cerca de ustedes y salpico de lodo sus abrigos.

Escriban como se sentirían. Suponemos que vieron --- que el chofer era la amiga de su mamá y que ella tuvo que frenarse para evitar golpearlos. Ella se paro y se ofrecio llevarlos a casa y decir que explicaria lo sucedido a sus mamás.

Escriban como se sentirían ahora.

C) Suponemos que están transportando por el parque un modelo de cartón de un juguete que hicieron para un proyecto de clase. Vieron una moneda cerca de un banco del parque y colocaron su juguete encima de la banca y otro niño se sienta en él. ¿Cómo te sentirías?

Ahora suponemos que ustedes descubren que el otro niño es ciego y él no pudo ver tu modelo de cartón; ¿cómo te sentirías en esta situación?

2) Tome algunas de las respuestas leídas en voz alta o escritas sobre el pizarrón.

3) Pregunta a la clase: "¿Por qué la reacción o nuestros sentimientos cambia con la información adicional?. En el abrigo sucio, sin importar los motivos manejados, no estaba el modelo roto aunque el niño que se sentó estaba ciego?".

"Si un maestro estuvo interesado acerca de su aprendizaje de lectura aun todavía está atrasado".

4) Usando ejemplos leídos o escritos en el pizarrón, "¿Por qué no todos sentimos las mismas reacciones acerca de las situaciones?". "¿de dónde los sentimientos vienen?".

Aceptan todas las respuestas razonables (cabeza-cerebro) pero enfatizan que los sentimientos vienen del pensamiento.

5) Revise los puntos clave para la actividad estudiantil: que la gente tiene sentimientos diferentes acerca de las cosas, diferentes reacciones y experiencias, que expresan con sus sentimientos, de manera diferente.

6) Digale a la clase que su tarea asignada les ayudara a ver que sentimientos vienen de lo que piensan "sienten de la forma en que piensan".

Tarea

Tiene la clase que escribir abajo las ideas que ellos tuvieron cuando estuvieron enojados, tristes, miedosos o frustrados.

Pídales que describan la situación y sus sentimientos que tuvieron y que hicieron.

Reforzamiento del conocimiento:

1) Presente una experiencia emocional y demuestre -- que los sentimientos vienen de las ideas o pensamientos.

Procedimiento.

A) Comiense la lección trazando un diagrama A P S R_ en el pizarrón usando un ejemplo de su propia experiencia_ o uno de los que siguen:

Acontecimiento	+ Pensamiento	= Sentimiento	Reacción
Llegando tarde a la Escuela por problemas de tránsito.	Ojala alguien me este tomando los apuntes de la clase; como me molesta llegar retardado.	Frustración y tensión ligera.	Tratando de llegar rápidamente a la clase después de estacionar el carro.

2) Pedir a la clase que saque la tarea anterior (escribir sus pensamientos cuando ellos están molestos, frustrados, etc.) Preguntar si alguno de los niños escribió acerca de experiencias que causan temor y si esto sucedió, que lean en voz alta. (Si ninguno los hizo, pregunte acerca de otras emociones con el fin de señalar, que es posible tener diferentes puntos de vista sobre alguna emoción.)

3) Discuta los ejemplos leídos en voz alta haciendo preguntas como las siguientes:

¿Por qué piensas (nombre del niño) que tú y (nombre de otro niño) se sintieron temerosos (molestos, frustrados)?

¿Que fue lo que penso cada uno de ellos, que los hizo sentir de esta manera?.

¿Que hizo cada uno de ellos?.

4) Busque voluntarios con las mismas emociones que agreguen sus datos al esquema. Los siguientes serian ejemplos.

Acontecimientos + Pensamiento =	Sentimiento	Reacción
Perder las llaves del carro del padre. (Jorge)	El piensa se va a molestar y me castigara, esto es horrible.	Miedo y ansiedad. No le cuenta nada.

Acontecimiento + Pensamiento	=	Sentimiento	Reacción
Turno para hablar en clase (María)		Me voy a equivocar, se reirán, la voy a regar.	Ansiedad y temor. No habla en clase.
Le pasa cerca un carro. (Daniel)		Que peligro, que cerca estuvo, por poco me pega.	Miedo y tranquilidad Piensa que debería ser más cuidadoso.

Si los niños tienen dificultad para separar los datos del diagrama, ayudeles si se lo piden.

Tarea:

Haga que los estudiantes traigan un diagrama A P S R de sus sentimientos con respecto a hablar en clase, acerca de una noticia leída en el periódico.

Actividad estudiantil 4; Catastrofizando "Horrorizando".

Propósito: Tener a los niños examinados en carácter catastrófico u "horroroso" y ayudarles en el desafío de -- conjeturas e ideas irracionales.

Procedimiento:

1.- Pida a los niños que describan brevemente situaciones, las cuales consideren desagradable.

Tiene cada niño que sacar una lista de 10 cosas desagradables y colocarlos de mayor a menor displacer. (La lista podrá incluir informaciones tales como: Ir al dentista, no tener tu propio perro, no pasar a quinto año, dormir en lo obscuro, ser castigado por papá, permitir un paseo en mi bicicleta, tener visita los sabados, no tener suficiente comida en mi lunch, tener que permanecer en clase haciendo un exámen, mientras todos estan en el patio.

2.- Subrayar que el hecho, de que la gente tiene diferentes opiniones a cerca de lo desagradable y como algunas personas actuan diferente en las mismas situaciones, pueden los estudiantes leer las listas de los otros, o pueden llamar a unos pocos estudiantes y tener que leer las listas en voz alta.

Después de haber leído una muestra razonable, pregunte a los niños si alguno de ellos tiene la lista en el mismo orden, ¿Porque piensan que sus listas no fueron las mismas?.

3.- Elegir algunos articulos en los cuales aparezcan, en lista de varios estudiantes y tienen que aumentar sus afirmaciones a cerca de estos. Por ejemplo;

A) A mi no me gusta ir al dentista.

Algunas veces yo puedo tener lesiones cariosas que obturar y me duele. Yo desearia no tener que ir siempre.

B) Yo no quiero ir al dentista. Porque me puede -- lastimar. Yo más bien desearía que mi diente se pudriera y fuera extraído.

C) Ir al dentista es horrible. Yo mas bien desearia estar muerto que hacerme un examen dental.

D) No tener un cachorro es decepcionante. Dicen que en el edificio de departamentos no esta permitido tenerlo. Yo desearia poder cambiarnos.

E) No tener un cachorrito es terrible. Yo no puedo soportar la idea de que otros tengan un cachorro y yo no.

F) No tener un cachorro es peor que no tener amigos, es terrible estar sin un perrito.

Pedir la atención para situaciones desagradables parecidas:

En los ejemplos arriba mencionados el punto que en A, B y C tienen la misma situación desagradable como lo hace en D, E y F. ¿Cuál es la diferencia a cerca de las situaciones desagradables relacionadas? (La forma en que ellas están siendo consideradas, las declaraciones hechas a cerca de ellas.

Cual de las declaraciones mostraron que las situaciones desagradables han sido aceptadas? y ¿cuales no han sido aceptadas por ellos mismos?. (En los ejemplos de arriba A y D).

Si los estudiantes han escrito las declaraciones sobre papel, tienen ellos que subrayar palabras tales como: Horrible, no puedo soportar y terrible. (Si las declaraciones están en el pizarrón, subrayar estas palabras).

Recordar a la clase que las situaciones desagradables dependen de opiniones. A algunas gentes les agradaron y a otras les desagradaron; no hay correcto o incorrecto.

Pida una definición de una idea defectuosa o irracional. Explique que palabras como, horrible, terrible y no puedo soportar están basadas sobre ideas irracionales, y que repitiéndose a sí mismo es que algo terrible u horrible están garantizando que la situación es terrible.

Decir a la clase que la tendencia a pensar cosas como terribles, horribles es algo que nosotros podemos llamar "Horrorización" (o catastrofización dependiendo de la edad o nivel de madurez).

4. Para mostrar a los alumnos que algunas situaciones pueden actualmente ser desastrosas, es importante discutir catástrofes muy grandes.

Preguntar a la clase cuáles serían las necesidades básicas del hombre (comida, vestido, casa, algunos tipos de estimulación).

Pedir a los niños ejemplos de incidentes que ellos -

podieron haber visto en la televisión donde la gente fue víctima de hambre, crímenes violentos y guerra o catástrofes naturales tales como inundaciones y volcanes.

Establecer los hechos que en los ejemplos dados, la gente fue privada de sus necesidades básicas o de sus derechos de vida; estos son incidentes altamente infortunados o catástrofes.

5.- Preguntar a los niños que piensan de las formas y para cambiar las creencias irracionales de que algunas situaciones desagradables son catástrofes horribles o terribles. Tienen ellos que realizar los diagramas A P S R sobre uno de los ejemplos usados, los cuales, claramente contienen conjeturas irracionales a cerca "de lo Horroso". Pedirles que hagan dos versiones; uno como la persona que actualmente tuvo esas ideas y otra con un punto de vista más realista.

Puedes llamar a los estudiantes para leer los dos diagramas en voz alta o tener alguno escrito sobre el pizarrón.

Como tu obtengas los diagramas, enfatiza que las preguntas desafiantes de esas ideas son: "que es realmente lo terrible a cerca de esta situación" y "quien la esta haciendo terrible".

Actividad complementaria:

Tienen los niños que hacer un acto fuera de escena donde un niño esta horrorizado por no poder ir al cine. Ten a otro niño que cuestione sus ideas o sentimientos.

Y como fin de la actividad, tiene el "actor" que decir cuales cuestionamientos fueron más útiles. Si el tiempo lo permite, dejar a otro niño que juegue al Horrorizador.

NOTA: A esta traducción se le eliminaron fragmentos donde se refiere a partes del libro, no incluidas o no relevantes.

TECNICA, IMAGINACION EMOTIVA

También dentro de la práctica podemos utilizar la -- técnica TIE (Técnica imaginación emotiva), que nos ayuda a reducir las ansiedades en forma individual o en grupo, para adquirir sensaciones positivas en ellos, utilizando - la imaginación.

Este ejercicio presenta un método por medio del cual los miembros de un grupo pueden reducir sus ansiedades que se manifiestan en su interior.

Los entrenadores pueden presentar dicho ejercicio.

Nosotros usamos nuestra imaginación para atemorizar- nos.

Nosotros imaginamos las peores cosas que otras perso- nas pueden decirnos. Así nosotros creamos ansiedades con- nuestra imaginación, podemos también, no obstante, usar la imaginación para reducir nuestra ansiedad.

Conocemos que cuando nos sentimos más confiados, es- fácil actuar. El procedimiento en el que usa la imagina- ción de esta manera llamada imaginación emotiva.

La técnica requiere ciertas condiciones de escenas - imaginarias que producen sensaciones positivas como: Ale- gría, felicidad, orgullo, confianza, etc.

Por ejemplo, justo antes de hablar con su amigo, quien a menudo la critica. Una mujer imagina a menudo con él a tiempo, cuando ellos particularmente tenían justas discusiones honestas y abiertas. La renombrada escena que ocasiona sensaciones atrasadas y aceptadas seguramente reduce las ansiedades más niveladas y manejables y podrán más fácilmente hablar con él.

Es importante notar el propósito de la imaginación emotiva que no es crear sentido de confianza en sí. Más bien la imaginación emotiva ayuda a utilizar una misma facultad (imaginación), que previamente genera ansiedad, ahora para provocar sentimiento de calma. La meta de tal imaginación es la reducción de ansiedades y puede ser empleada para apreciar y manejar la situación.

El entrenador anima a los miembros para formar y discutir escenas previas que puedan generar sensaciones positivas. Algunos participantes reportan aquella imaginación emotiva de algunas escenas irreales semejantes a: Como un día en el bosque durante la cual la persona siente serenidad y calma, también sirve para reducir la ansiedad. Para formar la escena de una experiencia real con la persona anterior. La escena dicha anteriormente, se emplea para formar y extraer sentimientos verdaderamente positivos.

Se debe fomentar la identificación de situaciones que provoquen emociones positivas e incompatibles con la ansiedad como: seguridad, protección, orgullo, felicidad,

confianza.

No todos los miembros del grupo son capaces de usar este procedimiento, después cada uno no puede imaginarse - escenas que produzcan sentimientos positivos, además, cada uno no tiene fácil acceso a esta capacitación por imaginación emotiva visual. Sin embargo este procedimiento tiene intervención poderosa para muchos participantes para tratar situaciones de tensión.

MÉTODOS COMBINADOS

Generalmente los procedimientos de la terapia del mo-
delamiento y desensibilización parecen ser compatibles con
el grado de su eficiencia.

Se ha demostrado que al utilizar cada método por sí so-
lo se logra de un 55% a 60%, de efectividad de los pa-
cientes tratados con éxito; esto quiere decir que el mé-
todo es efectivo en permitir a 55% ó 60% de los pacientes --
tratados buscar y recibir el tratamiento odontológico. Se
debe hacer notar que las cifras mencionadas se basan en el
hecho de que los pacientes sufrían temor intenso por un pe-
ríodo de tiempo prolongado, lo cual les impedía presentarse
en el consultorio dental. Sin embargo se espera un ín-
dice más elevado de mejora utilizando éstos métodos con --
pacientes por lo menos hayan pasado el primer obstáculo y
se presenten en el consultorio.

Mejores resultados aún, se obtienen al combinar am-
bos métodos en un solo plan de tratamiento. En dos estu-
dios separados, uno hecho por Klepac y otro por Melamed, --
se enseñó a un grupo de pacientes la técnica de relajación
progresiva y posteriormente se les enseñó películas de mo-
delos durante su estado de relajación. En ambos estudios --
se logró éxito en un 78% de los casos. Para obtener un be-
neficio adicional es aconsejable permitirle al paciente un
lapso de tiempo para habituarse a la rutina de la clínica --
antes de iniciar el tratamiento, Kleinknecht y Bernstein -

describen en su artículo "Short-term Treatment of Dental - Avoidance". Que se publicó en 1979, un método que permite al paciente estar durante 30 minutos en la zona de operación junto con el asistente dental.

Hay la posibilidad de aplicar de manera conjunta las técnicas Conductuales, arriba mencionadas, junto con técnicas Cognitivas Conductuales.

FARMACODINAMIA

Obviamente la mayoría de los pacientes que son sometidos a tratamientos dentales lo aceptan con poca o ninguna dificultad, pero existen algunos que requieren ayuda especial.

Aprender a identificarlos y aprender a seleccionar los medios eficaces para ayudarlos, es de especial importancia para el odontólogo que trata al paciente, se pueden evaluar uno al otro. El cirujano dentista puede evaluar la reacción del paciente a sus instrucciones y su funcionamiento emocional e intelectual. Estas observaciones directas del paciente y también de la persona que lo acompaña, ayudan al odontólogo como debe manejar el comportamiento del paciente durante el examen y las visitas posteriores para tratamientos. Puede decir en este momento que métodos de comportamiento, control del dolor y miedo, se usarán.

Algunos dentistas olvidan el valor de esta observación y rutinariamente prescriben premedicación para nuevos pacientes, que deberán tomar antes de llegar al consultorio.

Stewart (1961) describe las ventajas de premedicar a 98% de los nuevos pacientes con 10 a 20 mg. de hidroxicina. Indica que la analgesia de óxido nitroso e hidroxicina resulta eficaz en todos los casos, menos en 50 de los 1500 -

que experimentó. Esta presenta una tasa de fracaso de 3%, es interesante observar que aproximadamente ocurre el mismo porcentaje de fracasos en clínicas y consultorios, en donde no se utiliza hidroxicina y óxido nitroso sistemáticamente es decir, 3% de pacientes por los demás considerados normales, necesitan algo de sedación para soportar una visita dental. Se realiza esta pregunta ¿como han desarrollado los odontólogos estos enfoques diferentes sobre manejo de la conducta?.

Probablemente surge de cada una de las actitudes del dentista, de su educación y experiencia práctica. De esta manera, veremos que a un dentista que no le afecta, que un paciente lllore por ansiedad, espera que otros dentistas y otras personas acepten el llanto del paciente como una conducta normal. Este odontólogo no considera que su manejo del paciente ha fracasado, si el paciente se postro con miedo, ansiedad y llanto.

Otro dentista puede pensar algo diferente, como lo sugiere Kcke (1962), quién informó sobre la eficacia de la sedación preoperatoria sistemática, usando una combinación de barbitúricos, meperidina y prometacina. Consideraba -- que el procedimiento había fracasado si el paciente lloraba o estaba nervioso durante la larga visita de tratamiento.

El odontólogo que no usa sistemáticamente la sedación encontrará ocasionalmente, que sus pacientes necesi--

tan alguna ayuda más fuerte que psicología pragmática y anestesia local. La identificación de estas ocasiones y la determinación del curso de acción a seguir, puede obtener buenos resultados más consistentemente siguiendo unas guías como éstas;

- 1) Identificar claramente el tratamiento que se va a realizar.
- 2) Decidir cuanto tiempo se necesitará en circunstancias razonables.
- 3) Decidir cuanta molestia será causada y que efecto tendrá esta probablemente en el paciente.
- 4) Decidir cuanta conducta trastornadora se puede aceptar sin sacrificar la calidad del tratamiento.
- 5) Si se prevee que va a ocurrir demasiada conducta trastornadora o si el tratamiento va a ser demasiado exigente para el paciente, decidir si el dolor o la ansiedad o ambos, necesitan medidas especiales.
- 6) Escoger las drogas que proporcionarán el alivio necesario.
- 7) Escoger la dosis, vías de administración y horas de administración que probablemente lograrán la modificación deseada de la conducta.

La elección de agentes o combinaciones de agentes, - será determinada después de evaluar la necesidad que tiene el paciente de ayuda especial. Para elevar el umbral del dolor con analgésicos y anestésicos y para reducir la ansiedad y el miedo con sedantes y tranquilizantes, que deberán usarse antes y durante el tratamiento dental, serán determinados por las condiciones que rigen su uso eficaz y seguro, con la consideración especial adicional. La mayoría de las recomendaciones de dosis que se facilitan en los paquetes de las farmacopeas etc., son las que habrán de usarse en circunstancias normales y no en tratamientos de situaciones dentales. De esta manera, la dosis normal de barbitúricos para que se duerma un paciente que está en la cama, sería demasiado pequeño para dar sedación al mismo paciente que, estando sano, llega al consultorio dental para recibir tratamiento. Puede estar sobre-excitado, en lugar de sedado en la silla dental, si se le administra una dosis tan pequeña, el estímulo que se proporciona en el tratamiento dental, puede vencer los efectos normales de las dosis acostumbradas de analgésicos, sedantes y tranquilizantes que han sido recetados para la mayor parte de los propósitos dentales.

De manera similar, la dosis de premedicación que han sido utilizados anteriormente a la anestesia general, no serán eficientes para el paciente que ha de ser tratado cuando esta despierto. La determinación de la dosis adecuada, empieza con el conocimiento de las propiedades ade-

cuadas y peligrosas de las drogas disponibles y de sus efectos, la fisiología y la conducta.

Las guías de dosis y los cuadros no eliminan la necesidad de calcular la dosis para pacientes individuales. Los efectos de las drogas deben evaluarse y la dosis debe corregirse, según se necesite. Albúm (1961) recomienda lo que puede llamarse titulación de la dosificación de una droga, que se lleva a cabo dando la dosis calculada de la droga y después de una hora, dando hasta la mitad de esta dosis otra vez, si no se logra sedación satisfactoria. Es importante reconocer que hay muchas variables que afectan a la reacción analgésica y sedantes y por lo tanto, una dosis excesiva o escasa podrá darse de cuando en cuando si la dosificación está dentro del límite de seguridad, no existe peligro en ello, excepto la molestia.

En 1961, en su artículo, Albúm comprobó diez reglas para administración de drogas que creemos de importancia sean repetidas aquí.

REGLAS PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

- 1) Un adulto deberá acompañar al paciente.
- 2) Deberá hacerse una supervisión escrita en el consultorio.
- 3) Esperar un tiempo razonable después de la administración.
- 4) Los padres deben supervisar a sus hijos de cerca después de administrar una droga.
- 5) Es esencial un medio ambiente tranquilo.
- 6) Los reflejos vitales no deberán ser abolidos.
- 7) No usar nunca premedicación durante alguna enfermedad aguda.
- 8) Habrá de explicarse a los padres, las reglas postoperatorias.
- 9) El dentista debe conocer los efectos de la droga y sus efectos secundarios.
- 10) Debe haber disponible medicación de urgencia.
Podríamos añadir una onceava regla:
- 11) Conocer el estado físico del paciente y su reacción a las drogas.

AGENTES FARMACOLOGICOS USADOS PARA EL CONTROL DEL DOLOR.

Analgésicos: los agentes para reducir el dolor, sin

afectar la conciencia son llamados analgésicos.

Actúan elevando el umbral del dolor o modificando la percepción central, la interpretación y reacción, o disminuyendo la actividad refleja y reduciendo los aspectos psicogénicos del dolor.

Analgésicos narcóticos: el único de los muchos alcaloides del opio que se usa en cierta medida en odontología, es el fosfato de codeína, es solo 20 veces menos eficaz -- que la morfina.

El uso más amplio de los opiáceos sintéticos es la meperidina, que frecuentemente ha sido usada, como premedicación para odontología operatoria sola y en combinación con prometacina. Al igual que la morfina es un depresor del sistema nervioso y, presenta peligro de sobre-dosis y éstos estímulos, son estimulación cerebral, taquicardia, desorientación, espasmos musculares y depresión respiratoria. Es relativamente ineficaz cuando se toma por vía bucal se cree que los narcóticos actúan elevando el umbral del dolor por depresión de la corteza cerebral, del hipotálamo y de los centros medulares.

Analgésicos no narcóticos: la aspirina y la popular combinación de aspirina fenacetina y cafeína, conocida como APC, son muy eficaces para analgesia bucal.

Su acción analgésica se debe a un bloqueo periférico del efecto analgésico de la bradicina. Existen también un

efecto cerebral al nivel talámico.

El propofeno que está disponible solo en dosis de 32 y 55 mg., es algo más eficaz que la aspirina, cuando se usa en una combinación de 65 mg. con aspirina fenacetina y cafeína.

Todas estas drogas son eficaces pre y postoperatoria-mente para control del dolor. Se ven potenciadas por sedantes particularmente barbitúricos.

AGENTES FARMACOLOGICOS QUE MODIFICAN LA ANSIEDAD Y EL MIEDO

Sedantes e hipnóticos: existen varias drogas que producen efectos sedantes. El término hipnótico se da sólo a drogas sedantes que favorecen el sueño natural. Los barbitúricos, junto con el hidrato de cloral, el paraldehído y drogas relacionadas, así como los derivados de las glutarimidias y otra media docena de drogas no descritas, constituyen la masa de las drogas hipnóticas.

Los barbitúricos y el hidrato de cloral, comúnmente se usan para sedación de pacientes dentales. Inducen un sueño tranquilo del cual se despierta fácilmente a los pacientes. En ocasiones se despiertan excitados.

Drogas tranquilizantes: como existe algo de discusión sobre terminología de las palabras "tranquilizante" y "psicoléptico", aquí lo utilizaremos en el mismo sentido,

refiriéndonos a drogas que producen un efecto especial antipsicótico.

Un grupo de estas drogas, a las que se les llaman fenotiacinas, influyen tres de los tranquilizantes que han sido utilizados con éxito en pacientes dentales, son la clorpromacina, la proclorperacina y la promacina.

La prometacina, que a menudo se usa con la meperidina, se relaciona con las fenotiacinas, pero generalmente, esta clasificada como un antihistamínico en lugar de un tranquilizante. Otro grupo de tranquilizantes denominado grupo menor, contiene fenotiacinas y otras drogas. Dos de los tranquilizantes menores también se usan a menudo en la profesión dental, son derivados de los difenilmetanos hidroxicina y una benzodiacepina, el diazepam.

La distinción entre tranquilizantes mayores y menores radican en su capacidad para reducir las manifestaciones mayores o menores de ansiedad y tensión.

Las drogas que han sido usadas más frecuentemente para sedación dental, son la benzodiacepina, valium, las fenotiacinas, toracine, mellaril y compacine; el derivado de propano, equanil y los difenilmetanos, atarax y vistanil.

HIPNOTICOS

Aunque la somnolencia no implica la pérdida de la ansiedad, casi todas las drogas en uso para la premedicación

preanestésica, tienen algo de ambos efectos. Las clases importantes de hipnóticos incluyen a los barbitúricos, los sedantes no barbitúricos y los anti-histaminicos.

PENTOBARBITAL SÓDICO

El pentobarbital sódico es una excelente droga de acción rápida cuyos efectos duran entre 3 y 6 horas, su actividad se hace sentir ya entre 30 y 45 minutos después de administrarla por vía bucal o rectal.

El pentobarbital se absorbe rápidamente a nivel del tubo intestinal y es excretado casi exclusivamente por el riñón. Ejerce su acción en la región cortical y en un grado menor en los núcleos subcorticales. Es sedante cuando se administra en dosis terapéuticas pequeñas, en dosis mayores actúa como hipnótico.

La droga disminuye la sensibilidad gástrica, de modo que inhibe los reflejos de las náuseas o el vómito y reduce al mínimo los inconvenientes postoperatorios.

es preferible utilizar barbitúricos suplementándolos, cuando sea necesario, con un analgésico para la premedicación, por ejem. la meperidina con la escopolamina.

Pueden administrarse por boca o por vía intramuscular a los adultos en dosis de 100 a 200 mg. y en niños de 3 a 5 mg/kg de peso corporal. Estas drogas tienen una acción depresora mínima sobre la respiración y la circula-

ción.

Antihistamínicos: la sedación es un efecto secundario variable de este grupo de drogas, se usa mucho la hidroxicina, 50 a 150 mg. por vía intramuscular, confiere beneficios menores como son sus efectos broncodilatadores, antiemático, antiarrítmico y ataráxicos, producen mínima depresión circulatoria y respiratoria.

Tranquilizantes (agentes ansiolíticos): así como los sedantes tienen cierta acción ataráxica, los tranquilizantes producen cierta sedación para los grupos principales, las benzodiazepinas, las fenotiazinas y las butirofenonas.

Benzodiazepinas: los miembros de esta clase de drogas se usan extensamente como medicación preanestésica, asegura la amnesia en el 60% de los pacientes con dosis que producen solo sedación leve. Las benzodiazepinas pueden elevar el umbral de toxicidad del S. N. C., por los anestésicos locales. El diazepam en dosis de 5 a 10 mg. ha sido el más usado, es efectivo en forma oral, tiene poco efecto sobre la respiración.

Fenotiacinas: estas sustancias se sugieren por sus propiedades sedantes, antiarrítmicos y antiemáticos. A veces se combinan con dosis reducidas con barbitúricos y con opiáceos logran mayor sedación. Las fenotiacinas más comúnmente usadas en la premedicación son, la promacina, la prometacina y la propiamacina, todas en dosis intramus-

cular de 20 a 50 mg.

Butirofenas: la dosis habitual de premedicación es -
de 2.5 a 5 mg. de droperidol que asegura un efecto de 6 a
12 hrs.

- 6) Controlar los trastornos motores (en enfermos con parálisis cerebral).
- 7) Disminuir la tensión a fin de poder obtener el registro central en enfermos que resisten con energía a los movimientos pasivos.

EL MEDICAMENTO IDEAL PARA LA PREMEDICACION

El medicamento ideal que ha de administrarse antes de la anestesia local al paciente ambulatorio, sería aquel que deprime sólo algunos de los centros superiores específicos del sistema nervioso central, que no afecta al bulbo raquídeo y que actúa y desaparece rápidamente sin provocar efectos residuales como suelen hacerlo los medicamentos que ahora se usan. Este tipo de medicamento no se ha encontrado todavía, sin embargo el empleo de narcóticos y su posterior neutralización por la nalorfina representa un paso hacia la realización de este ideal. El pentobarbital sódico (barbitúrico), administrado a dosis pequeñas, se acerca mucho a las características del sedante ideal. Este medicamento es un deprimiente cortical que actúa como sedante a dosis terapéuticas pequeñas ó como hipnóticos a dosis mayores.

SELECCION DE MEDICAMENTOS PARA LA PREMEDICACION

Para poder elegir el medicamento más apropiado que producirá de seguro los resultados específicos deseados,

es indispensable poseer algunos conocimientos básicos de la farmacología de dicho medicamento.

El dentista necesita conocer la anatomía y la fisiología básica del sistema nervioso central, sobre el cerebro, el talamo, el bulbo raquídeo.

La corteza cerebral es el centro de la consciencia, percepción y evaluación de los impulsos aferentes que determinan las respuestas activas ejecutadas por los centros motores.

El tálamo puede considerarse como subestación receptora de mensajes aferentes que serán retransmitidas hacia la corteza cerebral para su evaluación ulterior.

El bulbo raquídeo, contiene los núcleos que rigen las funciones vitales inconscientes (respiración, circulación sanguínea).

La principal características fisiológica del cerebro es en su necesidad de un suministro constante de oxígeno, su más mínima interrupción puede causar lesiones irreversibles del sistema nervioso central.

MEDICACION. PREANESTESICA

La medicación preanestésica debe disminuir la ansiedad sin producir excesiva somnolencia, facilitar una inducción rápida y suave, asegurar la amnesia durante el período transoperatorio manteniendo la cooperación del pa-

ciente; aliviar el dolor trans y postoperatorio si existe, y reducir al mínimo alguno de los efectos indeseables de los agentes anestésicos especialmente la sialorrea, y la bradicardia.

La premedicación puede producir resultados diferentes que dependen del procedimiento operatorio, la edad, el sexo, el estado físico y farmacoterapia actual del paciente. Cuando más enfermo, anciano y débil esté el paciente, mayores serán los efectos ejercidos por los sedantes, y los tranquilizantes y los analgésicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- FRANK M. MACCARTHY, "EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA" EDITORIAL ATENEO, BUENOS AIRES, AÑO, 1979.
- 2.- GOODMAN / GILMAN, "BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA", EDITORIAL INTERAMERICANA, 6 EDICION, 1979.
- 3.- TETREAUULT, L.; RICHER, P.; "ETUDES DES PROPRIETES HIPNOTIQUES D'UNE NOUVELLE BENZODIAZEPINE, LE MOGADON. L. - ETUDE CHEZ LE VOLUNTARIE SAIN ET LE MALADE PSYCHIATRIQUE". UN. MED. CAN. 1980.
- 4.- LASAGNA, L. ACROSS-THE COUNTER HIPNOTICS; BOON HAZARD, OR FREAUD?, J., CHRON. DIS., 1978.
- 5.- KLASSEN, C. D., AND PLAA, G. L. "STUDIES IN THE MECHANISM OF PHEROBARBITAL-ENHANCED SULFOBROMO PHTHALEIN DI SAPPEARANCE". J. PHARMAC. EXP. THER 1978.
- 6.- WEIDEMANN, H., AND PETERSEN, P. V. A NEW GROUP OF POTENT SEDATIVE". J. PHARMAC. EXP. THER., 1978.
- 7.- BERSTEIN, D. A. Y NIETZEL, M. T. "INTRODUCCION A LA -- PSICOLOGIA CLINICA", EDITORIAL, MEGRAWHILL, AÑO, 1982.
- 8.- "APLICACION EN LA CIENCIA CONDUCTUAL EN LA PRACTICA -- ODONTOLOGICA", MANUAL.
- 9.- KNAUS, W. J., "RATIONAL EMOTIVE EDUCACION", A MANUAL FOR ELEMENTARY SCHOOL TEACHERS, NEW YORK, 1974, CAP. III.

10. -- LANGE, A. J. Y JAKUBOWSKI, P., "RESPONSIBLE ASSERTIVE TRAINING", CHAMPAING, III, PRESS, 1976. EJERC. 14.

RESULTADOS:

El análisis de las manifestaciones en piel responde por conductas separadas por tres procesos simples; ejecución de anestesia, reparación de cavidades y procedimiento de amalgama. Esta disgregación de análisis de la conducta es por el extremo de la asociación de variantes en ejecución de anestesia.

Esta finalidad consiste en los resultados para el principal estudio. El análisis por ejecución de anestesia, por preparación de cavidad, tiene efectos muy significativos para ser diferenciado por ambos sexos, en hombres es muy satisfactorio en la prueba de piel ya que responde por minutos, en cuanto a la mujer responde a manifestaciones pero en menos tiempo.

El análisis por tratamiento de amalgama produce diferentes manifestaciones por sexo, similar a la preparación de cavidad. Comparación idéntica a la mostrada por la distracción por sujeto.

La distracción por paciente, encontramos que se activa el "torno" o "pieza de mano", el hombre tiende a mostrar manifestaciones psicológicas, responde a la duración de la preparación de cavidad.

Puede ser provechosos resumir el mayor número de resultados sobresalientes, hay en la ansiedad una magna minoría para los pacientes que se utilizó la relajación. La --

relajación por distracción hay gran significado para el control en pacientes.

En conclusión, para hacer una contribución en la cual los pacientes en las dos condiciones experimentales les agradaba más los procedimientos de relajación por distracción.

La efectividad de la DS Gordon Paul concluyó que "primera vez en la historia de los tratamientos psicológicos, un paquete terapéutico particular producía beneficios sistemáticos para los pacientes que se podían medir a través de una amplia variedad de problemas que provocan sufrimiento y en los que la ansiedad tenía una importancia fundamental".

La desensibilización depende de los factores cognitivos que modifican la manera como el paciente piensa acerca del objeto temido. Por ejemplo, la técnica puede producir una creencia firme o una "expectativa" acerca de que se puede superar el miedo. De esta manera, la credibilidad de la desensibilización garantiza su éxito como tratamiento. [por ejemplo Marcia, Rubin, y Efran, 1969].

El tratamiento actual como un reforzador social de las respuestas que no implican el miedo del paciente (por ejemplo, Leiternberg, Agras, Barlow y Oliveau, 1969).

A medida que el paciente reconoce su avance a través

de la jerarquía, la conducta no fóbica futura se ve apoyada por medio del "autoreforzamiento" (por ejemplo, Meichenbaum 1972).

Los pacientes aprenden a "cambiar su atención" de las propiedades amenazadoras a las que no amenazan de las situaciones fóbicas (por ejemplo, Wilkins, 1971).

La ansiedad se "extingue" a través de la presentación de los estímulos emocionales condicionados (escenas de la jerarquía) sin las consecuencias aversivas (por ejemplo, D'Zurilla, Wilson, y Nelson, 1973; Lader y Mathews, 1968).

En su mayor parte, la investigación sobre los resultados del modelamiento para reducir el miedo y otras metas ha demostrado que es un método efectivo para producir cambios beneficios (por ejemplo, Bandura, 1971; Rosenthal, 1976). Aún no se han contestado muchas dudas, desde luego, pero de cualquier forma sería justo concluir que las técnicas del modelamiento son muy prometedoras para el tratamiento de los problemas con los cuales se han aplicado.

DISCUSION

-- El inconveniente que presenta este tipo de tratamientos de la conducta del miedo es que haría más prolongada las secciones de tratamientos dentales, ya que estas deben ser programadas de acuerdo al padecimiento que presente el paciente.

-- Para este tipo de tratamientos para reducir el miedo, es más conveniente que fuera aplicado o que se realizara por personal capacitado como es, el caso de los psicólogos, es decir, que los Odontólogos no cuentan con el conocimiento adecuado ni el tiempo necesario durante cada una de las secciones.

DISCUSIONES:

Es la técnica de relajación la más efectuada tanto para mujeres como para hombres. Recíprocamente y cuantitativamente las observaciones de como realizar en pacientes por medio de la auto-sugestión en la técnica de distracción es aplicada para ambos sexos.

Como quiera que sea la predilección de los datos no sostiene una justificación. Los datos psicológicos de pacientes tanto para mujeres como para hombres; la relajación de la mujer dura tanto así, como dura el procedimiento de cavidad en condiciones de distracción.

Los resultados de los datos psicológicos consideran la justificación de la cantidad de pacientes que psicológicamente tienen un despertamiento, reducción e incomodidad del miedo este no sólo puede ser basado por juicios, el resultado de las técnicas usadas en esta investigación.

Considerando que el despertamiento guardara un incremento de inconformidad. No daña siempre con un decrecimiento.

La clasificación indicada de los datos abarcan una decadencia en ansiedades, la relajación en pacientes considerando la incomodidad de clasificación de sujetos como el hombre y la mujer responden en el procedimiento, el dentista clasifica indicando decadencia en incomodidad, para ambos sexos experimentales. Aunque puede ser un argumento -

que los dentistas pueden cambiar como el contenido del experimento tangencial. Los resultados de nuestro primer estudio en primer lugar responderán a la conducta de pacientes. La auto justificación de inconformidad para el sujeto como paciente.

El proceso de distracción demostrado es más popular en los pacientes, comentarios según la semejanza; "Estos procedimientos realmente hacen al paciente olvidar un poco que el dentista no es un ser que lastime y cause miedo."

La relajación total de la ansiedad es imposible al mismo tiempo que el mayor número de las investigaciones en este campo. Wolp trabajó en inhibición recíproca con sus notas de ansiedad de desensibilización continua.

Los presentes estudios son más interesantes para reducir la tensión y la ansiedad para los pacientes que acuden al dentista, por lo tanto la técnica de relajación se valora en nuestra corriente de investigación en un procedimiento dental en su duración.

El tratamiento está altamente próspero para pacientes con temores quienes están evitando los objetos que les causa miedo, el tratamiento de esta conducta está fuera de los contextos de las situaciones de miedo.

Las investigaciones frecuentemente son mencionadas de conformidad para calmar el mayor número de miedo y dolor.

La distracción es complicada para reducir los efectos en la tolerancia de cualquier modo de dolor.

C O N C L U S I O N E S :

En conclusión con esto queremos hacer del conocimiento al dentista la gran importancia que tiene la conducta del paciente ante el consultorio, es decir el medio ambiente en el que se va a presentar el paciente durante el tratamiento odontológico, es por este motivo que nos llevo a elaborar este trabajo ya que muchas veces pasa desapercibido las distintas manifestaciones que ponen en evidencia a éste.

Creando una problemática al Dentista ya que hace difícil su tratamiento haciendolo muchas veces las secciones prolongadas de las cuales en ocasiones no se realiza actividad alguna, pero sí se llega a ocasionar en el paciente presente miedo.

Para esto el Dentista debe estar preparado psicológicamente, para poder recibir a este tipo de pacientes, de esta manera creara confianza y seguridad al mismo. Procurando hacer un diagnóstico evaluativo del miedo, para elegir adecuada y aceptadamente las técnicas de terapia conductual como son: La Relajación y Desensibilización, el Modelamiento, el método combinado y la aplicación de la Farmacodinamia.

PROPUESTAS
Y / O
RECOMENDACIONES

-El objetivo de esta tesis es proponer a todo Cirujano Dentista que le interese o que en verdad le tenga importancia a cada uno de sus pacientes, como un gran beneficio como para él y sus pacientes.

-Aplicar sus conocimientos sobre las técnicas de terapia conductual.

-Trabajar en conjunta armonía con; Odontólogo-Psicólogo-médico, de esta forma para hacer una integración multidisciplinaria para un Modelo de Servicio simplificado.

ANEXO

Cuadro 2

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE: CORAH

SEXO _____

EDAD _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

1. Si usted tuviera una cita mañana con el dentista, ¿Cómo se sentiría al respecto?
 - a) La vería como una experiencia agradable.
 - b) No le importaría.
 - c) Un poco preocupado.
 - d) Tendría miedo que sería desagradable y doloroso.
 - e) Tendría mucho miedo de lo que el dentista pudiera hacerle.

2. Cuando está aguardando su turno en la sala de espera, ¿Cómo se siente.
 - a) Relajado.
 - b) Un poco preocupado.
 - c) Tenso.
 - d) Ansioso.
 - e) Tan ansioso que a veces empieza a sudar o se siente enfermo.

3. Cuando está usted en el sillón dental, esperando que el dentista prepare la pieza, de mano para comenzar a trabajar en sus dientes.

¿Cómo se siente.?

a) Relajado. (Cualquiera de las alternativas del No. 2)

4. Usted está sentado en el sillón dental para que le realicen una profilaxis dental, mientras está esperando y el Dentista está sacando el instrumental el cual va a utilizar para raspar sus dientes, alrededor de las encías.

¿Cómo se siente.?

(Cualquiera de las alternativas del No. 2).

Cuadro 3

PRUEBA DE MIEDO DENTAL DE KLEINKNECHT, KLEPAK Y ALEXANDER.

- SEXO
- Edad
- Escolaridad
- Ocupación

Favor de clasificar sus reacciones para cada una de las siguientes preguntas, utilizando la siguiente escala:

- | | | |
|---------------------|----------------|------------------|
| 1. Nunca | 3. Pocas veces | 4. A menudo |
| 2. Una o dos veces. | | 5. Casi siempre. |

... ¿ El miedo al tratamiento Odontológico, lo ha detenido algunas veces de hacer cita con el Dentista?.

... ¿ El miedo al tratamiento Odontológico le ha provocado cancelar una cita o no presentarse a ella?.

Cuando lo está atendiendo el Dentista:

- | | | |
|-------------|---------|---------------|
| 1. Nada | 3. Algo | 4. Mucho |
| 2. Un poco. | | 5. Muchísimo. |

- Mis musculos se ponen tensos
- Mi frecuencia respiratoria aumenta
- Sudor.

- Me dá náuseas y me siento mal del estómago.
- Mi corazón late más rápido.

Utilizando la misma escala de arriba, favor de calificar cuánto miedo, ansiedad o desagrado le causa cada uno de los siguientes puntos:

- Hacer cita con el Dentista.
- Aproximarse al consultorio dental.
- Estar sentado en la sala de espera.
- Estar sentado en el sillón dental.
- El olor del consultorio dental.
- Ver entrar al Dentista.
- Ver una jeringa para anestésicar.
- Sentir la inyección de la anestesia.
- Ver la fresa y pieza de mano.
- Escuchar el ruido del motor de alta velocidad.
- Sentir las vibraciones de la fresa.
- Al estar haciendo una profilaxia el Dentista a más --
dientes
- Tomando en cuenta éstas preguntas, qué tanto miedo --
tiene usted de que le realicen un tratamiento Odontó-
logico.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

- 1.- APLICACION DE LA CIENCIA CONDUCTUAL EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA, TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA, ENEP IZTACALA, UNAM, CAP., I y II.
- 2.- BERSTEIN, D. A., Y NIETZEL, M. T., "INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA CLINICA", EDITORIAL, MCGRAW-HILL, AÑO 1982.
- 3.- BJORN JORGENSE, HAYDEN JESS, "ANESTESIA ODONTOLÓGICA" EDITORIAL, INTERAMERICANA, MEXICO, AÑO, 1978.
- 4.- CORAH GALE ILLG, "REDUCTION OF STRESS IN DENTAL OFFICE" JADA, VOL. 98, MARCH. 1979.
- 5.- CORAH GALE ILLG, "ASSESSMENT OF DENTAL ANXIETY SCALE" JADA, VOL. 97, NOV. 1978.
- 6.- CORAH GALE ILLG, N. L. et, al., "THE USE OF RELAXATION DISTRACTION TO REDUC PSYCHOLOGICAL STRESS DURING DENTAL PROCEDURE", JADA, 98 (3): 390 4-MAR. 1979.
- 7.- CONGRESO, "PSICOLOGIA APLICADA", "INVESTIGACIONES", EDITORIAL, TRILLAS, MEXICO, AÑO, 1978.
- 8.- DUVERGEN MAURICE, "METODOS DE LAS CIENCIAS SOCIALES", BARCELONA, AÑO, 1978.
- 9.- DIEHL PAUL, "EL MIEDO Y LA ANGUSTIA", EDITORIAL, FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, AÑO, 1980.

- 10.- D. HEIL KLAUS, "VENCER EL MIEDO", EDITORIAL, MENSAJE-RO BILBOA, AÑO, 1979.
- 11.- DE LA FUENTE MUÑOS RAMON, "PSICOLOGIA MEDICA", EDITORIAL, FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, 1979.
- 12.- GEORGE DEVEREUX, "DE LA ANSIEDAD AL METODO EN LAS - - CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO", EDITORIAL, SIGLO XXI, - MEXICO, AÑO, 1977.
- 13.- GOODMAN-GILMAN, "LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERA-PEUTICA", EDITORIAL, INTERAMERICANA, MEXICO, 1982.
- 14.- H. MARSHAL, "PSIQUIATRIA DICCIONARIO", TERMINOLOGIA - PSIQUIATRICA Y DE LA CLINICA PSICOLOGICA", EDITORIAL - TRILLAS, MEXICO, AÑO, 1978.
- 15.- HARTLAN D. JOHN, "HIPNOSIS EN MEDICINA Y ODONTOLOGIA - Y SUS APLICACIONES CLINICAS", EDITORIAL, CONTINENTAL - MEXICO, AÑO, 1978.
- 16.- HIRSCHMAN R. H. et., al, "EFFECT OF DENTAL ANXIETY -- AND PHASE OF CREATMENT OF DISCONFORT DURING DENTAL -- SIMULATION", J. DENT., RES. 1980, JUN., 59, (6), 1064.
- 17.- KAZDIN ALAN E., "MODIFICACIONES DE LA CONDUCTA Y SU - APLICACION PRACTICA", EDITORIAL, MANUAL MODERNO, MEX. AÑO, 1978.
- 18.- KASSEN, C. D., AND PLAA, G. L., "STUDIES IN THE MECHA - NISM OF PHEROBARBITAL-ENHANCED, SULFOBROMOPHTHALEIN -

- DISAPPEARANCE", J. PHARMAC., EXP., THER., 1978.
- 19.- KNAUS, W. J., "RATIONAL EMOTIVE EDUCATION", A MANUAL FOR ELEMENTARY SCHOOL TEACHERS, NEW YORK, 1974.
 - 20.- LANGE, A. J. Y JAKUBOWSKI, P., "RESPONSIBLE ASSERTIVE TRAINING", CHAMPAING, III: RESEARCH, PRESS, 1976..
 - 21.- LASAGNA, L. "ACROSS -THE COUNTER HIPNOTICS", BOON HAZARD, OR FREAUD ?., J., CHRON, DIS 1977.
 - 22.- M McCARTHY FRANK, "EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA", EDITORIAL, EL ATENEO, MEXICO, 1979.
 - 23.- MALAMED BARBARA, WEINTEIN DONALD, *al.*, "REDUCTION OF FEAR RELATED DENT MANAGEMENT PROBLEMS WITH US FILMED WODELING", JADA, VOL. 90, APRIL, 1980.
 - 24.- MACELROY- MALONE, "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLOGICO", EDITORIAL, INTERAMERICANA, MEXICO., AÑO, - - 1979.
 - 25.- OTTE JOSE, H. LUCAS, "EL GRAN LIBRO DE LA SALUD", ENCICLOPEDIA MEDICA DE SELECCIONES, EDITORIAL, READER'S DIGEST, MEXICO, AÑO, 1981.
 - 26.- ODIER CHARLES, "LA ANGUSTIA Y EL PENSAMIENTO MAGICO", EDITORIAL, FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, AÑO, - 1979.
 - 27.- REVISTA, PRACTICA ODONTOLOGICA, "PSICOLOGIA APLICADA", VOL. 3, No. 4, JULIO-AGOSTO, 1982.

- 28.- REVISTA PRACTICA ODONTOLOGICA, "AUDIO-ANALGESIA", VOL. 2, No. 6, NOV-DIC., 1981.
- 29.- REVISTA, ADM, "PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA" VOL. XXXVI, No. 4, JULIO-AGOSTO, 1979.
- 30.- ROJAS SORIANO RAUL, "GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES", EDITORIAL, UNAM, MEXICO, AÑO, 1979.
- 31.- SIDNEY B. FINN, "ODONTOLOGIA PEDIATRICA", EDITORIAL, INTERAMERICANA, AÑO, 1979.
- 32.- STEPHEN KRAUSS, "ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA MEDICA", EDITORIAL, EL ATENEO, BUENOS AIRES, AÑO, 1981.
- 33.- SWARTE PAUL, "PSICOLOGIA EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA", EDITORIAL, CONTINENTAL, S. A., MEXICO, AÑO, 1980.
- 34.- TEREALTY, L.; RICHER, P.; "ETUDE DES PROPRIETES HIPNOTIQUES D'UNE NOUVELLE BENZODIAZEPINE, LE MAGADON LECTURE CHEZ LE VOLONTAIRE SAIN ET LE MALADE PSYCHIATRIQUE", UN. MED., CAN. 1980.
- 35.- WOLFF. N. N., "DEFINITION AND EVALUATION OF PAIN", -- NEW YORK, MARCH, 1978.
- 36.- WEIDEMANN H., AND PETERSEN, P. V. "A NEW GROUP OF POTENT SEDATIVE", J. PHARMAC., EXP., THER., 1978.
- 37.- W. DYER WAYNE, "TUS ZONAS ERRONEAS", EDITORIAL, GRIJALBO, BUENOS AIRES, AÑO, 1979.

38.- ZAX, MELVIN Y EMORY L., CROWEN, "PSICOPATOLOGIA", EDI
TORIAL, INTERAMERICANA, MEXICO, AÑO, 1979.