

Oswaldo Guevara García

MEDICINA
PSICOSOMÁTICA



México

1964

28459



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

MEDICINA PSICOSOMATICA

Tesis

que presenta

Oswaldo Guevara García

para obtener el Título de

Cirujano Dentista

México, D. F.

1964

A mis Padres

Sr. Corl. de Cab. Ret. Pablo Guevara Garza.

Sra. Juana García de Guevara.

A mis Hermanas

Srita. Graciela Guevara García.

Srita. Olivia Guevara García.

5859
~~5859~~

CONTENIDO

MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Psicosomática
Psicogenesis
Correlaciones Psicosomáticas
El Problema Cuerpo-Alma y la Especificidad de los Trastornos
Dialecto y simbolismo de los Organos
Naturaleza de Problemas Emocionales

CONCEPTO PSICOSOMÁTICO EN ODONTOLOGIA

Implicaciones Psicosomáticas de las funciones Orales
Estructura y funciones de la boca
Influencia de las emociones sobre los tejidos de la boca
Bricomanía
Hipótesis del origen Psíquico de las perturbaciones Orales

LA BOCA EN LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD

Desarrollo de la Personalidad
Personalidad del Paciente
Somatotipos en los Pacientes
El niño como Paciente Dental
El Problema Dental en la Infancia
Como ve el Paciente al Doctor
Los Pacientes son gentes

Personalidad del Dentista

El Médico Ideal

El Doctor de Familia

La relación de Doctor y Paciente

Relación del Dentista en el aspecto Emocional Quirúrgico

TERAPEUTICA PSICOSOMATICA

Preparación Psicológica para las Operaciones Dentales

A la conquista del miedo Dental

MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Psicosomática

Psicogenesis

Correlaciones Psicosomáticas

El problema Cuerpo-Alma y la Especificidad de los Trastornos

Dialecto y simbolismo de los Organos

Naturaleza de Problemas Emocionales

PSICOSOMÁTICA

La medicina Psicosomática es el conjunto de conocimientos acerca de la relación entre los procesos fisiológicos y los procesos mentales.

La medicina Psicosomática es también una manera de enfocar los problemas de la medicina, en la que se subraya la unidad Psicofisiológica del organismo humano y se acepta como válido el principio basado en observaciones empíricas de que aquello que ocurre en los más altos niveles de integración, los niveles mentales, es susceptible de afectar las funciones que se integran en niveles inferiores, los niveles fisiológicos.

Es conveniente aclarar que la medicina Psicosomática no puede ser considerada como un campo aparte de la medicina, ya que careciendo de conceptos o técnicas propias utiliza aquellas que son de uso corriente en la Psicología y en la medicina, lo único nuevo es su uso combinado. Tampoco puede ser una especialidad puesto que no es po-

sible distinguir entre padecimientos Psicósomáticos y otros que no lo son.

También se reconoce la medicina Psicósomática como campo de investigación, cuyo origen se localiza a lo largo de dos vertientes: una vertiente fisiológica que se inició con Claude Bernard y que cuenta entre otros representantes con Walter Cannon y Hans Selye, y una vertiente Psicológica estimulada por los descubrimientos y conceptos de Sigmund Freud y que cuenta entre sus representantes más destacados con I. H. Flander Dumber, Harold Wolff y Franz Alexander. Ambas coinciden en concentrar las investigaciones en el de los procesos emocionales.

Más que ningún otro proceso, las emociones expresan la unidad Psicofisiológica del organismo. Una emoción puede ser estudiada propiamente por medios Psicológicos y el describirla obliga a la utilización de términos Psicológicos, pero también puede ser investigada por medios Fisiológicos y ser entendida como un proceso en el cual participa el organismo como totalidad y que es mediado por estructuras centrales y periféricas del sistema nervioso y también del sistema endócrino. Las investigaciones a lo largo de la vertiente fisiológica han permitido establecer algunas correlaciones entre ciertos estados emocionales y el funcionamiento de estructuras nerviosas y endócrinas, en tanto que los estudios realizados desde el campo de la Psicología permiten relacionar algunas funciones y disfunciones viscerales con ciertas tendencias de la personalidad y contenidos emocionales.

Entre el pequeño número de personas Psíquicas a quien un doctor ve y el número más grande de pacientes que están enfermos solamente con enfermedades físicas existe un gran número de enfermos que no "están fuera de su mente" pero estas a la vez no tienen nada malo en sus cuerpos que pueda causar sus enfermedades. Estos son los que más conciernen a la medicina Psicósomática. La tercera parte de los pacientes con enfermedades crónicas que consultan a un doctor caen en este grupo. Aproximadamente otra tercera parte de los pacientes con enfermedades crónicas tienen síntomas que son en parte dependientes de factores emocionales, aunque se encuentran condiciones orgánicas. Este segundo grupo es aún más importante que el primero desde el punto de vista del diagnóstico y tratamiento. Estos problemas Psicósomáticos muchas veces están complicados, porque una grave enfermedad orgánica esté presente, y el Factor Psíquico es capaz de hacer más daño que en el primer grupo.

Un tercer grupo de desórdenes generalmente considerados como "enfermedad física" que tienen relación con el sistema nervioso vegetativo, como el dolor de cabeza, asma, Neuralgia de trigémino, Hipertensión arterial. La medicina Psicosomática está muy interesada en estos desórdenes porque cree que el factor Psíquico sea de gran importancia en su Etiología y aún más importante en su tratamiento. Claro que los porcentajes enumerados dependen de los prejuicios y de la práctica del observador. En una investigación de mil casos de medicina general del Clínico Lahey, 534 tuvieron sólo desórdenes físicos, 272 fueron de origen nervioso y 134 tuvieron desórdenes físicos y mentales combinados. Estos fueron pacientes no seleccionados que asistieron a la clínica para examen general.

Un estudio más reciente y detallado de la Clínica privada del Hospital Johns Hopkins por Lewis mostró que de 163 pacientes estudiados cuidadosamente el 49% tenía sólo desórdenes Psicogénicos y 27% representaba una combinación de procesos Psicológicos y Somáticos. Así que el 76% de los pacientes sufrían enteramente o en parte, emocionalmente. La mayoría de estos pacientes tenían entre 30 y 60 años de edad y eran de todas clases sociales.

PSICOGENESIS

Christian dice que la cuestión de las relaciones entre el soma y la psique es la expresión de una "mauvaise conscience" por haber separado, ontológicamente, los dos planes; pero, en cualquier caso, es el problema nuclear de la medicina psicosomática. Precisamente, el hecho psicosomático consiste en la necesidad ineludible de ensamblar, en una forma u otra, las dos vertientes somáticas y psíquica. ¿Hasta qué punto esta pretensión es metafísica, en el sentido de Hartmann? Pero la patología psicosomática parte de una realidad clínica. Quizá sea un error plantearla como un problema metafísico, pero no lo es tratar de aproximarse a ella por el mayor número de planos posibles.

La versión de lo psíquico a lo somático no es equipotencia, se trata del paso de un estrato del ser a otro, en el que rigen leyes distintas. La palabra Psicogénesis ha llevado muchas veces a la idea errónea de creer que lo que producía psíquicamente era reversible mediante una u otra forma de psicoterapia. O sea, que lo convertido, en la reacción de conversión, era retro-convertible.

La experiencia Clínica demuestra que no es así. Existen enfermedades en la que el factor psicológico actúa como provocador, pero que una vez provocada la enfermedad, ya no es reversible como las típicamente psicógenas. La provocación de una enfermedad por un choque Psíquico es conocida de antiguo. Trato de referirme aquí a otro modo de provocación más específico. Por ejemplo, el caso de una mujer que presencia un juicio de guerra contra su marido. En el momento en que se pronuncia la sentencia de muerte contra él, en un gesto de horror, gira la cabeza separándose del Tribunal y del acusado, como para no verlos. Desde entonces se instaura un tic, sobre cuya psicogenia no había duda, al parecer. Las dudas surgen cuando pocos meses después, el tic se convierte en un espasmo de tensión. En estos casos, la emoción desencadenada y el síntoma están en una relación simbólica y, sigue su camino independiente del trauma psíquico que lo provocó.

En otro caso, se trataba de una mujer casada, de 40 años, esposa de un empleado que, en ascenso ordinario en su carrera, es trasladado de B. a M., a la esposa no le gustaba el traslado. Había nacido en B., su padre vivía allí, etc. En el momento de coger él pasamanos para subir al tren, nota un hormigueo que se le extendió al brazo que, además, le resultaba dificultoso mover. Al día siguiente, existía una ligera dificultad al andar. Cinco días después, el cuadro da una forma aguda de una esclerosis en placas que se había instalado. La enferma murió por Parálisis respiratoria a los diez días.

Casos como éste demuestran que, a pesar de su relación simbólica, una enfermedad puede revelarse como netamente orgánica. Pues bien, también ocurre esto, y con mucha frecuencia, en los trastornos psicósomáticos; por ejemplo, un acceso de asma, una colitis mucosmembranosa, etc. Aparecen con determinados síntomas psíquicos, pero la revelación de todos los traumas conscientes e inconscientes de esa situación no basta para hacer regresar el trastorno, sino que éste sigue ya, autónomamente establecido.

CORRELACIONES PSICOSOMÁTICAS:

Supuesta pues que la acción de los estímulos psíquicos sobre las regulaciones somáticas y viceversa, la de los trastornos somáticos sobre la vida psíquica, es necesario examinar ahora las vías de estas

relaciones mutuas. Nos hallamos, en definitiva, ante el problema siempre revivido y nunca agotado de las relaciones del cuerpo con el alma.

Los trastornos somáticos pueden engendrarse de la siguiente manera (Jaspers):

Automáticamente como ocurre, por ejemplo, en los trastornos digestivos que acompañan a una emoción. El miedo puede provocar una diarrea, en estos casos sólo podemos como observadores comprobar los fenómenos y registrarlos.

Por tendencia a fijación, una vez desencadenado un reflejo corporal que acompaña a una emoción, puede presentarse de nuevo por estímulos más pequeños. Siguiendo el ejemplo anterior, podemos poner el caso del que ha sufrido una diarrea por una impresión terrorífica y le queda como secuela la tendencia de la misma, aún por emociones mucho menos intensas. Es frecuente que esta fijación se realice sobre funciones que se hallaban en actividad en el momento en que incide la emoción, por ejemplo, el que sufre una parálisis del brazo al telefonar y recibir una noticia desagradable (formación de reflejos condicionados).

Entre el trastorno y la emoción se establecen relaciones comprensibles, por ejemplo la amaurosis histérica que se establece ante una situación que se desea ignorar. En este flujo y reflujo entre Psiquismo y corporalidad, con frecuencia vemos como el trastorno corporal aparece en territorios somáticos independientes, por regla general de la voluntad y la representación. Es decir, el estímulo ha realizado una verdadera efacción de ritmos orgánicos habitualmente autónomos.

EL PROBLEMA CUERPO-ALMA Y LA ESPECIFICIDAD DE LOS TRASTORNOS:

La dinámica psicósomática puede abordarse desde distintos puntos de vista, en el fondo, se tropieza siempre con el problema filosófico de las relaciones entre el alma y el cuerpo, que, como todo problema metafísico, seguirá siempre irresoluto y presente a la investigación. ¿La Patología psicósomática ha contribuido en algo a esclarecer el problema? Realmente, sí, pero sólo en puntos concretos. Estos avances concretos se han realizado en dos frentes: uno, el neuro-

fisiológico y otro el clínico. Tanto en uno como en otro poseemos conocimientos que hace cincuenta o cien años no se tenían. ¿Son conocimientos sustanciales? ¿Desde un punto de vista radical, sustancial, supone un avance el que hablemos ahora del aparato reticular o del lóbulo temporal, donde Descartes hablaba de la glándula pineal? La contestación a esta pregunta depende del punto de vista en que se sitúe el investigador.

El problema esencial radica en el modo de encontrarse el yo con el cuerpo. El cuerpo es un instrumento del yo. El avance en el conocimiento consiste en saber los modos y límites de la disponibilidad del cuerpo que tienen el yo. Ese es, en verdad, el radical problema psicossomático, como recientemente afirma Habermas. El cuerpo humano tiene un carácter intencional. La intencionalidad atribuida a la vida Psíquica es realmente intencionalidad de todo ser, es decir, de la unidad hombre. Pero esa intencionalidad se despliega en un gran aspecto de posibilidades. Su dinámica no es la misma en el hombre sano que en el enfermo. El trastorno Psicossomático aparece en la frontera de la intencionalidad, de ahí que lo fisiológico se puede convertir en psicológico; pero en esa conversión apunta ya su carácter morboso. Hay estados fisiológicos que nunca son psicológicos, salvo cuando enferman. La investigación psicossomática supone un avance, a través de la patología, del modo como el cuerpo está presente en el área intencional del yo. Es una zona de confluencia de dos mundos distintos. Plantear el problema de las relaciones psicossomáticas como el modo de contactar una res cogitans con una res extensa, como hacía Descartes, es renunciar a encontrar otra solución que no sea metafísica. La patología Psicossomática debe partir, por el contrario, de la disponibilidad del cuerpo en relación con la intencionalidad del yo.

Antes me he ocupado del problema de la especificidad de los trastornos psicossomáticos. Pasando revista a los dinamisismos anteriormente citados y confrontándolos con la experiencia Clínica, se tiene la impresión de que cualquiera de dichos dinamisismos puede tener lugar en un caso concreto. Unas veces estamos, al parecer, ante una reacción de conversión o ante una inferioridad orgánica, o ante una vía final común o ante una sustitución o suplencia, ya se conciba al modo de Kahne o al de Von Weizsacker. Pero al ligar un determinado órgano con un determinado conflicto tropieza, muchas veces, con un hecho Clínico evidente: La transportabilidad, por así decirlo, de muchos trastornos psicossomáticos; un enfermo sufre, en

un momento de su vida, de crisis asmática, y en otro de vértigos o de una depresión. Si la historia la cortamos en el primer segmento, sólo pensamos en el asma como enfermedad psicósomática, pero no si pretendemos seguir la vida del enfermo y tratar de interpretar de un modo conjunto su expresión morbosa psicósomática, por variada que sea. Por otra parte, como se ve en muchos trabajos, los conflictos actuales se van tornando, en su interpretación, en conflictos que están en la misma raíz evolutiva de la persona hasta llegar a una desviación primera en la evolución psicofisiológica por alteración de la relación (madre niño), o aún antes, en pleno desarrollo fetal, como pretende Grenacle.

Esta profundización en la interpretación histórico-individual, por una parte, y, por otra, la variabilidad de las manifestaciones clínicas, hablan en favor de que en todo trastorno psicósomático existe un sub-suelo común, una alteración en la estructura primaria del ser, que cristalice después en alteraciones clínicas claras. También alude a la posibilidad de que existan estructuras o formas vitales que sub-yazgan a las propias estructuras funcionales de los órganos y sistemas. En una asmática, por ejemplo, podemos interpretar simbólicamente su proceso retentivo del aire. La simbología puede hacer alusión a contenidos psicoanalíticos o a experiencias existenciales.

Esta misma asmática tiene en su primer parto, de un segundo matrimonio, un espasmo del cuello del útero que tiene que resolver mediante cesárea. Existe en ese espasmo la manifestación de un principio retentivo análogo al que, en que sus crisis de asma, manifestaba en los bronquios. La investigación psicósomática tendrá que buscar, en el futuro, con más ahínco, esas formas o esquemas que pueden ser comunes en varias funciones; quizá significando su único modo de quebrarse o fisurarse todo el organismo. Tal fisura en la estructura primaria del hombre se revelará más o menos en el curso de la existencia. La revelación dependerá, también de que el conflicto sea más o menos hondo, pero también más o menos adecuado.

DIALECTO Y SIMBOLISMO DE LOS ORGANOS:

Kubie llama la atención sobre los prejuicios que anidan en el problema de la especificidad de los procesos psicósomáticos. Un órgano puede constituir una unidad psicósomática. Cada órgano puede

desempeñar un papel distinto en cada situación; por eso Margolin habla de la ilusión de la función. A la mayoría de los síntomas neuróticos se pueden llegar por vías distintas; ocurre lo mismo con la fiebre, que puede ser producida por enfermedades muy diversas. El carácter específico de algún determinante puede ser sólo aparente; su especificidad puede ser atribuida por estar al final del camino, de la vía común que lleva al síntoma neurótico. Kubie dice que algo análogo debía pensar Freud al comienzo de sus trabajos, pero que la descripción del carácter anal, uretral, oral, pregenital, etc., le lanzó a la investigación por la vía de estableciendo fuertes lazos entre ciertos síntomas neuróticos y ciertas fijaciones de la libido. Muchas clases de personalidades enfermas pueden sufrir del mismo síntoma, pero en cada una adquirió una significación diversa. Esta multivalencia simbólica de los órganos es la misma que se encuentra en los sueños. La lengua puede aludir a las relaciones de dependencia con la madre, o ser un sustituto en el acto sexual del marido impotente, o la expresión de un temor al castigo a través de la imagen del cáncer de lengua, etc.

Hace ya tiempo que Heyer quería apuntar la solución del problema distinguiendo varios círculos vitales. El vegetativo (aparato digestivo), el animal (la vida de la sangre: corazón, circulación), y el neumático (respiración). Estos círculos vitales tienen una esencia que, simbólicamente, se relaciona con la esencia psíquica. La vida del intestino es vegetal, tranquila, oscura, perteneciente a la esfera telúrica y más inconsciente del ser. La vida de la sangre es pasión, afecto, temperamento o instinto; es la esfera del impulso sexual. En esta esfera no rige sino el ritmo, la contracción y la deplección, es la vida del animal agresivo. La respiración también su modo de ser polar; su curso se halla más próximo al yo. Lo ligero y luminoso, las analogías entre la respiración y el aire, el éter, nos hacen sentirnos más elevados, libres y autónomos que en los círculos vegetal y animal, más próximos a la tierra.

Existe una cierta correlación simbólica estructural entre los tipos de conflictos psíquicos provocados de los desarreglos somáticos y las zonas donde éstas se presentan (Von Weixker).

1.—Los Conflictos con el perimundo corren a cargo de los sentidos externos, el aparato motor y algunas organizaciones encefálicas. El ejemplo más típico de esta clase de proyección somática nos la ofrece la histeria con su variedad de síntomas (amaurosis, parálisis, temblor, etc.).

2.—En las zonas anatómicas fronterizadas entre la musculatura voluntaria e involuntaria (sistema de inervación cerebroespinal y autónomo, respectivamente) se proyectan los conflictos existentes entre la educación instintiva y racional. Como sectores más predominantes afectivos, nos encontramos con el pro-oral anourogenital del cuerpo. El psicoanálisis ya descubrió la importancia de esta zona de proyección al estudiar la libido oral y la libido anal. Los conflictos de esta clase se desarrollan en el curso de la vida, y pertenecen al proceso de maduración de la persona, que consiste esencialmente en la sumisión y absorción de los mecanismos instintivos en entidades superiores desarrolladas mediante la vida espiritual y social. Las neurosis gástricas, aerofagia, rumiación, vómitos, estreñimiento, etc., representan evasiones neuróticas de conflictos entre la voluntad y la autonomía de los órganos.

3.—El reino interior comprende los territorios de inervación autónoma desde el esófago al intestino grueso; no hay allí conflicto entre la decisión voluntaria y el impulso instintivo, sino impresión o impacto sobre la inervación de una emoción. Lo mismo puede decirse del corazón, hígado o riñones, etc.

Se ha pretendido que cada órgano recibiría el impacto de una determinada emoción, estableciendo una especie de simbolismo orgánico de las emociones. El hecho es el mismo que el enunciado por el psicoanálisis con el nombre de Dialecto de los Organos. Schultz Hencke establece las siguientes correlaciones: La angustia se simboliza en el corazón y en los pulmones; el miedo en el tiroides; la tristeza en el hígado; el disgusto en la bilis; la cólera en las arterias cefálicas; la avaricia en el intestino; la codicia en el estómago; la sexualidad en los genitales y el corazón y finalmente, el riñón sirve de órgano expresivo de la sexualidad, la cólera y la avaricia.

4.—Existe todavía un espacio más interior que corresponde a los procesos del metabolismo, inmunidad, secreciones internas, crecimiento y vejez. Podríamos elegir como tipo la anorexia nerviosa, en la que un trastorno metabólico se halla en íntima correlación de no poder avanzar en la vida, es decir, crecer y madurar.

5.—En este sector se incluyen los conflictos con el mundo; en él se comprende el estudio de la Psicología del hogar, pueblo, raza, derecho. Cuando al hombre se le suprimen las seguridades en la vida, cae en el vacío. Kubie asienta la especificidad de la sintomatología

psicosomática en el siguiente esquema que tiene una cierta analogía con el anterior:

I.—Organos que nos relacionan con el Exterior.—Comprenden los órganos de los sentidos exteroceptivos, los músculos estriados con controles propioceptivos, los órganos del lenguaje con su representación central. Son órganos del yo o ego, en lenguaje psicoanalítico. Sus desórdenes pertenecen al tipo de la histeria de conversión. Están representados claramente en la conciencia, y en ellos tienen lugar procesos ideativos complejos, que, a su vez, los órganos pueden representar simbólicamente. El papel principal en estos corresponde al sistema nervioso de la vida de relación. El sistema autónomo es secundario.

II.—Organos de la Economía Interna.—El proceso de somatización afecta en este caso a órganos situados en el interior del cuerpo, ocultos para el conocimiento directo. Aunque algunos tienen conexiones indirectas con el mundo exterior, nuestra conciencia subjetiva de ellos es limitada. Sus disturbios constituyen las llamadas Organos-Neurosis. En éstos el sistema autónomo funciona solo.

III.—Organos de Función Instintiva.—Organos con conexiones directas con el mundo exterior. Sirven para ingerir y excretar los alimentos, aire, etc. Además, los órganos del apetito y de la función genital. Las funciones primarias se inician bajo la guía del sistema nervioso voluntario, pero paulatinamente se instala en control automático.

IV.—La imagen corporal (Body-Image, Körperschema). Se afecta como totalidad.—El disturbio es difuso y no se confina a ningún grupo orgánico. Los enfermos pertenecen a la categoría de los inválidos crónicos y de los llamados neurasténicos. En el curso de la enfermedad pueden aparecer focos en los que los otros grupos se hallan representados.

Habitualmente el problema psicosomático, se plantea, según Kubie, de una manera errónea, tratando de contraponer el proceso simbólico que constituye el lenguaje y las imágenes sensoriales con el llamado lenguaje del cuerpo.

En las enfermedades psicosomáticas hay, se dice, una transposición de una a otra. La realidad es que ambos son concurrentes. Los procesos conceptuales radican inevitablemente en el cuerpo. Ambos

forman la unidad del yo y del no-yo; entre ambos mundos hay otro de interrelaciones. En otras palabras, es el símbolo el que, con sus lazos multipolares conscientes, pre-conscientes e inconscientes, (igual que el Tri-Borough Bridge en Nueva York), nos proporciona vías proyectivas para el lenguaje y la imaginación, y vías introyectivas para la disfunción somática. Este anclaje multipolar de conceptos y símbolos, está representado en los juegos y sueños de la niñez y nos explica la transmutación de las experiencias del nivel psicológico al corporal que llamamos (interrelación y externalización, incorporación, identificación o proyección).

NATURALEZA DE PROBLEMAS EMOCIONALES:

Aquí podemos decir que las experiencias de la Psicología Militar ha demostrado que todo tiene su "tiempo de romper" o que una enfermedad es determinada por el impacto de un acontecimiento desagradable en un individuo sensitivo. Si el factor de los alrededores es bastante fuerte la personalidad más fuerte puede romperse; al contrario, si la personalidad es bastante sensitiva, por causa de predisposición neurótica, un acontecimiento relativamente menor puede ser el factor precipitante de una Psicosis, o algunas enfermedades psicosomáticas. El fracasar al ajustarse al medio se manifiesta por algún disturbio en alguna parte de la personalidad, como síntoma del cuerpo de varias clases o como efectos en el espíritu, resultando a modo de ansiedades, obsesiones, fobias, depresiones y otros disturbios.

Lo que no se sabe generalmente es que el descubrimiento de las dis-satisfacciones o acontecimientos desagradables en la situación real del individuo no es explicación suficiente, ni indicación siquiera de la historia Psíquica de la enfermedad. En otras palabras además de excluir enfermedades físicas en un caso y valorar correctamente el papel que desempeña en otro es de lo más importante saber la habilidad del paciente para ajustarse a ciertas situaciones reales, su forma de reaccionar a ellas, el grado de ansiedad de su carácter y la naturaleza y seriedad de sus conflictos. El estudio Psicosomático es necesario si vamos a establecer una relación específica de la situación psíquica de la personalidad del individuo. Como el bacilo tifoideo es específico de la fiebre tifoidea, de esto depende de que el individuo pueda dominarlo, también la especificidad del acontecimiento psíquico depende de la estructura de la personalidad de cada uno.

Para hacer tales estudios uno tiene que ser entrenado en Psicopatía. Cuando la Psicopatía sea dada en un lugar igual con la patología del tejido y sea bien enseñada nos daremos cuenta que es una parte integrante de la medicina. Si estos estudios parecen indicar que la mitad o dos terceras partes de todos los pacientes con enfermedades crónicas tienen problemas en que la psique está implicada y una tercera o una mitad la Psique es mayormente responsable por la dificultad, entonces parecería que la tradición de nuestra enseñanza médica ha sido culpable de ignorar y preparar al estudiante para los problemas que tendrá que encontrar cuando empiece a ejercer.

CONCEPTO PSICOSOMATICO EN ODONTOLOGIA

- Implicaciones Psicosomáticas de las Funciones Orales
- Estructura y funciones de la Boca
- Influencia de las Emociones sobre los Tejidos de la boca
- Bricomanía
- Hipótesis del origen Psíquico de los Disturbios Orales

De todas las ramas de la medicina la Odontología es la que ha estado más separada de la Psique. El vulgo ha tenido la idea de que todo lo que se refiere a dientes es algo mecánico, sin considerar que la cavidad bucal y aquellos forman parte de una estructura común. No podemos separar a un hombre de sus dientes. No todo lo dental es sinónimo de mecánico. El hecho de que con la sola idea de ir a ver al dentista se quite el dolor de un órgano dentario enfermo es una indicación que la psicosomática tiene influencia en la práctica dental.

Mucha gente siente una gran ansiedad cuando padece una enfermedad y mientras se avergüenza de ello, se siente impotente y no puede hacer nada. El temor que se tendría con la sola idea de tener que hacerse un recuento sanguíneo o una prueba de Wasserman terminaría después de hecha ésta. Pero si se siente una molestia en una pieza dentaria y recurre al dentista para que lo atienda, después de que le haya rebajado un poco la pieza tendrá deseos de que ya no le haga nada y tendrá gran dificultad para regresar a que siga su tratamiento.

Otra razón para evitar al dentista es la de perder un diente, que tiene una gran significación y va asociado al concepto de enfermedad e incomodidad. Perder un diente recuerda un viejo adagio, significa perder un amigo, pero esto significa en el subconsciente de mucha gente, pérdida de fuerza y pérdida de virilidad. Por supuesto hay la conciente idea del efecto en la apariencia, pero aparte de la noción de una posible alteración en la apariencia, hay la idea de que usar dentaduras postizas es signo de vejez. Sucede más comúnmente en las mujeres pero también se ve en los hombres. Esta es la razón para que muchas enfermedades crónicas de origen psicossomático puedan ser la huella de una operación dental o el mal ajuste de una dentadura o el fracaso del paciente para adaptarse.

IMPLICACIONES PSICOSOMÁTICAS DE LAS FUNCIONES ORALES

Hoffer (1950), aclara que a la doceava semana de vida extrauterina del niño, este descubre sus manos y sus dedos los que puede poner en su boca y que esto produce un placer autoerótico. Hasta la décima sexta semana de edad las sensaciones desarrolladas por los dedos y las manos son usadas para aliviar una tensión oral. Pero después de los tres meses de edad los niños pueden atender los movimientos de su boca y sus manos habiendo desarrollado un control motor sobre ellos. Núcleos del cuerpo, (Hoffer 1949).

La función oral como factor significativo en el desenvolvimiento de la personalidad y algunos de estos desórdenes fueron estudiados primero por Abraham (1927). La melancolía fué de un interés primario clínicamente y se le atribuía como etiología, factores constitucionales, fijaciones en satisfacciones orales, injuria maternal o narcisismo infantil y después en la vida repetición de desilusiones.

Estado de Abraham en lactantes, derivan de las satisfacciones de las necesidades nutricionales. Con el desarrollo de la dentición, el masticar es también asociado con un placer erótico. Estos placeres después persisten en la vida de los adultos en forma de una directa satisfacción: comiendo, tomando, masticando, fumando, etc. y como una preliminar satisfacción genital. La calidad de la mordida persiste en fantasías o crueldades especialmente verbales. Estas cualidades son exageradas cuando hay excesos o desilusiones en la lactancia

Los niños tienden a ser muy optimistas o a tener una necesidad exagerada de cuidados. Las desilusiones aparecen por envidias, codicias, impaciencias, ambiciones y parsimonias.

Freud (1949) acepta las fases de la lactancia de Abraham, como factores en el desarrollo de la personalidad. Estos estadios sobre todo son los que dejan huellas en la memoria, y aunque esta misma es hereditaria y el super-ego es cultural, el ego es derivado de nuestras experiencias subjetivas. Estas experiencias pueden ser eróticas o agresivas, y algunas veces ambas combinadas en alguna función biológica. El organismo infantil recibe percepciones internas, desde diverso y profundo estratum del cuerpo, lo que es más elemental que las percepciones externas y una influencia psicológica, en estados cuando la conciencia no es clara. Las percepciones surgen desde diferentes lugares simultáneamente y pueden ser de diferentes y cualidades opuestas.

Glover (1924) discute el significado de la boca en el psicoanálisis considerando tres funciones: desarrollo libidinal, desarrollo del ego y aislamiento o función de impulso de destrucción. Al esclarecerse la idea que la oralidad, no es un estado aislado, pero que temporalmente tiene una relativa primacía. La función oral principia con ciertas actividades prescritas a hacer endulzar el filo de la existencia y a dar repetición a las situaciones, así como siempre obtener gratificación.

Lewin (1950) describe la triada oral: el deseo de comer, el deseo de estar comiendo y el deseo de descansar. El cree que éstas son huellas de los estados psicológicos de la lactancia. El comer no viene a substituir la lactancia y la erupción de los dientes no marca una fase especial en la oralidad. Igual que los monos de Klüver y la esquizofrenia terminal de Arieti, el niño examina con su boca los objetos por placer. La realidad es presentada tempranamente en la memoria por una huella oral. Después se hace una cosa simbólica, con una renunciación progresiva del instinto de satisfacción. "El mundo viene siendo menos comible". En estados de regresión de la personalidad o en el sueño se compone de una pantalla oral sensitiva, motor de simbólicas y pintorescas ideas. Para revivir una satisfacción oral, la revelación es lo que sería efectivo y esta es la posición que el maniático adopta. La boca primeramente no sólo fué considerada como la entrada necesaria de los alimentos, sino también para satisfacer las necesidades de comer, odiar, amar y temer. Actualmente los pos-

tulados del psicoanálisis se resumen en ésta triada de funciones: mantenimiento de la vida, satisfacción sexual y un agresivo dominio de la realidad. Como siempre en los tiempos modernos tienen mejores avances los conceptos de las funciones de la boca, determinando la estructura y la estabilidad de la personalidad. Observaciones antropológicas y métodos psicoanalíticos han determinado la interrelación entre niño y madre, boca y pezón.

Las funciones de la boca existen para satisfacción de necesidades, probando objetos, peligros y placer sensual.

Tenemos la Historia Natural, la Anatomía, Psicología y la mitología de la boca, además cualquier cosa de nuestro uso de los conceptos orales en la teoría del desarrollo de la salud o enfermedad de la personalidad.

Aclaremos algunas cosas: En Psicología tenemos que considerar las funciones de la boca literalmente también, estamos descuidando el valor propiamente de otros sistemas superiores, percepción y sensualidad, y tenemos que considerar aisladas las funciones de la boca.

Para determinar algo en Psicología será mejor si ponemos atención a la boca como una simple área de acción y consideramos las potencialidades del organismo entero como una proyección de muchas superficies (no una superficie) Freud.

Psiquiatría, Medicina Psicosomática, Psicología y todas esas disciplinas que pueden considerarse como "Ciencias de la Conducta Oral", pueden ahora estar yendo más allá de los conceptos de la especialidad del dominio de la zona oral. Ciertos niños recapitulan en sus antagónicos desarrollos las primeras costumbres de sus funciones psicosomáticas, y esos patrones reaparecen en estados regresivos. Como quiera que sea cuando los procesos de los altos sistemas de diferenciación psicológica son observados y evaluados, podremos estar haciendo uso de los conceptos de una transicional comunicación con los signos y sistemas como más apropiados para nuestras presentes necesidades intelectuales.

ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LA BOCA

La mayor parte de las investigaciones en el campo de la Psicosomática han sido impresas por la estereotípica naturaleza de una

constelación de emociones básicas, las que expresan en síntomas en muchas formulaciones y disturbios psicossomáticos caracterizados por fluctuaciones relativas a estados de tensión emocional. Allí aparece la triada monótona: dependencia oral, frustración y hostilidad oral, síndromes psicossomáticos repetidamente de básica expresión de infantilismo e inmadurez. Esto tiene validez al grado que la primera integración psicossomática predispone a enfermedades del corazón. Presentándose en un temprano período de diferenciación cuando el niño recibe estas satisfacciones. Además la boca funcionando como órgano no facilita al infante tener un primer sabor de la naturaleza del mundo y de qué es fuera y qué es dentro y cómo es la relación entre cosa y sensación.

Por ésta razón es importante reunir lo que es conocido acerca de estructura y funcionamiento de la boca para contribuir a muchas disciplinas; desde la anatomía comparativa al psicoanálisis.

La Anatomía comparativa de la boca en particular y de la cara en general ha estado siendo estudiada intensamente (Rable) 1902. El primitivo orificio de la rudimentaria boca tuvo por lo menos tres colocaciones en el metazoario ante su desarrollo evolucionario hasta colocarse en un polo puesto al ano. La rudimentaria boca servía lo menos para cinco funciones del primitivo organismo. Preliminar preparación, captura de energía comiendo; determinando así la dirección de los movimientos hacia estas metas: un atractivo para la captura de un compañero o compañera, y una entrada al primitivo intestino (Gregori 1929).

Una primitiva cabeza con un complejo grupo de sentidos por lo cual el animal es dirigido a engolfar y a comer; esto revela un gusano primitivo. Las primeras verdaderas bocas aparecen en el pez arregladas de tal manera que los líquidos y sólidos en suspensión fluyan y de ahí sean eliminados por las agallas, en algunos peces el sistema es por medio de cilios y una corriente interna y otros como el lamprey revelan dientes para agarrar los objetos que comerán. Peces más complicados desarrollaron mandíbulas y músculos y una cara la cual es esencialmente una máscara huesuda. Los mamíferos evolucionaron un nuevo tipo de mandíbulas móviles, con la aparición de la articulación temporomandibular. Después en la evolución fué la máscara huesuda de la cara cubierta con músculos. Como el cráneo fué hecho más grande y las mandíbulas retrocedieron para formar una cara plena, increcentadamente plana y los senos frontales ex-

tendidos hacia afuera y los lóbulos cerebrales frontales aumentados de tamaño y los músculos faciales siendo sobrepuestos por más grasa y los tejidos subcutáneos (Keith 1921). De hecho Keith y Campion (1922) declararon que excepto la nariz la cara entera del mamífero es parte esencial del aparato de masticación.

Disturbios en la formación de huesos y el crecimiento excesivo, formación de tejidos linfoides, amígdalas y adenoides, ellos creen que son concomitantes y secundarios o deficiencias endócrinas, causadas frecuentemente por mala nutrición infantil. De este modo deficiencia primaria en ingerir los alimentos puede seriamente afectar posteriormente las funciones del aparato masticatorio.

El desarrollo de los dientes ha sido de un interés considerable para los ortodoncistas y para el C. Dentista en general como una base de entendimiento a los defectos del arco dental, enfermedades de los dientes y el problema de dentaduras artificiales. Williams (1917) declara que la variación del arco dental entre diferentes tipos raciales es muy pequeño. Los seis dientes anteriores determinan la forma y el tamaño de la boca puesto que normalmente forman un arco. El orbicular de los labios está todo el tiempo poco contraído y sigue el contorno de los dientes con esto determina la forma y el tamaño de la boca. Muy poca importancia ha sido dada a la posibilidad de que cambios en la inervación del orbicular Oris afectados por crónicas tensiones emocionales, podían influir en la posición y relación de los dientes y la mandíbula. Por otro lado la posición de tensión, retención y estabilidad de la dentadura es significativamente afectada por los músculos faciales (Pendleton 1946).

Una condición excesiva destruye, en un adolescente, muchos dientes en rápida sucesión sin conocerse la causa; esto tiene un gran interés psicológico. Para muchos dentistas parece tener una gran correlación entre el factor psicológico y la salud Dental (Manhold 1949). Cambios químicos en la secreción salival y cambios en el calibre muscular en el tejido parodontal pueden favorecer la actividad bacteriana. Una necesidad neurótica de una extracción repara el daño de un sentido de culpa. Las uñas, los lápices, o cualquier objeto que se puede morder, masticar tabaco excesivamente, mascar chicle, la bricomanía o una perversa afición por alimentos ácidos, puede ocasionar disturbios dentro de la cavidad oral.

Una temprana satisfacción o frustración oral puede dar salida a una dulce o amarga expresión alrededor de la boca.

Edinger (1908) postula la existencia de un centro localizado en el tubérculo olfatorio que se presumía era una asociación en una área que recibía impulsos olfatorios, táctiles, gustorios y dinámicos desde el área oral y los que eran transmitidos y coordinados y que eran activados por impulsos oportunos del núcleo motor de la médula. En niños diencefálicos, estímulos eléctricos en este centro bulbar fueron suficientes para provocar los movimientos rítmicos de succión para que el niño se alimente bien y viva cuatro días, (Grinker 1931).

Schuntermann (1933) demostró que la boca es capaz de absorber de varias maneras, dependiendo del tamaño molecular de las sustancias. El que alimentos estimulen la secreción de jugos gástricos, no es sólo una respuesta condicionada sino también una respuesta a una absorción del tipo de sustancias que se esté comiendo. Varias formas terapéuticas se administran tomando en cuenta la absorción bucal.

Babkin y Van Buren (1951) consideraron que la boca forma la mayor parte del motor de acción del tracto digestivo durante la ingestión de los alimentos comprendiendo el alimento materno. Esta acción incluye los movimientos de la lengua, la mandíbula, la faringe, esófago, salivación y reflejos gástricos. Una actividad refleja y compleja iniciada por la deglución está expuesta frente a un centro de deglución en la médula oblongada a través de los impulsos córicofugales, aumenta la eficiencia del complejo por la adaptación del organismo a estímulos particulares. El significado del centro cortical yace en la base del área olfatoria cuya función con el hipotálamo, subtálamo y sustancias reticulares del sistema nervioso. No obstante los movimientos de masticación y deglución y especialmente por el área de Brodman. El Patrón talamocortical de las actividades orales es una función superimpuesta en la organización visceral capaz de aumentar o inhibir.

Klüver y Bucy (1938, 1939, 1940) encontraron sorprendentes cambios en la conducta de monos después de la extirpación temporal de los lóbulos de la boca. Después de la operación estos animales desarrollaron ceguera psíquica; podían ver bien pero no podían interpretar el significado del objeto estimulante. En lugar de examinar el mundo colocaban todos los objetos en su boca desarrollando lo que Klüver llama "tendencias Orales". Todas las cosas fueron primero situadas en contacto con la boca, esto era primero rechazado cuando se trataba de cosas que no se podían comer y deglutido en los casos que

si. Estos monos tomaron alimentos comunes y otros poco usuales para esas especies. Similarmente los animales parecían estar temerosos de sus enemigos naturales, sonidos y visiones que eran ordinariamente intensificadas por el miedo. Mostraron marcada atención a todo estímulo, reaccionando con hipermetamorfosis o conducta compulsiva. Las actividades sexuales cambiaron en estos animales que estaban siempre en constante estado de excitación, actuando permanentemente, como acogotándose y tapándose las orejas. Todo su cuerpo parecía erotizado. En general lobotomía temporal bilateral revelaron un "síndrome oral" causado por la remoción cerebral.

Klüver (1951) mostró recientemente que animales normales tienen un mecanismo a través del cual ellos mantienen la ilusión que externa el objeto en el mundo. Se quedaron en aclarar tamaño, forma, color y todas las diferencias subjetivas. Cuando el sistema visual desaparece el animal es forzado a retroceder en sus funciones mediante los centros subcorticales. Porque siempre están a merced de cambios y fluctuaciones de energía de todo lo que los rodea, la vieja y primaria prueba del aparato digestivo es reactivada. En adultos sanos una ingestión de mescalina también produce una sensación de objetos fuera, externa a la peculiaridad de la imaginación o alucinación oral. En niños sin integración o con pobre integración de los sistemas perceptivos, la prueba oral de los objetos externos es conservada. En enfermedades en la que los lóbulos temporales han degenerado, los pacientes colocan cualquier objeto en su boca y mastican incesantemente. Durante el coma inducido por insulina, retrocede la conducta de los pacientes asociada con discriminación de chupar, mamar y masticar.

El automatismo postepiléptico puede estar acompañado de conducta similar (Grinker 1934).

Arieti (1943) describe una conducta final en una esquizofrenia institucionalizada similar a la que se muestra en una lobotomía temporal en monos. Por un lado los pacientes esquizofrénicos frecuentemente pierden sus alucinaciones, haciéndose activamente hacia la violencia y el ataque. Después empezaron a revelar hiperorexia con gran resultado, ganando peso, arrebataando la comida y comiendo con rapidez, lamiendo activamente en todos lados. El primer día arrebataban la comida pero escogiéndola, pero después ponían en su boca cualquier cosa: huesos, cucarachas, cáscaras, etc. Primero arrojaban

lo que no se podían comer pero después se tragaban todo. A todo estímulo externo reaccionaban masticando, puesto que ignoraban la percepción auditiva y visual. Ellos retenían una sensación normal en todas sus modalidades, pero reaccionaban al dolor fuera de efecto, así que la anestesia no se necesitaba para operarlos. Estos comportamientos esquizofrénicos se parecían a los de los monos de Klüver y Arieti, creen que la sensación impuesta psicológicamente es circunscritamente corta o que los centros nerviosos altos están fuera de función como consecuencia de una degeneración primaria o secundaria.

La cara huesuda se hace móvil y físicamente indefensa pero el desarrollo de la actividad muscular le hace capaz de simbolizar una expresión de miedo, rabia o afecto. Organos asociados con la boca suministran sustancias vitales para el crecimiento y mantenimiento que viene a distribuirse en forma de glándulas de secreción interna. El motor al cual concierne la boca grandemente está correlacionado a través de los centros del sistema nervioso, pero sus actividades son inhibidas por acción de la corteza cerebral. La función oral está íntimamente asociada con todos los movimientos de las vísceras, lo que estará representado en integración de emociones a través de las funciones del rinencéfalo.

El primitivo sentido oral parecía tener una percepción en el servicio de prueba de los objetos externos y obtenía una interna satisfacción sensual. Cuando el cerebro era extirpado en monos quienes mantenían el trabajo en un constante estudio a través de una visión selectiva y percepción auditiva; toda satisfacción viene siendo oral. Esta patente oralidad la vemos en los humanos cuando hay destrucción del lóbulo temporal en personas con estados terminales de esquizofrenia y en niños muy pequeños.

INFLUENCIA DE LAS EMOCIONES SOBRE LOS TEJIDOS DE LA BOCA

Un cambio en la Química de la saliva puede pasar desapercibida pero estados crónicos de tensión emocional pueden ser causa de caries dental. Un cambio en la alimentación junto con una tensión crónica en los nervios del sistema, pueden ser la causa de una parodontopatía. En unas personas los estados crónicos de tensión emocional pueden expresarse en ellos mismos por una úlcera péptica, en

otros por una insuficiencia coronaria, por asma, hipotensión o colitis. Todas estas manifestaciones de componentes psicósomáticos ya han sido comprobados muchas veces. No hay razón fisiológica en los términos de estructura y función del sistema nervioso, porque en algunas personas los signos de estados de tensión pueden no encontrar expresión en enfermedades de la boca, sino que escogen cualquier tejido. Cualquier órgano o tejido puede ser el de menor resistencia, biológicamente inferior y de constitución inadecuada, así como los dientes, la piel, los brazos, las piernas, etc. Se está aquí revelando una familiaridad que no tenemos con las partes visibles. Consideramos estos órganos de menor importancia en el trabajo que los órganos internos; y verdaderamente ellos son menos vitales, las personas pueden vivir sin brazos, sin piernas y sin dientes. Hay otro factor que hace que se devalúen estos tejidos y órganos tangibles. Nosotros sabemos que es mucho menos el control de la corteza cerebral en los movimientos del corazón. La ruborización de la piel, el resecamiento de la lengua y de toda la boca en los estados de miedo, la movilización de la sangre y el azúcar en los músculos de los brazos y las piernas para preparar la lucha o la retirada, son ejemplos comunes del control automático de nuestros órganos observables. Sería más adecuado decir que tenemos una evaluación más baja de nuestros órganos tangibles a decir que los despreciamos. A menos que tengamos un sentimiento psicótico de nuestros tejidos. Hay tan estrecha intimidad de todo nuestro ego que en las enfermedades se protege a toda costa. Pero estamos acostumbrados a darle mayor énfasis a estos órganos internos y misteriosos que nunca vemos. Cuando estamos conscientes de los trabajos de nuestras vísceras, podemos saber en el acto cuando algo anda mal y no así nuestros tejidos tangibles puesto que a cada momento los vemos y los palpamos.

BRICOMANIA

El tratamiento de la enfermedad parodontal está basado en el control y eliminación de las causas que provocan Parodontopatía. Un importante factor en la etiología de esta condición es el hábito de apretar los dientes y rechinarlos (Bricomanía).

Para el tratamiento de las enfermedades Parodontales este rechinar de los dientes y el apretarlos debe ser reconocido y controlado.

Es necesario recordar que estos hábitos frecuentemente son manifestaciones de una tensión interna en el individuo y que el rechinar es frecuentemente una externa manifestación de un grado de frustración inhibida. En algunos casos el individuo puede ser ayudado por reeducación y hacer que él vigile el hábito con la aspiración de que controle conscientemente éste. Cuando el rechinar es nocturno el control es mucho más difícil. Muchas veces el dormir de espaldas con una pequeña almohada en la nuca puede ayudar. Como sea, este tratamiento es sintomático y no va a la causa. La mayoría de estos casos los tiene que tratar un Psiquiatra, el que encontrará la causa y el camino para resolver este problema. Algunos síntomas orgánicos Psico-génicos así como el temblor o ruborizamiento son la expresión directa de una emoción o conflicto, mientras que otros son solamente sus resultados indirectos. Un deterioro estructural de los dientes como resultado del rechinar es un ejemplo de este último.

HIPOTESIS DEL ORIGEN PSIQUICO DE LOS DISTURBIOS ORALES.

Aún no es probado con datos de experimentación en el laboratorio que la caries dental o las enfermedades Parodontales sean producidas por un estímulo emocional o un estado de tensión. La hipótesis ha surgido de que en estos estados los tejidos dentales al igual que otros tejidos, están bajo la influencia del sistema nervioso autónomo y que cualquier disturbio puede ser iniciado o agravado por irritaciones que suben del hipotálamo. Algunas caries rampantes con rápida degeneración que se ven en personas con un alto índice de inmunidad previo, pueden tener bases psíquicas. Eso es posible que algunas de éstas disoluciones de tejido dental se vea en el personal militar y esto puede tener un fondo emocional. El soldado o el marino están sujetos a la tensión de la experiencia del combate.

Es bien sabido que las emociones movilizan al cuerpo forzado por una acción manifiesta. Si estos sentimientos no pueden ser expresados en acción, si son reprimidos, ellos establecen estados de tensión, que pueden traer serios resultados en el organismo. Una tensión crónica puede ser expresada en cualquier tejido. Muchas personas, si sus recuerdos emocionales no tienen una carga demasiado pesada, pueden vivir muchos años en confort y satisfacción en la civilización.

Las mucosas de la boca son de origen ectodérmico, considerando que el resto del tracto gastrointestinal exceptuando al ano, está formado de endodermo. Sabemos que las glándulas salivales y lo que está al final del tracto digestivo están bajo el control autónomo. La salivación plausible que viene a la vista o al olor de la comida, la resequeidad de la boca por el miedo, la evacuación del recto o la vejiga bajo la emoción, son ejemplos de control autónomo. Podíamos incluir todos los tejidos y todas las glándulas asociadas con el metabolismo de los alimentos. Es incomprensible que los tejidos dentales puedan ser la excepción a este plan general fisiológico y anatómico.

En la práctica todos observamos docenas de pacientes quienes sin razón aparente revelan formas agudas de caries o enfermedades de los tejidos blandos. Hemos tenido dificultad en reconciliar algunos de estos casos explicación bacteriológica, química o nutricional. No podemos determinar con buena razón por qué la boca asume inesperadamente marcada virulencia. Razonablemente y con cuidado preguntaremos a esta persona cualquier cambio significativo en sus hábitos de comer. Con frecuencia determinamos de sus historias que estas gentes han sufrido reciente trauma emocional o que están marcadamente fatigadas.

Observaciones experimentales han demostrado que el PH, la viscosidad de la saliva y algunos minerales constituyentes pueden ser alterados bajo la influencia del miedo, ira o placer. El calcio y otras sales tonizadas de los fluidos del cuerpo son afectadas por estados emocionales así como el número de células rojas y blancas de la sangre. Una excesiva tensión oclusal produciría una Parodontosis. Hábitos defectuosos de la boca son la expresión de actitudes como de iras reprimidas o dependientes del miedo. (Esto es obvio por supuesto que ha sido antes que actitudes primeramente inapropiadas, al comer pueden imponer un origen químico a la caries dental, como cuando se ingieren hidratos de carbono refinados, se cultivarán las flores de bacilos acidófilos). La Hipocalcemia y la Osteoclasia pueden resultar no solamente de actitudes incorrectas en la selección de las comidas sino de directos disturbios del Hipotálamo, por ansiedad, a pesar de un adecuado producto de calcio.

Los trabajos de F. Allan en la Clínica de Lahey en Boston y de Portis de Chicago, muestran que los estados de fatiga en gran número de casos son el resultado de fuertes gastos emocionales. Un estado de ansiedad consume más que cualquier trabajo o juego. Estas

personas que se fatigan fácilmente pueden no estar sufriendo de una infección dental, pero sí de una toxemia emocional. Esto sería bueno tenerlo en mente para cuando hiciéramos nuestro diagnóstico y tratamiento. Sin embargo el dentista puede no mostrar mucha tolerancia para aceptar la teoría Psicogénica de las enfermedades dentales, sin embargo él no puede en la fase de la Clínica descartar la evidencia de la naturaleza emocional, de las enfermedades del tracto gastrointestinal o del sistema circulatorio. Muchas de las evaluaciones Clínicas él debe darlas para la posible asociación dental con esas condiciones. Esto es particularmente cierto si nosotros consultamos el papel de las pulpas dentarias en una enfermedad general.

No nos impresionemos porque el dentista asuma en un momento dado la función de un Psiquiatra. El punto de vista psicósomático como se tomaría esto no sería lo mismo si lo procurara un Psiquiatra. Ninguna de las autoridades que escriben al respecto: Dumber, Alexander, Weiss o English, tienen la idea que todos los médicos cirujanos dejen el bisturí y las sulfonamidas o los antibióticos y se conviertan en psiquiatras o Psicoanalistas. Se ha estado pidiendo se piense en términos Psicósomáticos para integrar un punto de vista en otros métodos de tratamiento. La Psicósomática es una auxiliar en la práctica dental, no un sustituto de otro tratamiento. Todos los dentistas y los médicos que creen y practican la medicina "personal" deberían retener esta sencilla sugerencia de Allan: "Algunos pacientes necesitan un amigo, un confidente quien los aconseje. Cualquier médico que esté sinceramente interesado puede proporcionar esta ayuda. Las personas nerviosas necesitan que se les ponga la atención posible y no desdén. Como pacientes pueden estar fastidiados, pero son simpáticos frecuentemente y poseen talento y en esas condiciones forman un elemento de mucho valor en la sociedad".

Antes dábamos nuestra opinión dogmática cuando considerábamos las pulpas de los dientes, esto sería bueno si valoráramos la pulpa de un diente en particular en términos de un "paciente" en particular. Da que pensar en qué debemos individualizar al diagnóstico para un paciente definido, entonces tendríamos que hacer la valoración viendo la persona como un todo y en relación a la situación de su vida.

LA BOCA EN LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD

- Desarrollo de la Personalidad
- Personalidad del Paciente
- Somatotipos de los Pacientes
- El niño como paciente Dental
- El problema dental en la Infancia
- Cómo ve el paciente al doctor
- Los pacientes son gentes
- Personalidad del Dentista
- El Médico Ideal
- El Médico Familiar
- La relación de doctor y paciente
- Relación del Dentista en el aspecto Emocional Quirúrgico.

La boca es el más primitivo e importante órgano de agresión en la evolución animal. La zona oral es la primera que aparece en el infante como más sensitiva a las enfermedades. El hombre no tiene menos agresiones en el curso de su evolución. La zona oral es sin embargo un órgano que puede ser destructivo. (Los salvajes discursos de Hitler pudieron mandar a millones de hombres a la guerra y a la muerte. Una maliciosa palabrería es una fuerte arma para matar).

Binger puntualizó que los atributos de la boca están Psicológicamente hablando, emparentados al mayor número de instintos y

pasiones humanas: El instinto de conservación, el conocimiento, el instinto sexual, el deseo de injuriar y matar, etc. Desde el punto de la Psicología esto es de gran importancia. Los infantes ponen todas las cosas en su boca, esta costumbre y la de mamar, es bien sabido aparecen al nacimiento y desaparecen después, esta es una importante regla derivada de una satisfacción emocional. La costumbre de mascar tabaco y masticar chicle de algunos hombres no es más que una fuga para mitigar sus impulsos.

No debería la boca ser olvidada como órgano de amor. Genéticamente está relacionada con el mamar y con el comer. Así que términos de cariños como los que se usan en Inglés, (Sweetheart, Honey) dulce corazón, dulzura, indican que el objeto de nuestra afectación es concebido como un manjar. Binger dice, en cualquier caso los labios, la lengua y la mucosa bucal son altamente erógenos y por toda la vida retienen una importante función que dá placer.

Controlado y examinado esto queda un atávico rasgo que estos impulsos para usar la boca, para atacar por ejemplo; permanecen para todos nosotros toda la vida, pudiendo ser fácilmente revividos. Nuestras personalidades son formas elevadas de nuestras capas arqueológicas y nuestras tempranas experiencias y contrarias tendencia de nuestras vidas a través posiblemente de huellas dormidas. Estas huellas poseen un dinamismo que puede afectar nuestra salud, nuestro parentesco y nuestro destino.

Binger se refiere a la menopausia como un período de la vida, en el que las operaciones dentales están propensas a estimular reacciones inesperadas. Una mujer cuando se da cuenta que una dentadura es su último camino en su ya ofendida vanidad y amor propio, depresiones, largos períodos de invalidez y constantes atentados de suicidio pueden ser presentados después de una operación dental.

Los estados de fatiga son frecuentemente el resultado de fuertes gastos emocionales. En los estados de Yvan las personas que se cansan fácilmente pueden sufrir no por el resultado de una extracción dental pero sí de una Toxemia emocional. El aconseja a los dentistas guardar ésto en su mente al hacer diagnósticos y planes de tratamiento. El no sugiere que el dentista asuma la actitud o siga el sistema de Psiquiatra antes de dar su juicio sobre un diente des-pulpado, ni tampoco recomienda que en cualquier situación el dentista haga la función de un Psiquiatra. Tener el punto de vista Psicósomático no es lo mismo que intentar practicar Psiquiatría. Un

médico general y un Cirujano Dentista tienen la necesidad de pensar en términos Psicosomáticos y a integrar sus puntos de vista con otros métodos de tratamiento. Los estados Psicosomáticos de Ryan, son un auxiliar para practicar el diagnóstico dental, no un sustituto de otros procedimientos.

De este modo vemos que el trabajo del Dentista puede tener un significado más grande que superficial. Si el dentista tiene más contacto con las estructuras de la boca él podría evitar muchos accidentes. Los dientes no pueden ser divorciados de la personalidad del paciente porque a la medicina psicosomática le interesa como cualquier parte del cuerpo.

En el lactante, los impulsos a succionar, a mamar son predominantes además de ser necesarios para la ingestión del alimento, la excitación de las mucosas de la boca es en sí misma placentera. (Freud y Linder: el chupeteo o succión productora del placer observable en los niños, es una satisfacción erótica). Así pues la principal fuente de placer para el niño durante este periodo denominado oral es la de mamar o percibir el mundo a través de su boca. Todas las cosas que el niño toma las pone en su boca y a través de sus mucosas las examina, las ve, las palpa, el niño ve al mundo a través de su boca. Posteriormente al iniciarse la dentición el placer de morder puede reemplazar o subordinar al placer de succionar. Conforme progresa normalmente el desarrollo del niño, renuncia a estas formas de placer o más bien dicho las subordina, pero si el desarrollo no sucedió normalmente, estas formas de placer persisten a través de la infancia y de toda la vida en forma de hábitos. Estos hábitos traen como consecuencia deformaciones en la estructura orgánica, tomando como ejemplo: Los niños que se maman los dedos, estos tienen una especial significación para el dentista, pero mucho más para el Ortodontista, porque los niños que se chupan los dedos por lo general tienen problemas de mal oclusión. Preguntémonos ahora si la mal formación de la personalidad que ocasionan estos hábitos ¿no es más seria?. Así pues el problema no es sólo del médico sino también de los padres y de los adultos en general.

Niños con hábito de mamar los dedos.--El mamar los dedos es un hábito del que se discute bastante y sobre el que hay considerables controversias. Pero bien sabido es que la necesidad de solaz es el más fuerte anhelo de la vida temprana en los humanos, cuando este persiste en la infancia esto significa una respuesta a una necesidad corporal que es imperativa. Así pues el placer que experimenta

el niño al mismo tiempo alivia una tensión. Cuando el niño tiene hambre está tenso, igualmente si está solo, aburrido, si juega él solo, si no tiene que hacer, él busca entonces distracciones placenteras y encuentra ésta como la más práctica y mejor, pero esto no sería tan constante si los niños fueran bien atendidos y bien alimentados.

El hábito de morderse las uñas.—Se calcula que el 25% de los niños tienen el hábito de morderse las uñas y que alcanza su mayor intensidad durante la adolescencia, el hábito se acentúa en situaciones de preocupación o de tensión. Así que morderse las uñas sirve aparentemente para descargar tensiones relacionadas con diversos conflictos. Psicoanalíticamente, el síntoma es interpretado como la satisfacción de necesidades infantiles resultantes de una fijación oral.

Se aconseja pues a los padres tener en cuenta lo siguiente:

Si la costumbre de morderse los dedos, los labios, la lengua o de morderse las uñas es excesiva e interfiere con la actividad normal, debe evitarse los regaños, los golpes, evitar mecanismos de restricción, evitar burlas, críticas y ridículo porque si se pone una severa restricción o fuertes limitaciones físicas daría un resultado pobre y ocasionaría la búsqueda de otras salidas, la cual podría ser un problema más serio para el desenvolvimiento de la personalidad.

Más recomendable es jugar con el niño, usar juegos apropiados a su edad, alentarle a jugar con otros niños, dejar que tenga oportunidad y espacio para estar activo. Si en la atmósfera del hogar no hay felicidad, tranquilidad ni amistad los adultos deben esforzarse para que esto sea mejor, puesto que no sólo concierne a ellos mismos sino también a los problemas de los niños. Con tolerancia, paciencia y oportunidades para un mejor ajuste personal y la provisión de canales adecuados para eliminar tensiones, en la mayor parte de los sujetos se obtendrían considerablemente mejores resultados y los hábitos en lugar de persistir ya sean iguales o transformados tenderían a desaparecer espontáneamente sin que esto afectara la estructura de la personalidad en el adulto.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Para entender el problema de la medicina Psicosomática es necesario tener un conocimiento de Psicopatología, así como se tiene un

conocimiento de un tejido Patológico y entonces se dice: Patología de la Psique, Patología de la personalidad, etc. El primer ataque es insidioso y descubrirlo no es fácil porque nuestros métodos aún no son precisos y el público no ha sido educado a reconocer las tempranas manifestaciones de los disturbios de la personalidad. Justamente, como se tienen campañas para localizar tempranas evidencias de cáncer, tuberculosis, paludismo, etc., así tenemos la obligación de educar para poder reconocer las tempranas manifestaciones Psicopatológicas. La Psique o la personalidad es una potencialidad que que cuenta con muchas partes y funciones.

Dumbar cree que ciertos tipos de personalidad predisponen a cierto tipo de enfermedades. Un jornalero por ejemplo no tendría una Oclusión Coronaria como la tendría uno que tuviera un trabajo intelectual. Esto es porque el jornalero y el intelectual tienen diferente tipo de personalidad.

PERSONALIDAD DEL PACIENTE

La personalidad es el resultado de características hereditarias, condicionadas por cambios dinámicos. En la personalidad hay elementos que son comunes en todos los seres humanos, es decir, que dependen de la dotación biológica de la especie y de las condiciones comunes a todas las sociedades. Pero cada quién tiene un modo propio de resolver sus problemas y de reaccionar en cada situación que se le presente.

Como ya se dijo cada individuo recibe una dotación genética cuyas características específicas varían de un individuo a otro. Así pues la herencia no solo preve las potencialidades para un desarrollo característico de la raza humana, sino que también es fuente importantísima de diferencias individuales. Nuestras potencialidades innatas sujetas a las fuerzas modeladoras del medio.

Y así pues haciendo una clasificación de individualidades tenemos los siguientes tipos:

El Narcisista.—Derivado este nombre de uno de los dioses de la mitología griega. Esta inclinación es observada en casi todos los jóvenes. Esta individualidad está caracterizada por el excesivo amor que se tiene, además una gran necesidad de amor de parte de otros,

algunas veces aceptado con desconfianza. El narcisista es el artista, el exhibicionista, quienes necesitan frecuentemente estímulos en su profesión, quienes necesitan constantemente estar en público, ellos viven de los aplausos, de la alabanza, de la adulación, la vanidad y el amor. Ellos viven entre gente que siempre los está mirando, al mismo tiempo viven siempre con desconfianza y en constante necesidad de reafirmar su amor, (en diferentes formas estas actitudes pueden asumir un aspecto Psicótico), sintiendo desconfianza de que los vayan a engañar o a olvidar. Estas personas son muy desconfiadas en los negocios y extremadamente celosos en sus matrimonios. A ellos no les importa nadie a menos que les sirva de auditorio,

El dentista encontrará esto útil para entender los valores que motivan tales individualidades. Esto incluye vanidad, egocentrismo, egoísmo y necesidad de amor y admiración. Su desconfianza y hostilidad pueden dificultar el tratamiento. Ellos no tienen el suficiente respeto para nadie por lo que no pueden intimar con nadie, así que el dentista en el trato con ellos tendrá que ser muy prudente como el paciente lo es con él.

El narcisismo o amor propio a un determinado grado, es una emoción normal, entendiéndolo así puede ser de mucha ayuda para el tratamiento de estos pacientes.

El Compulsivo.—La personalidad compulsiva puede ser reconocida por su rigidez e inflexibilidad en el carácter y en su conducta. Las reacciones emocionales son reprimidas dando una apariencia de buen control y ecuanimidad. El es limpio y de buenas maneras, obsequioso, y todas las cosas deben ser hechas "así". Es muy ceremonioso y muy pulcro en el vestir, gobierna bien su vida por rígidas normas de conducta. Es metódico para todas sus cosas, cualquier desorden, alteración o desviación en sus cosas le provoca grandes molestias y ansiedades. Esta gente es extremadamente moralista, es recia y cambia de ideas con gran facilidad. Sus disciplinas no sólo se las aplican ellos mismos, también a sus esposas, implicando además a todas las personas que los rodean y el dentista no es la excepción. Como sea con un buen conocimiento de este tipo de personalidad el dentista puede trabajar frecuentemente en armonía con estas personas. El preve sus necesidades y las une a su sistema ordenado y hace lo necesario para prevenir las ansiedades y molestias que esto puede ocasionarle. Así cuando menos él solo tendrá un pequeño disgusto de parte del dentista, y esto será cuando se le presente la cuenta. Desde otro aspecto estas personas son puntualísimas

El Histérico.—Es el tipo romántico que relaciona todas sus cosas con el amor o que siempre está preocupado con fantasías sexuales. Ellos se enamoran fácilmente de su dentista, doctor, patrón o profesor. Habilidad para tomar afecto por una persona y un positivo encariñamiento es común en este tipo de personalidad. Esto debe observarlo cuidadosamente el dentista para tratarlo con diplomacia.

El deseo de amor en este tipo es usualmente inconsciente por lo que él no admite ser presa de sus necesidades inconscientes por supuesto. Estos deseos siempre encuentran expresión en varios síntomas y actitudes. La boca es importantísima en el desenvolvimiento de estas individualidades y esto ayuda a probar que ésta (la boca) podría ser un área común para los padecimientos psicossomáticos en el Histérico. Esto debe ser considerado por el dentista cuando practique un cuidadoso examen y no encuentre evidencias de una enfermedad orgánica, siempre que el paciente persista con las molestias de su enfermedad intratable.

Además para evitar la Frustración de un amor inconsciente en el tipo histérico, el dentista debe estar en guardia en el trato con estos pacientes. Este es el tipo que acusa al dentista o al doctor de estupro, de pretender seducirla, hace circular la historia de que se portaron frescos con ella o cuenta una serie de fantasías y envuelve al doctor en ellas. Estas pueden interpretar una inocente observación, un accidental contacto, o la simple manipulación instrumental como un avance sexual. Cuando es usada la anestesia general, un sueño puede ella interpretarlo como algo vívido, creyendo que cometieron un atraco con ella, para evitar cualquiera de éstas cosas es conveniente que siempre esté presente un familiar o una enfermera.

El Masoquista.—Este goza lastimándose, despreciándose o sintiéndose enfermo. El siempre asume la culpa y se siente inferior, sufre ataques de cualquier forma de abierta agresión, todos sus enojos son inconscientes. El tiene fuerte sentido de responsabilidad. Estos son tipos frustrados que nunca realizan sus ambiciones. Cuidadosa observación revela que él es quien se frustra a sí mismo, porque sus propias culpas hacen sucesos de agresión intolerable.

El Dentista en su trato con este tipo deberá encontrar estos sucesos y directamente recurrirá a su sentido de obligación y deber. Estas gentes son generalmente receptivas en el tratamiento de sus

enfermedades por lo que no existirá problema en el sillón dental. Es de las personas propensas a sufrir accidentes, (por su necesidad de sufrir) y hay gran número de suicidas en este grupo.

La línea de Psicóticos.—Este tipo es difícil de describir específicamente, porque hay muchos tipos de psicosis. Broadlu dice, este es el grupo que se encuentra sumiso por sus conflictos, ellos parecen perder contacto con la realidad, sus actitudes y síntomas son interesantes. Algunos pueden ser místicos o fanáticos, otros pueden negar que el doctor pueda ayudarlos en algo. Otro grupo puede hacerse preocupado con sus cuerpos, obsesionándose con falsas ideas de su pelo, piel, dientes o su tracto gastrointestinal. Estos individuos pueden pasarse la mayor parte del tiempo viéndose en el espejo y lavándose la boca.

El Dentista puede valorar cada una de estas individualidades. Si su preocupación es por tener mal aliento, tranquilizarlo un poco, porque sólo el tratamiento abiertamente Psiquiátrico podría ayudarlos. Aunque estos pacientes retirados de la realidad, hacen inverosímil higiene oral, así que las enfermedades parodontales no son comunes en los individuos Psicóticos.

Hay también numerosos ejemplos de preocupaciones hipocondríacas pertenecientes a la cavidad oral. Estas individualidades no son Psicóticas así que de seguro tienen cabida en la realidad, excepto por la particular preocupación. Tarachow, reporta el caso de un paciente que fué a ver a un dentista: Después de un correcto examen no se encontró nada en lo absoluto, pero el paciente insistía en que debía obtenerse una pieza dentaria. Esta preocupación reveló poco después de un estudio Psiquiátrico que su queja era un síntoma de reflexión de un temor a ser sexualmente inadecuado en su próximo matrimonio. El fué atendido para quitarse el miedo y pudo casarse.

SOMATOTIPOS EN LOS PACIENTES

Endomorfo, mesomorfo y extomorfo.—El amable, tolerante y expansivo endomorfo probablemente será menos exigente como paciente dental que el mesomorfo y el ectomorfo, aunque él pueda tener un alto índice de caries dental. El endomorfo tiene la calidad temperamental de un buen paciente, siendo una libre y fácil personalidad, puede ser él menos puntilloso con su tratamiento dental y con sus obli-

gaciones financieras. El le gusta a la gente y la gente le gusta a él. Por esta razón es sereno en sus relaciones interpersonales y puede substituir su afabilidad por meticulosidad cuando se encuentra en algunas responsabilidades. Su naturaleza social hace que esa clase de pacientes recomienden a sus amigos al dentista que a él le gusta y como él es muy simpático siempre tendrá muchos amigos. Su valuación del dentista tendrá que ser la consecuencia de una cordial relación interpersonal, así como de los conocimientos y habilidad del dentista.

El temperamento del endomorfo tiene una pronunciada orientación hacia los niños y las relaciones interpersonales. El endomorfo no permite que sus niños no tengan atención dental, éste lleva una etiqueta de un espíritu de paz y concordia y ésto es satisfactorio en la reacción paciente-dentista.

La Somatotonia, como elemento del mesomorfo producirá una diferente clase de paciente dental. Lo afirmativo de mesomorfo es que pedirá eficiencia de parte del dentista. Una persona somatotónica tiene una intrépida manera de hablar con una no tolerante indecisión y un pobre plan en su proceder. Sin embargo el mesomorfo tiene menos tendencia a enfermarse con su impaciente y enérgica naturaleza, menos tolerante a las molestias crónicas que el endomorfo. Molestias por la aplicación de una prótesis no serán toleradas porque ofenden los conceptos de eficiencia, planeación y ejecución en la parte del dentista y así la menor irritación pueda interferir en sus principios. Al mesomorfo le gusta estar siempre en buenas condiciones físicas. El probablemente consulta al dentista no por estados de ansiedad o por motivos hipocondríacos sino porque no puede realizar sus ambiciones si no está en buenas condiciones físicas. La petición es de una salud positiva, aquí y ahora, no futuras promesas.

El Ectomorfo, es largo, débil de musculatura, su sistema nervioso y sus tejidos sensoriales tienen una relativa y pobre protección. Es hipersensitivo, padece de sociofobia y vive siempre retirado, esto trae dificultades para que pueda adaptarse a la personalidad del dentista o para que el dentista lo pueda atender.

La Cerebrotonía no conduce a una buena relación interpersonal, no es el ectomorfo el que presenta los rasgos de un buen paciente. Sheldon presenta algunas de sus correlaciones Clínicas de Cerebrotonía. Los más conspicuos de estos son: 1.—Tensión, estado de ansiedad o temor asociado con baja presión arterial. 2.—Neurodermatitis, sequedad en la piel, sensibilidad a los piquetes de insectos y una his-

toria de irritaciones en la piel. 3.—Disturbios en las funciones digestivas. 4.—Un alto Erotismo sexual, con intensa crisis en ambos sexos. 5.—Pobre voz y presenta parálisis en situaciones cruciales. 6.—Resistencia a las enfermedades contagiosas, excepto a los resfriados. 7.—Supersensitivo en la parte superior del tracto respiratorio, como consecuencia se le presenta regularmente laringitis. 8.—Resistencia al alcohol y en general a todos los depresivos. 9.—Sensibilidad al tabaco. 10.—Supresión (Parálisis) de la actividad gliseral en la fase emocional. 11.—Comen mucho y no suben de peso. 12.—Duermen mucho y necesitan de luz para dormir, tienen resistencia a las drogas hipnóticas. 13.—Se fatigan fácilmente, pero se reponen también fácilmente. 14.—Dan una sobre respuesta o no dan nada a una injuria en un proceso orgánico normal. 15.—Tienen elevado moderadamente el metabolismo basal y no es de dudarse una intercurrencia patológica tiroidea.

Alexis Carrel también enfatiza la relación entre estructura y función, la forma exterior expresa la cualidad de fuerza de nuestro cuerpo y la mente modera nuestros hábitos fisiológicos e invariablemente nuestros pensamientos. La forma de la cara, la boca, las mejillas, las cejas y las líneas de la cara están determinadas por la condición habitual de los músculos lo cual movería al tejido adiposo debajo de la piel y el estado de estos músculos depende de nuestra mente. Así que el individuo puede darle a su cara la expresión que desee, pero no mantendrá una máscara permanente. Sin saber se modela nuestra cara progresivamente sobre nuestros estados de conciencia. Con el avance de la edad viene siendo más y más preñado por los sentimientos, los apetitos y las aspiraciones.

Así pues el Dentista tendrá la oportunidad de ver a la gente que viene a él como paciente, como un todo tridimensional, parte mente, parte de cuerpo y parte de espíritu.

EL NIÑO COMO UN PACIENTE DENTAL

Ordinariamente los niños que nunca han oído sobre experiencias dentales se acercan al tratamiento con algo de timidez, esto es únicamente el factor poco familiar para él, puede estar moderadamente ansioso pero únicamente demostrará un cuadro típico de miedo. Si estuviera seguro de la amistad del Dentista indudablemente sería más tratable, y de hecho su tolerancia a las molestias dentales tendría

con más frecuencia un alto nivel, por el acercamiento y la amistad de parte del Dentista. La naturaleza del tratamiento dental es de tal manera que éstos niños no esperan disfrutar de la experiencia, pero sabemos por la práctica cómo empezando así tempranamente aseguramos una satisfactoria relación.

Aunque enfatizamos el valor del tratamiento a temprana hora, claro está que pensamos en Odontología preventiva, un temprano tratamiento casi asegura la conservación de los tejidos de cavidad oral y este gran hecho serviría para prevenir el miedo dental. Esto puede ser mucho mejor si enfatizamos más en nuestros programas de educación pública.

Un niño puede considerarse afortunado si vive en un grupo familiar donde no está condicionado a estar escuchando sobre el miedo, en cambio él puede tener una completa y abierta inclinación hacia el tratamiento dental si estas cosas le son totalmente conocidas y familiares. A pesar del cuidado de los padres, el niño no puede estar protegido por mucho tiempo de la presión del grupo social y así cuando él empiece a asociarse con otros niños empezará a absorber toda clase de suertes y valores y se estandarizará con ellos. Muchos de esos valores serán positivos, por ejemplo el sentido de un deportista, pero también absorberá cosas malas por ejemplo: temor a la obscuridad, a los animales, al médico y al dentista. Hay relativamente pocas Neurosis entre los niños de edades preescolares, sin embargo English y Pearson en su libro, *Emotional Problems of Living*, refiere todo lo que se dice acerca de la Neurosis en niños de seis meses de edad a dos años. El peligro de que un niño adquiera una severa fobia de otros niños siempre es raro.

Cuando el niño entra a la escuela, entra a una arena, donde hay muchos temores. El niño que no ha sido entrenado en su hogar pasará sus temores a otros niños, el que ha oído o vivido horrores de una mala experiencia dental les dirá a los otros niños y al instante les inculcará el virus del miedo dental.

EL PROBLEMA DENTAL EN LA INFANCIA

(Una respuesta parcial al problema, es para el padre y el dentista, persuadir a que coopere el niño a considerar el tratamiento dental como sensato, necesario y algo con un mínimo de molestias, de

mejor manera que una prueba dura). Muchos adultos exageran como dolorosa una visita al dentista, así que cuando el niño va se imagina el consultorio Dental como una moderna cámara de torturas. Los adultos podrían por lo tanto evitar al Dentista este sufrir y las visitas podrían principiarse antes que se tengan que usar procedimientos que pudieran provocar molestias. Esto dá al dentista y al niño la oportunidad de informarse y facilitar al niño a cerciorarse que la visita es una cosa buena y está lejos de ser una tortura. Si en la vida temprana del niño, los padres y el dentista ponen su parte, habrá menos negligencia dental.

Frecuentemente el niño estaría en el sillón dental solo con el Dentista y la madre o el padre podrían permanecer en el recibidor. Esto sería malo para aquellas madres acostumbradas a estar preguntando al niño: ¿Te duele? ¿Te está doliendo mucho? Sugestión posible para trabajar en sutiles caminos, si el padre y el dentista la asumen, al niño le gustará y ya adulto frecuentemente hará eso, por el contrario si ellos esperan que él tenga miedo y rehúsa cooperar no se debe usar la fuerza, esto sólo en casos de emergencias, la combinación de fuerza y malestar provocará en él miedo, para la siguiente ocasión y para todas las demás estará en disposición de establecer una actitud, la cual en su vida más tarde significará negligencia dental.

COMO VE EL PACIENTE AL DOCTOR

La mayor parte de nosotros ha adquirido el hábito de ver a nuestros compañeros en posición erguida, probablemente tengamos una impresión deformada si nos encontramos acostados o semiacostados en el sillón dental, por lo tanto cuando vemos a nuestro doctor lo veremos claramente desde un ángulo equivocado. Un encamado raras veces da las mejores perspectivas en cualquier proyecto o problema.

La naturaleza de la enfermedad da retroceso hacia la niñez y todavía más atrás. Esto se observa especialmente en las reacciones emocionales. El enfermo quiere que lo estén ayudando a eliminar la carga de sus responsabilidades, quiere ser protegido y acariciado, en muchas maneras ésta es una forma de ayudarlos porque el enfermo rara vez puede decidir y necesita atención para quitarle sus preocupaciones.

Pero este regreso a su feliz niñez trae otras cualidades infantiles de las cuales no todas son beneficiosas al progreso de su salud.

El paciente tiende a asumir la actitud de reconocernos con hábitos infantiles, esto es haciéndole buenos trucos al doctor, haciéndole creer con síntomas inventados, evadiendo la medicina u otros tratamientos, relacionando las circunstancias con experiencias altamente imaginativas. Los adultos son más plausibles en estos trucos que los niños, por lo tanto ellos son más difíciles de observar. Los niños se recrean haciendo esto a su pariente más amado o a su enfermera, los triunfos de la niñez consisten en vanagloriarse de tales travesuras. Similares travesuras son los triunfos de los inválidos y por lo tanto las mismas razones. Un doctor competente podría pasarle sus travesuras, como un padre competente no castigaría tales cosas. La pregunta en ambos casos es, si hay algún peligro en pasar inadvertidamente el truco. Los severos castigos no son necesarios, seguro es que con un niño una discusión amistosa bastaría para hacer desaparecer la franca ansiedad que promueve hacer la travesura. Por lo tanto el acercamiento debe ser tan calmado como diciendo: ¿Por qué hiciste ésto?, ¿Por qué te hiciste tú ésto? o ¿Por qué quisiste hacerlo?, preguntando esto fuere niño o adulto el médico sería más cuidadoso en la manera de juzgar.

En estos casos donde el paciente ha sido indultado o en los cuales él debe ser corregido, él será su propio juez, su sentencia será suficientemente severa. De hecho el médico tendrá su parte en el proceso, a sólo empezar la sentencia o en raras ocasiones deberá administrar cualquier clase de reproche. Por lo tanto el temperamento médico deberá ser frecuentemente como el de un padre.

Para un médico ocupado, visiblemente no hay nada tan exasperante como un paciente que inventa o elabora un conjunto de síntomas sin más razón que la de saber si el doctor es lo suficientemente competente para ver a través de ellos. Tales trucos hacen gran daño en casos de enfermedades que pueden ser diagnosticadas fácilmente, pero hay pacientes que sus mentiras pueden trarles graves consecuencias y pueden morir o estar próximos a ello por su imprudencia.

LOS PACIENTES SON GENTES

A la o a las personas que vienen para una atención profesional, asumen otra designación: ellos son llamados pacientes. Literalmente esto significa que uno soporta, que uno sufre, etc. Pero estos pacientes son también unas personas, diferentes una de otra y en su con-

ducta influirá el medio ambiente en que se ha desarrollado particularmente cada uno, cómo está constituido, por la herencia y por las experiencias que haya tenido en cada momento de su vida. Estas personas con la denominación de paciente están esperando un sufrimiento, ellos aceptan su suerte sabiendo que no tienen escape alguno y el dentista casi nunca hace por cambiar este fatalismo pudiéramos decir, para el paciente.

Uno solo podría sugerir que se cambiara el nombre de paciente por una denominación con más eufemismo, y un origen etimológico menos desagradable, esto cambiaría la naturaleza de la relación entre el paciente y el dentista. Es tiempo de que nosotros como quiera que sea tomemos en cuenta el parentesco, la relación en toda su significación y consideremos a las personas que vienen hacia nosotros en toda su estructura de su presente situación en la vida, de su eficiencia constitucional física, psíquica y su totalidad biológica.

Como quiera que sea es necesario considerarlo desde un punto de vista económico puesto que la mayor parte de las enfermedades dentales que se ve uno obligado a resolver, son benignas.

Todos los Dentistas han catalogado sus pacientes si no en cardex, en índices o en listas mentales, como buenos, malos o indiferentes. Esta valuación puede ser en términos de sus costumbres financieras pero probablemente es más bien el símbolo que expresa la cordialidad, la relación Dentista-Paciente. Los pacientes que reaccionan favorablemente, que toleran la enfermedad, las incomodidades, que saben apreciar el esfuerzo y la calidad del tratamiento, serían los ideales. Pero hay algunos que nunca se preocupan por cumplir con sus obligaciones y tienen constantemente reacciones desfavorables. El indiferente es el vasto número que reacciona dentro de esos extremos.

¿Qué hace que la gente se porte así de diferente? ¿Esto sería un patrón de conducta para cualquier situación o es únicamente a la experiencia dental? Generalmente estamos seguros de decir que las personas que son buenos pacientes, son buenos en otras situaciones de la vida. Ellos están bien ajustados, con una constitucionalidad adecuada, con sus tejidos bien formados y su sistema nervioso trabaja en armonía. Los malos pacientes se conducen así porque están pobremente constituidos, mal ajustados. Pero la situación no es tan sencilla. La personalidad del Dentista tiene mucho que ver con la cualidad de la relación interpersonal, si denominamos a nuestros pacientes bueno, malo o indiferente, debemos recordar que ellos nos darán los mis-

mos nombres respectivamente de acuerdo con nuestros conocimientos profesionales, nuestra habilidad y la manera de tratarlos. En el campo de las relaciones humanas la marea sigue dos caminos con un infinito número de largas olas. La gente no es totalmente inmutable, buena, mala o indiferente, ellos cambian día a día, minuto a minuto, algunas veces en violentos giros, otras con casi imperceptible variación. Estas personalidades variables forman parte de nuestra experiencia en toda la vida, ellos son influenciados por nuestras emociones. El modelo de la reacción varía en términos físicos y las condiciones emocionales del paciente al tiempo que es aplicado el estímulo. El caso de una experiencia dental, el paciente tendría posiblemente una reacción más desfavorable si se encuentra deprimido por alguna fatiga, si está enfermo o en un estado de tensión emocional crónico. A la inversa el paciente que está libre de tensiones y sin problemas físicos ni emocionales, puede estar esperando con más ecuanimidad la experiencia dental.

Viene a la mente el aparente, robusto y bien integrado paciente quien muestra los signos de la indebida ansiedad al tratamiento dental. El vigoroso hombre de negocios que siempre se está excusando de una manera o de otra, evita cualquier cita dental y reacciona con una pródiga transpiración en la frente al más ligero tratamiento dental. Por fuerza aparece manifiesto contradictoriamente el principio de que las cualidades de las reacciones están asociadas con el abatimiento de los estados físicos y emocionales. De hecho puede ser que esta calma y ese reposo en estas personas vigorosas sea una nube que cubre una tensión crónica, mucho peor será con las personas que expresan su desequilibrio fisiológico y más será si muestran signos de ansiedad y enfermedad. Muchas personas pagan un alto precio por cubrir con su aparente calma y serenidad esa tensión interna.

Las gentes con otras características, principalmente de escasos recursos económicos, toleran el tratamiento dental con un alto grado de paciencia e indulgencia, esto puede ser por un bajo y constante grado de tensión o un crónico malestar o baja vitalidad lo que ha establecido un estado de inmunidad que los protege de cualquier trauma sin importar su intensidad. Un hombre vigoroso, la perfecta figura de la salud no tiene desarrollado el mecanismo de reajuste para tolerar una irritación pequeña así como una experiencia dental. Porque no ha sufrido en su vida, no está preparado para ningún sufrimiento.

Las cualidades de las reacciones a los estímulos dentales es variable y es influenciada por estados físicos y emocionales. Desafortunadamente no hay en la actualidad ningún método que determine con exactitud y precisión la conducta de una persona bajo cierta forma de tensión. Los pacientes cambian y las reacciones individuales de las personas varían de tiempo en tiempo.

El origen, el tono de los tejidos, el modelo de la reacción no puede ser ignorado. Algunas personas están constituidas con materiales de mejor calidad, sus tejidos están equipados para cargar grandes pesos, grandes periodos de tensión. Todo esto tiene que ver con la calidad de las células en la época de la fecundación que hizo a estas gentes de una estructura superior y a través de la vida exhiben un alto grado de inmunidad a las enfermedades y a las fatigas, ellos andan siempre optimistas. Algunas de estas personas pueden mostrar toda una estructura superior generalizada, contra un órgano o sistema que no esté suficientemente equipado para cargar con el peso. Esto puede ser el tejido dental que sufre una temprana degeneración, mientras el resto del organismo permanece superior e intacto. También encontraremos personas que muestran un bajo nivel de fuerza y estructura física quienes están inferiormente constituidas e inadaptadas y sin embargo tienen un tejido dental de una calidad superior, tejido que a pesar de las tensiones del organismo está en pie sin signos de enfermedad.

PERSONALIDAD DEL DENTISTA

Todo el mundo tiene una personalidad y un subconsciente, el Cirujano Dentista no es una excepción. El Psiquiatra escucha las quejas de los pacientes absorbiendo sus hostilidades y sus agresiones, escuchando sus infantiles demandas. En muchos Psiquiatras este hecho es aliviar porque en sus entrenamientos, en sus propias necesidades emocionales, pueden ver al paciente más realísticamente. Uno tiene en sí sus propios problemas emocionales. El dentista y el médico general están sujetos a muchas de las mismas actitudes, sintiendo hostilidades y demandas como las tiene el Psiquiatra, pero no está usualmente entrenado para palparlas y reconocerlas. Es mucho más difícil reconocer una emocionalidad neutral que una emocionalidad fluctuante en un paciente. El Dentista está encargado de una ocupación que aún en la actualidad no deja de ocasionar molestias o descontento.

to en el paciente y esto puede traer dificultades tanto para el Dentista como para el paciente. Si el Dentista tiene un conflicto emocional inconsciente acerca de sus propias agresiones y hostilidades, luego, la inflicción de dolor podrá ser acompañado de culpa y de propio reproche.

Igualmente un Dentista puede encontrarse deprimido, fatigado e inconforme como resultado de sus propios sentimientos inconscientes, por la falta de un instrumento, medicamento o un simple malestar, este es uno de los riesgos de ser Dentista. El Dentista está también expuesto a las reacciones de sus pacientes quienes pueden presentar abierta hostilidad a sus procederles juntando todo esto a sus propios problemas. Hostilidades producen hostilidades en una relación interpersonal. Pocos de nosotros estamos bien integrados para resistir constantes críticas y sarcásticos comentarios o la sobre-reacción a malestares la mayor parte del día.

EL MEDICO IDEAL

Todos los pacientes tienen como único deseo en común que el médico tenga habilidad para curar. Esto proporciona a todos los médicos sostenerse en una práctica. Algunos pacientes describiendo al médico ideal, ponen énfasis sobre su reputación en conocimientos y destreza, otros primordialmente les concierne que ponga un gran interés en su caso particular, otros lo alabarán como un gran hombre si satisface sus deseos o demandas de protección y cuidado amoroso, y todavía otros estarán más impresionados por su cansancio o su aspecto fatigado que caracteriza al médico que se esfuerza en su trabajo, finalmente están aquellos pacientes quienes consignan su salud y bienestar a los médicos cuyo aire de infalibilidad los hace sentirse en presencia de un ser superior.

Hay las indicaciones de que algunas de estas actitudes tienden asociarse con determinada enfermedad. Por ejemplo: El Dr. Jurgen reporta que la reputación general en su país parece relativamente alta para los médicos quienes dicen a sus pacientes la verdad acerca de sus males, y los médicos que impresionan con su autoridad. Por otro lado dice el Dr. Ruesch, pacientes con úlcera prefieren a los médicos que satisfacen a sus necesidades de afecto y estímulo o al que da una impresión de nobleza y benevolencia. Tal persona tiende a calmar el

conflicto emocional especial el cual es la base de la formación de las úlceras.

EL DOCTOR DE FAMILIA

Tal médico está familiarizado con el pasado de sus pacientes, por haber tenido su atención desde su nacimiento o de su primera infancia. El sabe porqué Mario no puede comer hígado o porqué no digiere bien los huevos. Esto es tratándose el médico en general, en nuestra especialidad encontramos que: el Dentista sabe que Peresita sólo cuando la acompaña su mamá y se está junto a ella se deja atender, también sabe que la señora de Perea a la que ha preparado una cavidad para una obturación, se queja de su úlcera. El conocimiento de esta clase es esencial para los tratamientos si es que el paciente quiere tener buena salud. El doctor de familia en sus vueltas diarias ha absorbido gran parte de ello sin que actualmente lo tenga consciente, pero recordará cualquier detalle sin el menor esfuerzo. El mismo conocimiento puede emerger solamente por un afanoso y cuidadoso trabajo en la Clínica donde el paciente se encuentre con un médico extraño. Al mismo tiempo el doctor familiar trabaja con algunas desventajas. Esto aparecerá en la gente joven de la comunidad porque ellos tendrán miedo de los mismos conocimientos, lo que incapacita para ayudarlos.

Los pacientes revelarán secretos que estarían tenazmente escondidos hasta de su más íntimo amigo, pero no para su médico. Si el médico está entrenado en Psicósomática, aunque éste sea un extraño aplicando perfectamente bien las técnicas, pronto se encontrará en posición de experiencias y ambiente del cual el médico familiar ha acumulado con observaciones a través de los años. Las técnicas por lo tanto deben ser aprendidas por experiencia, los elementos de la técnica deben ser impartidos en un salón de clases, pero la aplicación tiene que ser práctica como cualquier otra cosa.

Quando un paciente ve a su doctor, está buscando ayuda porque tiene un problema que está molestándole, él puede o no tener sus ideas de qué le duele y qué debe hacer, pero su propósito primero es ponerse bien, aliviarse. Por lo tanto, el paciente quiere ver a su doctor. El hombre o mujer que lo pueda ayudar. Los pacientes naturalmente prefieren médicos que inspiren confianza en su manera de curar.

RELACION DE DOCTOR Y PACIENTE

¿Por qué la relación de Doctor y Paciente es un momento? Es importante apoyarse en el hecho que la eficiencia médica, su poder de curación depende de la buena medida, la calidad, la naturaleza, la familiaridad de esta relación.

La vida es complicada y dura. La infancia tiene sus problemas, la adolescencia los suyos y todas las demás etapas de la vida presentan los propios. A cada punto un organismo sensitivo reacciona a los estímulos de fuera y a los impulsos de adentro. Es necesario mantener un equilibrio en esta fase de apremio y oposición. Si es rígido para adaptarse o también responsable y resiste la presión de esos impactos entonces ocurre un mal ajuste, esto se muestra en él mismo en un punto de menor resistencia. Las depresiones pueden ocultar severas ansiedades y las ansiedades pueden expresarse en el mismo por sensaciones de malestares de piezas dentarias, neuralgias de trigémino, dolores de cabeza o dolores abdominales. ¿Cuántos diagnósticos equivocados tiene uno? ¿Cuántas piezas dentarias y cuántos apéndices normales extrae uno? ¿Cuántos de estos pacientes que se deleitan sufriendo, quienes necesitan ser operados para satisfacer alguna culpa inconsciente o algunos para quienes una operación o una extracción total de todas sus piezas dentarias representa un suicidio parcial? Hay que pensar las evidencias antes de dar un diagnóstico seguro y el tratamiento a pesar del riesgo.

Trataremos de que el paciente se encuentre en casa, trataremos de hacer que él sienta que sólo él nos interesa, no atenderemos ningún llamado a menos que sea muy urgente y cuando hable mucho siempre lo estaremos escuchando. Naturalmente no lo dejaremos divagar ni malgastar el tiempo, tenemos un horario que cuidar. El paciente reaccionará y estando escuchando con cierta atención lo que él pueda indicar con su mirada, con sus expresiones faciales o movimiento de las manos. ¿Qué significa esto?, significa, yo pienso esto; estoy inquieto, necesito ayuda, estoy buscando alguien que me atienda y me quiera ayudar. Este es el principio de una Terapéutica situación, el poder y la magia están en las manos del doctor, ¿y cómo usaremos esto?, cualquier cosa que hagamos por ahora, cualquier examen, cualquier medicina que prescribamos, cualquier cosa que le demos lo fortalecerá. Esto es una simple experiencia humana, pero comúnmente se presenta y con frecuencia pasa desapercibida por algunos doctores. Pero continuamente es apreciada por los pacientes, es

la fuerza buena o mala que apoya estas relaciones de personalidades. Los trabajos de los doctores no sólo tienen un lado, también hay que soportar sobre sus espaldas una carga de dinamita. Estará mejor decir poco que decir mucho y estará mejor en escoger el tiempo y el lugar para decirlo, por ejemplo: mientras examinamos un paciente, le ponemos la lámpara en la cara, éste simple hecho puede crear un estado de ansiedad, y bien interrogamos, extracción de varias piezas dentarias es el diagnóstico, pero usted es un hombre de edad, posiblemente su presión arterial esté un poco alta, y... el azúcar en su sangre... mejor hágase un examen general... inocente trabajo, verdadero trabajo. Pero la luz de la lámpara siempre en la casa. Tome esto con calma, sea razonable. Pero él es un hombre con muchas preocupaciones con tendencia a que le suba la presión, éste es de familia. Posiblemente todo saldría mejor con un apacible interrogatorio y algunas discretas sugerencias, de esta manera los pacientes nos ayudarían en su tratamiento mucho mejor.

RELACION DEL DENTISTA EN EL ASPECTO EMOCIONAL QUIRURGICO

Justamente como en la primera infancia el Dentista es temido, también la oposición existe algunas veces en el paciente adulto. El puede ser también dócil a la idea de perder sus dientes. El verdaderamente puede tener cierta perversa satisfacción en sentirse sin dientes. Como en los estados de Menninger hay personas adictas a operarse. Cuando tienen algún problema Psicológico tienen molestias en los oídos estando sanos. A la renovación de un foco de infección ellos vuelven a sentir los mismos síntomas y después se deduce que uno o varios dientes deben ser extraídos, gusta al paciente se le extraigan sus amígdalas o su apéndice y ellos generalmente ordenan se les haga la operación.

Hay personas fuertemente impulsivas inconscientes; sobre trabajos en estas personas que les causa esta persistencia ilógica, tenemos primero: la idea de un foco de infección, hace que sienten abrigar algo sucio, la idea que las toxinas están siendo descargadas desde una área sucia, infectada y entran al torrente circulatorio, les causa las ansiedades. Todas sus actitudes son una, de estar fuera del foco tan pronto como sea posible y ellos no descansarán hasta que el diente, el apéndice o invariablemente su vesícula esté fuera.

Después el paciente es atendido por el médico y resulta que no es conveniente la operación, pero él no consentirá que no sea necesaria.

Otras inconsciencias motivadas son ayudadas a librarse de un sentido de culpa. Este sentido de culpa usualmente tiempo atrás en los infantes reside en el inconsciente, así que tal paciente está tratando de mitigar su culpa y periódicamente se está operando de algo, ésto es de boca, abdomen o pelvis.

TERAPEUTICA PSICOSOMATICA

Preparación Psicológica para operaciones quirúrgicas A la conquista del miedo Dental

Si lo que propugna la Patología Psicosomática es un cambio de perspectiva, en la que resulten incluidos los factores Psíquicos que intervienen en las enfermedades, lo esencial desde el punto de vista terapéutico, será lograr el mismo cambio de actitud en la conducta misma del médico. Sin embargo, el problema es más complejo de lo que parece a primera vista. La intervención de factores sociales en la enfermedad supone, por parte del médico, una apertura ante los mismos y una posibilidad de acción, que muchas veces no es fácil de lograr. Es necesario que en el proceso de socialización de la medicina se atienda más a los factores Psicológicos y no se reduzca todo a cálculos económicos, estadísticos. El médico necesita, lo mismo que el Cirujano del quirófano, de la posibilidad de lograr una asistencia social de sus enfermos; lo cual supone, en los médicos actuales, la necesidad de aceptar una nueva mentalidad, y en las organizaciones asistenciales, la reacción de los instrumentos convenientes.

La medicina moderna no sólo cura, sino que también hace enfermos. Cada día aparecen más trabajos sobre las enfermedades conocidas con el nombre de yatrógenas. El médico se convierte en agente yatrógeno, unas veces por insuficiencia de conocimientos, y otras, las más, por insuficiencia de preparación psicológica. No se puede abandonar toda la compleja relación médico-enfermo, en la sociedad actual, a la mera intuición del médico.

El ir y venir de muchos medicamentos, sus éxitos y fracasos están, en parte, psicológicamente condicionados. La experiencia con placebos ha demostrado cuanta importancia tiene, en la curación o remisión de muchos trastornos, la creencia del enfermo en la eficacia curativa del medicamento, que no es sino un trasunto de la eficacia curativa del médico. En las enfermedades Psicosomáticas tales hechos se observan con mayor frecuencia. Una extirpación de un pequeño foco infeccioso, o presuntamente infeccioso, puede no ser eficaz sino a través de la acción Psíquica de la intervención médica. El enfermo dice: Me mejoré de tal trastorno al quitarme las amígdalas. El médico que sabe observar calladamente el curso de las enfermedades, ve que lo que ha llevado de nuevo al enfermo a la consulta no es sino el renacimiento expresivo del mismo trastorno (Aquel acto médico, aunque científicamente erróneo, fué eficaz médicamente). El médico debe aprender a reconocer, de una vez para siempre, que el medicamento más eficaz es el "médico mismo".

Se podrían señalar unas cuantas reglas prácticas que inspiren la conducta médica ante los trastornos Psicosomáticos.

La primera consiste en substituir la disyuntiva (orgánico o neurótico) por una búsqueda positiva: ¿Hasta qué punto orgánico? ¿Hasta qué punto funcional? ¿Hasta qué punto neurótico? Muchas veces más que preguntar ¿hasta qué punto? sería mejor inquirir ¿de qué manera?

El gran síntoma subjetivo de los procesos morbosos es el dolor. El dolor es un proceso complejo, que en la fisiología va de la periferia al centro y viceversa (hay dolores centrales, proyectados, reflejados, etc.) y que en los Psicólogos va desde la sensación hasta el sufrimiento.

Lo mismo que existen dolores centrales, hay sufrimientos y malestares centrales. La vitalidad se afecta por una infección, como en el caso del mal' estar con que empieza toda enfermedad infecciosa; pero también la vitalidad se afecta por conflictos psíquicos y, sobre todo, se desarregla endógenamente.

Existen lesiones y hallazgos explorativos que no tienen que ver con los síntomas que ofrece el enfermo. Pueden coexistir unos picos de loro con unas algias de la nuca o de la región lumbar que no tienen nada que ver con la presencia de esos picos de loro. Encontrar una desviación en una radiografía no es encontrar la clave de un

cuadro clínico. Es necesario investigar y tratar de que el hallazgo se ensamble en la lógica vital del padecimiento del enfermo.

Algunas enfermedades orgánicas pueden comenzar como trastornos psíquicos, un disgusto puede cristalizar en una anorexia que sea a su vez el primer síntoma de un cáncer gástrico que empieza. Por el contrario, enfermedades orgánicas pueden metamorfosearse en psíquicas: un pequeño infarto del miocardio, bien cicatrizado, puede ser fuente de angustia permanente e injustificada de un enfermo que, en tal caso, como neurótico, necesitaría más del Psiquiatra que del Cardiólogo.

Postular la intervención de los factores psíquicos en las enfermedades no quiere decir que todos los enfermos deban someterse a una cura psicoterapéutica, sobre todo si se entiende por ello una de las formas de psicoterapia profunda. Aún en las consultas de medicina psicosomática de Leyden sólo un 10% de los enfermos se consideran adecuados para una forma de psicoterapia profunda (Psicoanálisis Freudiano, Junguiano, Existencial, etc.). Una cifra análoga comunicó English recientemente de una clínica hospitalaria.

Si se acepta, que en las neurosis y en los trastornos psicosomáticos existe una base neurodinámica, se estará de acuerdo en que la farmacología tiene sus claras indicaciones en la terapéutica psicosomática. Siempre se han tratado de amortiguar oscilaciones de los trastornos vegetativos mediante fármacos; esto siempre ha sido útil y eficaz, pese a la ortodoxia psicoanalista en los casos sometidos a tratamiento.

En el estado actual de la investigación no se trata sólo de eso, sino de dar un paso más en el camino de la terapéutica fisiodinámica o neurodinámica. La analogía que se ha señalado entre los trastornos endógenos del área ciclotímica, tal como los describe la Psiquiatría moderna, y los trastornos psicosomáticos, abre nuevas perspectivas a la Terapéutica.

En la curación de la neurosis, el punto importante consiste en la transferencia. Sin transferencia no hay psicoterapia posible. La transferencia es un modo especial de vivir la relación médico-enfermo. Cuando Freud descubrió la transferencia pensó que el proceso consistía en un remodelamiento de la vida del enfermo a través de una especie de reviviscencia de los trastornos genéticamente productores de las enfermedades. La transferencia resultaba una especie de ca-

tarsis continúa en la que la presencia del médico desempeñaba un papel activo. No es éste el lugar adecuado para un examen más detenido del problema. Lo que ahora quiero decir es que la transferencia es lo que constituye el secreto de la reacción médico-enfermo, cualquiera que sea la especialidad del médico. La transferencia consiste en la absorción por el médico de la angustia del enfermo. Manipular la transferencia es tan delicado como manipular las entrañas. No estará de más, por tanto, que los médicos aprendan a caminar por estas espesuras. Por lo menos, que reconozcan la necesidad de aprenderlo. En eso consiste la Psicologización de la medicina.

PREPARACION PSICOLOGICA PARA OPERACIONES QUIRURGICAS

Esto es necesario para el Cirujano dental, así como es para el cirujano general. Estar en guardia con el paciente neurótico, para que no juegue con las manos ejecutando movimientos inútiles. El simple juego de las manos podría ser tan malo, pero agregando la miseria del paciente y todo su crítico estado, dificultarían la labor del cirujano. Pero el cirujano general, como el cirujano dentista, deben aprender que tiene la misma importancia una preparación psicológica para una operación, como una preparación física. El cirujano general como el cirujano dentista siempre están cuidando la preparación física de sus pacientes antes de cualquier intervención quirúrgica. Siempre aplican sus conocimientos cardiovasculares, digestivos, renales, pero casi nunca dan la consideración necesaria a la personalidad del paciente. Las ansiedades que se presentan, y cuáles son los efectos de una experiencia quirúrgica y lo que puede influir en la personalidad.

A LA CONQUISTA DEL MIEDO DENTAL

Cualquier conocimiento que nos sea dado de las ansiedades y temores dentales sería relativamente superficial. Podemos encontrar dificultad al entrar en la mente en un simple estudio en el sujeto que tengamos para estudiar o calificar.

Si el temor dental se adquiere personalmente, ¿qué debemos hacer para que éste no se forme? Cuando el niño absorbe el miedo de

sus compañeros la cosa se complica. Cualquier cosa es dada para conquistar un miedo que se ha adquirido. Sin embargo, no se han hecho estudios científicos dirigidos hacia la conquista del miedo a las experiencias dentales, pero estudios de otras fobias pueden darnos éstos indicios:

Primero.—Un miedo consciente es fácil de aproximar tanto que está bajo el umbral del conocimiento.

Segundo.—Una amenaza real al organismo puede palpase mejor por la responsabilidad del organismo tanto que uno puede imaginarse la amenaza.

Tercero.—Un temor más o menos tangible pensamiento como una condición física directa así como una experiencia dental, puede encontrarse más fácilmente que un estado de ansiedad que es vago e indefinido.

No hay forma más patente de Psicoterapia que la sugestión. Esta es la base de la hipnosis. Esto es el núcleo de toda instrucción. Nosotros tenemos oportunidad de sugestionar al paciente para nuestro trabajo, con la afirmación repetida, que sabemos lo afectará y que practicaremos siempre nuestros procedimientos operatorios. Los pacientes esperan que la experiencia dental sea desagradable, pero si ellos están seguros de nuestros conocimientos y nuestra consideración, soportarán cualquier razonable cantidad de molestias. Ninguna droga ni ningún anestésico puede ser sustituto de la sinceridad y el entendimiento humano.

El médico de cabecera es un ejemplo. El inmediato alivio de los sufrimientos después de las visitas del médico, las maravillosas curaciones, son evidencias de la fé de la confianza, de las relaciones profesionales.

Está dentro de nuestras posibilidades conquistar el miedo dental para trazar un mejor entendimiento "del paciente dentro del hombre", para reconocerlo y decir que conocemos sus necesidades. Con estos conocimientos de parte del dentista, el paciente estará en posibilidades de transferir algunos de sus temores a la experiencia dental y a considerar al dentista como a una persona.

Después de algunas experiencias en el consultorio y si en lo físico no ha sentido nada desfavorable el paciente, podemos esperar una disminución en las reacciones de temor. Todos hemos tenido la experiencia que nos viene de un paciente con mucha agitación. Después de un tratamiento progresivo observamos que ha disminuido la ansiedad del paciente y que la tolerancia y el umbral a las molestias han aumentado considerablemente.

CONCLUSIONES

El hecho psicosomático consiste en pasar de un estrato del ser a otro en el que rigen leyes distintas.

La Psicología se inserta en la medicina a través del estudio de las causas psíquicas de las enfermedades.

Al momento de abordar un paciente para establecer un diagnóstico, se debe usar la Psicología, no como sustituto sino como auxiliar para poder tomar a las personas que vienen a nosotros en toda su estructura, de su presente situación en la vida; de su eficiencia constitucional física, psíquica y su totalidad biológica.

A medida que la Sociedad se va estructurando, el nuevo tipo de Sociedad lleva por decirlo así sus propias necesidades y disregularizaciones que se traducen en manifestaciones psíquicas, que a su vez pueden repercutir sobre el soma y provocar manifestaciones orgánicas. Cualquier manifestación oral de este tipo será resuelta de la mejor manera si el profesional aplica los principios psicopatológicos. Existe pues la necesidad de que la psicología forme parte de nuestro plan de estudio ya que la erupción de ésta en Odontología no fué un capricho o cosa de azar sino algo que va implícito en el progresivo florecimiento de nuestra profesión.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Arieti, S.: Primitive habits and perceptual alteration in the terminal stages of Schizophrenia.
- 2.—Alexander F. Psychosomatic Medicine.
- 3.—Alexander F. The Psychoanalysis of the total Personality.
- 4.—A. A. Roback. The Psychology of Character.
- 5.—Alexis Carrel. La Incógnita del Hombre.
- 6.—Boyens, P. J. Valeu of Autosuggestion in the therapy of "Bruxism" and other biting habits.
- 7.—C. G. Jung. Tipos Psicológicos.
- 8.—Carl Binger, M. D. The Doctor's Job.
- 9.—Flanders Dumber, M. D. Mind and Body.
- 10.—Fritz Giese. Psicotegnia.
- 11.—Glover, E.: The Significance of the Mauthin Psychoanalysis.
- 12.—G. W. Allport. Psicología de la personalidad.
- 13.—Hoffer, W. Mouth, Hand and Ego integration.
- 14.—J. J. López Ibor. Dr. Acta Psicósomática.
- 15.—John H. Manhold, Jr. D.M.D., M.A. Introductor Psychosomatic Dentistry.
- 16.—Jean Delay. La Psicofisiología Humana.
- 17.—Keith, A. and Campion G.: Contribution to the mechanism of Growth of the Human Face.
- 18.—Kluver, H., and Bucy D. B.: Analysis of certain effects of bilateral temporal lobectomy in the rhesus monkey with special reference o psychic blindness.
- 19.—Kreschmer. Constitución y Carácter.
- 20.—Manhold, J. H., and Manhol V. W.: Preliminary report on the study of the relationship of Psychosomatic to Oral Conditions.

- 21.—Osmar Andrade Faria. Manual de Hipnosis Médica y Odontológica.
- 22.—Peabody, Francis W. The care of the Patient.
- 23.—Roy R. Grinker, M. D. Psychosomatic Research.
- 24.—R. de la Fuente Muñiz Dr. Psicología Médica.
- 25.—Rubie L. S.: Instincts and Homeostasis.
- 26.—Ryan, Edward J. Psychobiologic Foundations in Dentistry.
- 27.—Ruesch, J. The infantile personality.
- 28.—S. Irwin Shaw, D.M.D., M. Ed. Clinical Applications of Hypnosis in Dentistry
- 29.—Stimson, B. B.: Psychosom Med.
- 30.—Sheldon, W. H. Varieties of the Temperament.
- 31.—Soren Kierkegaard. El concepto de la Angustia.
- 32.—Weiss and English. Psychosomatic Medicine.
- 33.—W. Preyer. Mental Development in the Child.