

Vera Artemisa Hernández Jiménez

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

El Miedo en la Odontología

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Director de la tesis: Armando Noya Rivera

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

1968.

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

El Miedo en la Odontología

Vera Artemisa Hernández Jiménez

Director de la tesis:

Armando Navarro Rivera

MORELIA, MICH.

1968.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A la memoria de mi querido padre
TEODORO HERNANDEZ S.
quien siempre soñó en formarme
profesionalmente.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A quien debo todo lo que soy:
mi madre

SARA JIMENEZ VDA. DE
HERNANDEZ

que me ha legado la mejor de las
herencias, mi carrera.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A mi esposo
LEONARDO GONZALEZ G.,
con mi amor y mi vida.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

SUMARIO:

INTRODUCCION.

CAPITULO PRIMERO.

I.—PSICOLOGIA DEL MIEDO.

A.—DEFINICION.

B.—FASES DEL MIEDO:

- a) Reacción de sobresalto o alarma.
- b) Fase de resistencia.
- c) Fase de agotamiento.

C.—EXPRESION O MIMICA DEL MIEDO.

II.—BASES NEUROFISIOLOGICAS Y ENDOCRINAS DEL MIEDO. REACCIONES VISCERALES.

III.—TEORIAS SOBRE EL MIEDO:

A.—TEORIA PERIFERICA DE JAMES-LANGE.

B.—TEORIA CORTICO DIENCEFALICA DE CANNON-BARD.

C.—TEORIA DE LA ACTIVIDAD DE ARNOLD-LINDSLEY.

IV.—PATOLOGIA DEL MIEDO.

A.—Generalidades.

B.—ANGUSTIA Y PANICO.

1.—ANGUSTIA.

- a) Angustia flotante.
- b) Angustia fijada.
- c) Angustia fobica.

2.—PANICO.

C.—ASPECTOS SOMATICOS DE LA PATOLOGIA DEL MIEDO:

- 1.—Reacciones psicósomáticas.
- 2.—La conversión histérica.

REFERENCIAS.

CAPITULO SEGUNDO.

1.—METODO DE TRABAJO.

II.—CAUSAS QUE AUMENTAN O PROVOCAN MIEDO.

1.—Las que se refieren al paciente:

- a) Padecimiento principal.
- b) Enfermedades en general.
- c) Factores patológicos como causa del miedo.
- d) Edad del individuo.
- e) Factores Psicológicos individuales.
- f) El humor.
 - a) El humor ciclotímico.
 - b) El humor esquizotímico.
- g) Actitud de los padres.
- h) Imaginación.
- i) El sexo como factor en el miedo.
- j) Influencias culturales y antropológicas.

2.—CAUSAS QUE SE REFIEREN AL DENTISTA:

A.—TRATAMIENTO QUE EL DENTISTA DA AL PACIENTE.

- a) El profesionista mal preparado.
- b) El dentista burlón.
- c) El dentista amenazante.

B.—POSICION DEL OPERADOR.

C.—EL DENTISTA Y SU EQUILIBRIO PSIQUICO.

3.—SITUACIONES QUE PROVOCAN MIEDO.

- A).—EL TIEMPO.
- B).—LA VIGILIA.
- C).—AMBIENTE FAMILIAR.
- D).—MEDIO EXTERNO.

E).—LA SALA DE RECEPCION.

F).—EL RUIDO.

G).—ACTITUD DE LA RECEPCIONISTA.

H).—EL CONSULTORIO.

- a) Los cambios bruscos.
- b) Exhibición de instrumental.
- c) El ruido del consultorio.
- d) Actitud del dentista.
- e) Compañía de otras personas.

II.—CAUSAS QUE DEPRIMEN EL MIEDO.

1.—CAUSAS GENERALES QUE INHIBEN EL MIEDO:

A).—INDIVIDUALES.

B).—INFLUENCIA FAMILIAR COMO CAUSA DEPRESORA DEL MIEDO.

C).—LA RELACION MEDICO-ENFERMO.

D).—AMBIENTES QUE DISMINUYEN EL MIEDO.

- a) UBICACION DEL CONSULTORIO.
- b) LA SALA DE ESPERA.
- c) EL DENTISTA.
- d) LA RECEPCIONISTA.
- e) LA SALA DE RECEPCION.
- f) CONSULTORIO.
- g) MUSICA.
- h) ROPA DEL PROFESIONISTA.
- i) COMPAÑIA DE OTRAS PERSONAS EN EL CONSULTORIO.

2.—TERAPEUTICA DEL MIEDO:

A).—PSICOLOGIA DE LA TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA. EFECTO PLACEBO.

B).—TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA DEL MIEDO.

1.—Terapéutica infantil.

2.—Terapéutica en adultos.

REFERENCIAS.

CAPITULO TERCERO.

DISCUSION.

REFERENCIAS.

CAPITULO CUARTO.

CONCLUSIONES.

REFERENCIAS.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

INTRODUCCION.

Escogí el tema del miedo para la elaboración de mi tesis porque es un tema que siempre me ha apasionado, pues pienso que la psicología tiene una influencia definitiva en la odontología.

Otra cosa me impresionaba grandemente, las manifestaciones del miedo no solo eran psicológicas, se observaban también al mismo tiempo reacciones fisiológicas y patológicas.

En este punto estaba y todo en mí era confusión, ¿por dónde empezar? ¿cómo? y ¿en qué orden?

Fué entonces cuando se me presentó la inmerecida oportunidad de ser asesorada por un investigador de la talla del Dr. Armando Nava Rivera cuya obra es reconocida mundialmente y el cual amablemente y perdiendo valiosísimo tiempo aclaró en mis conceptos, encauzó ideas, guiando y corrigiendo este trabajo.

Algo más me animaba a seguir, el clima de estudio y confianza que se respira actualmente en la facultad debido a la acertada dirección del Dr. Eliseo Mendoza. Habían quedado atrás para siempre los días en que los obstáculos estuvieron a punto de tronchar mi carrera y que por extraña paradoja y de una manera tan drástica me obligaron a estudiar y ahondar un poco más.

Y así, fue posible hacerlo, con mis limitaciones desde luego pues segura estoy de que este sencillo trabajo tiene múltiples fallas debidas sin duda a mi inexperiencia. Les pido comprensión e indulgencia al juzgarlo pues con él, culminan años de esfuerzos, tropiezos y amargos obstáculos que nunca olvidaré que penosamente me impulsaron a seguir adelante.

Adentrémonos pues, en esta tesis donde están compendiados ilusiones y sueños de toda mi existencia, y también... mis propios miedos...

LA SUSTENTANTE.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

“La duda científica, no la fé, es el principio de la sabiduría”.

(Esceptismo griego, citado por Nava Rivera en la Rev. Ass. Dent.
Mexicana, Vol. XXIV, Num. 4)

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Si no debe emprenderse la cura de los ojos sin la cabeza, ni la de la cabeza sin el cuerpo, tampoco debe tratarse el cuerpo sin el alma;... si muchas enfermedades se resisten a los esfuerzos de los médicos helenos, procede de que desconocen el todo...

(Platón, "Carmides").

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CAPITULO 1

PSICOLOGIA, FISIOLOGIA Y PATOLOGIA DEL MIEDO.

I.—PSICOLOGIA DEL MIEDO.

A.—DEFINICION:

Al tratar de adentrarme en un tema tan apasionante, profundo y en cierto modo tan inexplorado como el miedo, lo primero que busqué fué una definición pues yo misma sólo tenía una idea, pero nada en concreto de lo que es el miedo.

El miedo es una emoción, las emociones son estados afectivos que aparecen en nosotros de manera brusca, en forma de crisis más o menos violentas, más o menos pasajeras. (1).

Podemos definir el miedo como el conjunto de reacciones psicológicas y fisiológicas de un organismo, ante un peligro amenazante y real. (2).

En la angustia, el peligro es subjetivo, se caracteriza por un afecto de incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no lo es percibida del todo o que lo es en forma vaga e imprecisa. (1).

Ambos, angustia y miedo, son reacciones globales del organismo ante amenazas. La diferencia principal entre ellos es que ocurren en distintos planos de la personalidad. En el miedo la amenaza se ejerce sobre un primer plano en el que hay una advertencia clara del peligro, en la angustia la amenaza se ejerce sobre un plano más profundo, el núcleo mismo de la personalidad. (1).

La angustia es innata. (1).

Para los filósofos de la antigüedad las emociones eran altera-

ciones que modificaban la placidez del alma. A partir del siglo pasado, el interés se dirige hacia las modificaciones fisiológicas que acompañan a los estados afectivos y desde la aparición del Behaviorismo, hacia el estudio global de los sujetos en el curso de las emociones. La psicología hace una síntesis de estos tres enfoques. (1).

B.—FASES DEL MIEDO.

a).—Preliminar al miedo es "La reacción de sobresalto o de alarma", Landis y Hunt, (3), que es una respuesta no aprendida, preemocional, que ocurre cuando un estímulo violento, como un ruido no es integrado, este estado está presente desde las primeras semanas de la vida. Luego, cuando el niño identifica al objeto amenazante, su respuesta se condiciona y aparece el miedo. (4).

En este comportamiento de sorpresa se modifica la posición del cuerpo rápidamente, los músculos del cuello se contraen, los hombros se levantan, hay parpadeo y rictus en la boca. Esto dura de 1/4 a 1/2 segundo. (4).

b).—Fase de resistencia.—Inmediatamente de esta reacción, viene el comportamiento típico del miedo que es la huida generalmente, o bien a la inversa el sujeto puede encontrarse "Clavado en su sitio". Es en este estadio cuando el conjunto de modificaciones preparan al sujeto para una actividad violenta necesaria para su conservación (fuga o ataque). (1).

c) Fase de agotamiento: (4). En algunos casos y cuando el estímulo es demasiado violento puede venir un síncope. Este va precedido por una sensación de fatiga, sudoración fría, náuseas y vista oscurecida y finalmente la pérdida de la conciencia acompañada por un descenso de la presión sanguínea que ocasiona anoxia cerebral. (1).

C.—EXPRESION O MIMICA DEL MIEDO.

En un individuo presa del miedo observamos palidez, hundimiento de las mejillas, caída del maxilar inferior, aumento de la altura visible del ojo, pupila midriática, contracciones espasmódicas de los músculos, temblor de las manos y de la voz. (5).

Reacción típica del miedo es la tendencia a evitar el objeto amenazante, ocultándose de él, (5) a veces el sujeto reacciona volviendo al mundo del simbolismo mágico del niño, (1) así sencillamente

cierra los ojos creyendo que si él no ve el objeto amenazante, éste no lo ve a él; O bien hay reacciones negativas tendientes a movilizar los miembros, éstos se contraen y hay gritos, pudiendo llegar a la defensa activa, (5), todo esto varía en cada caso pues toda persona tiene su modo individual de expresión emocional, así podemos hablar de caracteres miedosos y con los años el sujeto tiende a enmascarar sus emociones.

II.—BASES NEUROFISIOLOGICAS Y ENDOCRINAS DEL MIEDO.

La excitación del sistema nervioso autónomo en el curso del miedo ha sido la primera manifestación estudiada. El simpático y el parasimpático son directamente estimulados, endócrinamente, constituyen el sistema de control y regulación del miedo.

Lo que caracteriza al miedo es una variación en el equilibrio simpático-parasimpático: en la forma aguda parece que domina el tono parasimpático, mientras que en la forma moderada prevalecen las reacciones simpáticas que se oponen a los efectos primarios de la emoción, Gelhorn, (6).

En un estado de tensión o miedo máximo hay una actividad simpática, un instante después se halla en un estado de miedo y colapso. La explicación está en el hecho de que a la intensa descarga simpática que se produce en el momento de shock emocional sigue una oscilación igualmente amplia en sentido parasimpático. (6).

Esto ilustra a grandes rasgos el mecanismo por el cual un estado de miedo agudo con modificación del equilibrio neurovegetativo puede aparecer luego de una violenta descarga simpática. (6).

En el miedo el diencéfalo, debido a la acción simpático adrenal, excita al músculo esquelético y a las vísceras mediante una descarga descendente. (7).

Debido a las experiencias de Cannon y Bard, (7), (8), ha sido demostrado que el hipotálamo es indispensable en la expresión de las emociones, éste constituye un verdadero cerebro vegetativo, sus células son especialmente sensibles a la adrenalina (producto de la médula suprarrenal) que le llega por vía sanguínea. Está íntimamente ligado a la hipófisis con la que constituye el complejo diencéfalo-hipofisiario, que controla el funcionamiento de las glándulas endócrinas. El hipotálamo contiene los centros que gobiernan a los

sistemas simpático y parasimpático que son los reguladores de las emociones. El hipotálamo establece relaciones con el sistema endócrino en dos puntos: 1.—Con la hipófisis posterior y 2.—Con la médula suprarrenal. (9).

En el miedo, la médula suprarrenal actúa segregando adrenalina, la cual tiene una acción similar a la del simpático, razón por la que se le ha llamado a este, "sistema simpático-adrenal".

La adrenalina aviva las funciones vegetativas y su actuación tiene que ser muy breve ya que si se segregara continuamente llevaría al colapso y hasta la muerte. Cuando la médula acaba su parte, durante el miedo, empieza a actuar la corteza suprarrenal segregando HACT que produce un aumento del nivel de corticoides los que protegen contra el "stress" producto del miedo. (4).

La estimulación del simpático (fibras adrenérgicas), tiene por objeto reforzar al organismo y prepararlo para la acción. Así por ejemplo la acción vaso dilatadora de la adrenalina permite una mejor irrigación de los músculos.

REACCIONES VISCERALES. (5)

Durante el miedo y debido a la acción simpático-adrenal el corazón acelera la frecuencia de sus latidos. La vasoconstricción producida en ciertas áreas da palidez a la piel.

La respiración se hace rápida, pero poco profunda, hay constricción de los bronquios y esfuerzo espiratorio.

Hay detención de las contracciones peristálticas del aparato digestivo, detenciones de la producción salival que dá sensación de boca seca. La pupila se torna midriática. Se detiene la secreción láctea en tanto que la bilis, orina y sudor aumentan, este último con la característica de ser frío, esta sudoración modifica la resistencia eléctrica de la piel que proporciona un índice de ligeras ondas emocionales (reflejo psicogalvánico).

Los movimientos uterinos se detienen.

Se excitan un gran número de funciones viscerales, al actuar sobre el bazo hay un aumento de eritrocitos y leucocitos hay una hiperglucemia debido a la liberación del glucógeno hepático por efecto de la adrenalina. Aumenta la coagulabilidad sanguínea. Miedos

prolongados ocasionan a veces envejecimientos prematuros.

La musculatura esquelética es estimulada, especialmente la facial por lo que vemos una característica "cara de miedo", hay estrechamiento muscular, temblor, cabellos erizados, disminuye el tono muscular. (5).

La estimulación del parasimpático es la que ocasiona un régimen de reposo que en casos extremos termina en síncope, éste ocasiona a veces durante el miedo vómitos y micciones frecuentes. Gelhorn (6) demostró la participación de los islotes del páncreas ya que debido a la acción del parasimpático descargan insulina que dá también una hipoglucemia, de ahí la creencia popular de administrar azúcar para los sustos. Por esto se observa luego una reacción de fatiga.

Seguidamente a la reacción anterior y como consecuencia de la contracción muscular se sufre de dolores musculares, esto es también debido a que hay una liberación del glucógeno hepático. Se observa también una profunda apatía y depresión (1).

Se ha establecido por los experimentos de Jameson (10) que el cortex de la región temporal tiene una influencia directa en la expresión del miedo ya que su ablación lo suprime por completo en condiciones que normalmente lo producirían. Esto, que aparentemente contradice la teoría de Cannon-Bard es explicado por las modernas teorías neurofisiológicas del miedo.

III.—TEORIAS SOBRE EL MIEDO.

A) TEORIA PERIFERICA DE JAMES-LANGE.

A fines del siglo XIX William James (11), propuso una teoría que tomaba en consideración las manifestaciones neurovegetativas conocidas entonces. Para él, la emoción puede explicarse en la respuesta que sobre la conciencia tienen los fenómenos desencadenados por ella. Su teoría se resumiría así "No habría que decir que encontramos un oso, tenemos miedo y por eso huímos", sino al contrario, "vemos un oso huímos y por eso tenemos miedo". "Sentir miedo es sentirse palidecer, estremecerse"... decía también "estamos tristes porque lloramos", esta teoría se basa en el hecho de que algunos actores dicen sentir las emociones por el sólo hecho de expresarlas mímicamente.

B) TEORIA CORTICO DIENCEFALICA DE CANNON-BARD.
(8).

Los experimentos hechos por ellos, manifestaron que era preciso conceder una importancia primordial al sistema nervioso central en el mecanismo del miedo.

Cannon propuso que los esquemas dinámicos de las emociones tienen su origen en el hipotálamo. Ordinariamente los mecanismos de las emociones están inhibidos por el control cortical, pero cuando se produce un estímulo capaz de desencadenar una emoción, la estimulación dirigida al córtex suprime la inhibición de los centros diencefálicos. Se libera así, el esquema dinámico-hipotalámico y se desencadenan las manifestaciones periféricas, al mismo tiempo, se envía la señal al córtex, que lo integra al subconsciente en nuestra experiencia. A nivel de éste, se sitúan las representaciones del miedo, a partir de las cuales se desarrollan los mecanismos adaptativos.

C.—TEORIA DE ACTIVACION DE ARNOLD-LINDSLEY. (12).

Arnold en 1950 y Lindsley en 1951, se opusieron a la teoría de Cannon-Bard que no explica algunos aspectos que la teoría periférica de James-Lange explica. Ellos notaron que la expresión penosa que acompaña al miedo, aumenta éste o lo activa automanteniéndolo, por esto se le llama a esta teoría de "activación". Así, el estímulo desencadena toda una serie de reacciones que llegan al córtex, en este se produce dos reacciones: Por una parte se archiva la emoción y por otra el córtex echa a andar el sistema dinámico hipotalámico.

En esta teoría se representa corticalmente la "tona de posición emocional" por esto la ablación de la corteza temporal suprime la capacidad de sentir miedo aunque puede haber un pseudomiedo libre de activación y sin manifestación psíquica que sólo periféricamente parecería miedo.

IV.—PATOLOGIA DEL MIEDO.

a).—Generalidades.

Cuando la respuesta al miedo sobrepasa, bien sea por su intensidad o duración, a la respuesta habitual de personas normales en condiciones iguales, se convierte en una reacción patológica. Estas respuestas están condicionadas según la historia particular de cada individuo. (1).

Paralelamente al crecimiento del sujeto ocurre un maduramien-

to en su expresión emocional. Así, mientras en el niño su respuesta al miedo es esencialmente motora con movimientos generalizados a todo el cuerpo, en el adulto ésto se reduce generalmente a la expresión facial, modificación en la voz, sólo en casos de miedo intenso hay una reacción motora generalizada (huída o agresión) pero de corta duración. Así cuando el adulto responde exageradamente al miedo o a cualquier otra emoción, decimos que tiene "reacciones infantiles". (1).

En psicología al controlar las emociones se controla el yo y un exceso emocional es perder el control del yo. (1) No siempre la conducta emocional en exceso se debe a la inmaduración del sujeto, influyen también el medio, la herencia, las relaciones culturales y hasta la raza, pero esto será objeto de estudio en otro capítulo.

Tampoco podemos medir la intensidad de la emoción con su expresión pues hay personas que controlan fácilmente sus emociones y otras que las expresan abiertamente aunque no sea de intensidad tan grande, así se habla de caracteres miedosos.

"Rección patológica del miedo".

Esta reacción se halla contenida en los estados de angustia y pánico. (1).

Como ya dijimos al principio de este capítulo, la angustia puede definirse como el miedo sin objeto aparente o bien un miedo causado por un estímulo que en un sujeto normal no desencadenaría ninguna reacción. Generalmente proviene de un conflicto pulsional. (13).

El pánico, (temor y terror contagiosos causados por el dios Pan (14), expresa generalmente emociones colectivas de terror, puede ser individual también y se caracteriza cuando un estímulo causa una reacción exageradamente expresiva en el sujeto, pudiendo decir que este "pierde la cabeza", según Darwin (15) es una forma de atención incrementada.

B.—ANGUSTIA Y PANICO.

1.—LA ANGUSTIA puede dividirse en: angustia flotante, angustia fijada y angustia fóbica (Delay Pichot) (1).

a) Cuando la angustia no va ligada en su desencadenamiento a ningún objeto se trata de angustia flotante. Por ejemplo ocurre al

consultorio un paciente e inconcientemente considera responsable al profesionista con el objeto de una frustración, ésto se reprime conscientemente por la educación, pero origina una angustia flotante que no puede encontrar salida al exterior.

b) La **angustia fijada** es también debido a un conflicto pulsional, pero es consecuencia de un estímulo.

c) Para evitar el miedo (que podría decirse es una angustia consciente), el sujeto sustituye el objeto real por un objeto simbólico y aparece la **angustia fóbica**.

Cualquiera que sea la angustia manifestada puede decirse que es una manifestación de peligro del psiquismo, una señal de desorden interior.

2.—La reacción patológica más simple del miedo es el pánico individual constituido por la persistencia anormal de un miedo (1). Persisten los síntomas vegetativos, el sujeto nota fatiga física, dificultad de concentración mental en casos graves el comportamiento está completamente inadaptado (1). El sueño se torna difícil y hay a menudo pesadillas caracterizadas por referirse al objeto traumatizante. Esta situación puede persistir aunque en forma limitada estableciéndose el llamado "condicionamiento". (1).

Al prolongarse puede causar envejecimiento prematuro.

C.—ASPECTOS SOMÁTICOS DE LA PATOLOGIA DEL MIEDO. (1).

Pueden dividirse en 1.—Reacciones psicósomáticas, y en 2.—La conversión histérica.

I.—REACCIONES PSICOMÁTICAS.

Los desórdenes orgánicos, generalmente de naturaleza vegetativa que acompañan al miedo, pueden ser considerados como perturbaciones del equilibrio neuro-vegetativo y de la homeostasia del miedo interno.

Si se sacrifica a un animal en el curso de una reacción de alarma se observará una hipertrofia de las suprarrenales, atrofia aguda timolinfática y ulceraciones gástricas. (2).

Se ha demostrado que el miedo es elemento etiológico de múltiples síndromes patológicos. Las enfermedades principales en las que el miedo entra como factor etiológico son por ejemplo: el eczema y la urticaria, la enfermedad de Basedow y algunos tipos de diabetes, también ciertas formas de obesidad. En las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y el síndrome anginoso. En las enfermedades de la piel desde el liquen plano a la psoriasis y el vitiligo. En las respiratorias, el miedo influye en la tuberculosis pulmonar. Participa en la evolución del Glaucoma. Y por último las del tracto gastro intestinal que son las úlceras gastro duodenal y las colitis mucomembranasas y hemorrágicas. (1).

No es posible todavía establecer hasta qué punto influye el estado emocional del miedo en el desarrollo de las enfermedades.

No podemos decir que el control externo de la expresión del miedo corresponda a un control de sus manifestaciones vegetativas y endocrinas. Así, mientras menos se manifieste una emoción externamente, más perturbaciones ocasiona en el interior.

Una persona aparentemente impacible está más expuesta a sufrir desórdenes internos.

Franz Alexander (16) ha afirmado que el ulceroso sería un hiperactivo ávido de responsabilidades que lucha contra su pasividad fundamental, el asmático sería un sujeto cuyo desarrollo afectivo habría sido sofocado por una estrecha dependencia a la madre o a un sustituto materno.

2.—CONVERSION HISTERICA. (1).

Si estos trastornos son producidos directamente por las reacciones al miedo y a otras emociones, también se pueden provocar indirectamente por mecanismos histéricos.

En la conversión histérica un afecto reprimido que no puede llegar a la conciencia sin provocar una reacción de angustia, puede encontrar un simbolismo para expresarse clandestinamente. Esta conversión es un mecanismo de la defensa del yo transformando la falta personal de una situación accidental.

Hay otros mecanismos, como el deseo masoquista que cumple así con un deseo de autopunción. O bien el refugio narcicista que para algunos sujetos representa el estar enfermos y ser objeto de atenciones y cuidados.

En presencia de un trastorno neuro vegetativo resultado de una reacción de miedo podemos interpretarlo como traducción simbólica de un afecto por mecanismo histérico de conversión. Son dos procesos distintos pero que no pueden separarse uno de otro ya que la conversión histérica conlleva reacciones emocionales de miedo y la emoción reacciones histéricas, esto se encuentra como reacción a un choque emocional.

Así, queda asentado, que algunos desórdenes corporales deben adscribirse como consecuencia directa de la expresión emocional del miedo o bien a la inversa: una enfermedad es origen de innumerables trastornos psíquicos de los cuales el más importante es el miedo por el peligro amenazante que representa la enfermedad en sí.

REFERENCIAS, CAPITULO I.

- 1.—Delay J. Pichot P. "Manual de Psicología". 125, 150, 151, 130, 145, 153 a 156. 1966.
- 2.—Loosli Usteri, La Ansiedad en la infancia 69, 1965.
- 3.—Landis y Hunt citados por Delay J. Pichot P. en: Manual de Psicología 127, 1966.
- 4.—Selye, citado por Ramón de la Fuente, Psicología Médica 94, 1960.
- 5.—Gillaume Paul, Manual de Psicología 95, 1963.
- 6.—Gelhorn, citado en Rassegna Rev. Med. 9-10, Sept.-Oct. 1967.
- 7.—Cannon, citado por Ramón de la Fuente en Psicología Médica 87, 1960.
- 8.—Bard Ph. Fisiología Médica, 1102-1104, 1966.
- 9.—De la Fuente Ramón, Psicología Médica 93, 1960.
- 10.—Jameson, citado por Delay-Pichot, Manual de Psicología 138, 1966.
- 11.—James, citado por Guillaume, Manual de Psicología 102-103.
- 12.—Arnold-Lindsley citados por Delay-Pichot, Manual de Psicología, 142, 1966.
- 13.—Worsley Allan, Miedo y Depresión, 30, 1962.
- 14.—Merloo A. M. Psicología del Pánico, 11, 1964.
- 15.—Darwin, citado por Merloo A. M. Psicología del pánico, 17 y 18, 1964.
- 16.—Alexander Franz citado por Delay-Pichot 155, 1966.

CAPITULO SEGUNDO.

I.—METODO DE TRABAJO.

II.—CAUSAS QUE AUMENTAN EL MIEDO.

III.—CAUSAS QUE DEPRIMEN EL MIEDO.

I.—METODO DE TRABAJO.

Se han hecho una serie de experiencias para estudiar las reacciones en hombres y animales durante el miedo.

Gillaume (1), describe las siguientes:

La circulación se estudia mediante el cardiógrafo y el esfinómetro que registran los latidos cardiacos.

Con el pletismógrafo se registran las variaciones que hay en el volumen de los miembros (hay variaciones lentas debidas a la contracción muscular).

El neumógrafo registra las variaciones de volumen de la caja tóraxica y del abdomen.

Se introducen sondas en el estómago, el duodeno y el recto y se registra la inhibición de sus movimientos.

El galvanómetro es para ver los cambios del estado eléctrico de la piel o reflejo psicogalvánico que se modifica por el aumento de la sudoración de la epidermis.

La hiperglucemia se comprueba tomando muestras sanguíneas y de orina.

Bard (2), fundó su conocida teoría de las emociones en experiencias que hizo con gatos a los que privó de la corteza cerebral. Los animales siguieron viviendo y se desencadenó el miedo con más facilidad, sólo que éste no era integrado a la conciencia y era, aunque in-

tenso, de duración pequeña por lo que se le llamó pseudo miedo. Bard (2), siguió experimentando extirpando el tálamo y el animal siguió manifestando emoción, pero cuando se extirpó el hipotálamo el animal fue incapaz de expresar emociones, el hipotálamo normalmente está gobernado por el córtex.

Jameson (3), y sus colaboradores, en recientes experiencias quisieron ahondar más en los descubrimientos hechos por Bard, ya que observaron que algunas zonas de la corteza cerebral tenían selectividad sobre diferentes emociones. Así, practicaron una ablación bilateral del córtex temporal en el mono *Macacus Rhesus*, éste, que normalmente reacciona con un miedo intenso cuando se le pone frente a un gato, luego de la operación no sintió ningún miedo frente al gato ni frente a otros estímulos que antes le provocaban miedo.

Delgado (4) y sus colaboradores, recientemente demostraron el papel del hipotálamo en la expresión emocional. Implantaron permanentemente una aguja conductora en los tubérculos mamilares del hipotálamo de un gato, estimularon la región pasando corriente eléctrica a la aguja y el resultado fué que el gato reaccionó con comportamiento de miedo. Siguiendo el curso de los acontecimientos asociaron al estímulo eléctrico otro estímulo de carácter neutro y después de un número de presentaciones simultáneas el estímulo neutro por sí solo desencadenó el miedo. Estas experiencias dieron dos resultados, demostraron el importante papel del hipotálamo en la expresión emocional del miedo y el papel importante del motivo de la emoción en el aprendizaje y acondicionamiento de ésta.

II.—CAUSAS QUE AUMENTAN O PROVOCAN MIEDO.

Se pueden dividir principalmente en:

- 1.—Las que se refieren al paciente.
- 2.—Las que se refieren al dentista.
- 3.—Las situaciones que provocan miedo.

CAUSAS QUE SE REFIEREN AL PACIENTE:

A) Padecimiento principal:

El padecimiento en sí, es la causa principal por la que el paciente ocurre al consultorio dental. En nuestro medio y en una proporción alarmante el paciente viene a vernos cuando su estado patológico está demasiado avanzado, el sujeto ha ensayado antes toda una

serie de remedios caseros para aliviar su dolor y al no obtenerlo acude a nosotros como el último recurso. Mientras más grave es la enfermedad, más dolorosa lo es, generalmente y por ende más miedo producirá. Pondré un ejemplo. Haciendo un pequeño análisis de los estados patológicos bucales, recordaremos que entre las pulpopatías indudablemente las más dolorosas son las pulpitis y de éstas en especial la variedad conocida como purulenta, en su forma aguda. Sintomatológicamente se caracteriza por producir dolores espontáneos especialmente nocturnos y de una naturaleza tal que hacen que el paciente enloquezca de dolor y miedo, en su forma más avanzada la pulpitis purulenta duele espontáneamente de día y de noche, puede decirse que provoca los más aterradores dolores (los recuerdo muy bien) y a ellos se debe que muchas mujeres multíparas digan que prefieren dar a luz que sufrir tales dolores. En estas condiciones hay que añadir un agravante más: el estado de vigilia que provoca la enfermedad. Así un enfermo acudirá a consulta aterrado por el dolor y con sus emociones a flor de piel aumentadas por la falta de sueño, y por el ayuno con el que en este caso se presenta. Tendremos así un paciente en el cual todo el valor ha desaparecido. Esto no es más que un ejemplo, para que veamos la importancia que en los mecanismos desencadenantes del miedo tiene el padecimiento en sí, pues hay múltiples enfermedades buco-dentales casi tan dolorosas como la pulpitis. Recordemos pues que "todo miedo deriva del miedo a un dolor". (5).

B.—ENFERMEDADES EN GENERAL.

Paralelamente y luego del padecimiento buco-dental, las enfermedades en general producen grandes miedos por el peligro amenazante que en sí representan. Indudablemente, un paciente enfermo verá disminuido su valor y cualquier pequeño estímulo desencadena su temor al dentista.

C.—FACTORES PATOLÓGICOS COMO CAUSA DEL MIEDO.

En los desequilibrios endócrinos aumenta el miedo. En los hipertiroideos se observa una gran hiper excitabilidad. En la mujer vemos roto su equilibrio fisiológico y psíquico en estados de menstruación y más particularmente en los días previos a ella, en embarazos (sobre todo en primíparas), en el puerperio y en la menopausia.

D.—EDAD DEL INDIVIDUO.

En los niños el miedo se expresa al máximo aumentando por

otras circunstancias que llamamos: malas experiencias. Es obvio que una persona con mala experiencia (odontológica) anterior, desatará su angustia con el dentista. Lo mismo puede decirse si esa experiencia fué con cualquier médico, al sólo ver la bata blanca tendrá miedo nuevamente. El miedo a la inyección es por habersele amenazado con ella; en los niños influye también el que hallan visto en su familia alguna visita médica en momentos de enfermedad y dolor que hará que asocien al médico con éstos y les inspirará miedo siempre. En el adulto normal parece disminuir, y por último en el viejo el miedo se manifiesta en crisis repentinas pero poco profundas.

E.—FACTORES PSICOLÓGICOS INDIVIDUALES:

En el psiquismo del sujeto, el humor desempeña un lugar interesante para la expresión del miedo. Según Kretschmer (6), podemos dividir éste en dos grandes grupos:

- a) El humor ciclotímico.
- b) El humor esquizotímico.

El ciclotímico es variable, fácilmente pasa del valor al miedo, es el extravertido de Jung, vibra con el ambiente y expresa su miedo fácilmente pero sin elaboraciones secundarias, su miedo es comunicable.

El esquizotímico es frío, distante. No aparenta miedo fácilmente pero muy dentro es altamente emocional. Es el tipo introvertido de Jung, sus emociones son inmensamente profundas pero poco expresivas, son sujetos insociable replegados en su vida autística. Se opone con extrañeza al miedo.

Como perturbaciones patológicas de estos dos humores encontraremos en el ciclotímico, la psicosis maniaco depresiva y en el esquizotímico la esquizofrenia. En el ciclotímico el humor melancólico estará poblado de miedo, tiene ideas lentas y de culpa, su angustia es endógena e inhibe su comportamiento o bien es de tipo agitado. El humor maniaco del ciclotímico se caracteriza por sus brusquísimos cambios, pudiendo, de repente estallar en crisis de miedo tan expresivas como pasajeras; en el esquizotímico su variación anormal es la esquizofrenia o humor hebreirético en el que su miedo se expresa al principio y luego se expresa incomprensiblemente motivado.

G.—ACTITUD DE LOS PADRES COMO CAUSA DE MIEDO:

Esta es importantísima y de ella dependerá casi en su totalidad el mayor o menor miedo del niño: si los padres constantemente amenazan al niño con llevarlo al dentista, cuando éste venga a consulta lógicamente acudirá con miedo pues sabe que el dentista es alguien que lo va a castigar y automáticamente será una amenaza para él que le provoque terror. Otra actitud grandemente errónea de los padres es el advertir al niño "no tengas miedo, no te va a doler". Si el niño no tiene ni idea de lo que hace un dentista y además no ha sufrido antes dolor dental, con estas palabras necesariamente nacera su miedo y esperará dolor. Siguiendo con las actitudes de los padres tenemos la de aquéllos que no se preocupan de llevar a sus hijos al consultorio como una medida profiláctica sino más bien como terapéutica o sea cuando ya hay síntomas que denotan lo avanzado del padecimiento, como ya vimos antes un paciente así, es un paciente miedoso. Recordemos pues, que es mejor prevenir que curar. Muy importante en la vida psíquica del niño es la actitud del valor o miedo que vea en su familia, en un medio donde se exaltan las emociones el niño por imitación será emocional.

H.—IMAGINACION.

Esta engendra, sobre todo en los niños, miedos absurdos y terroríficos, recordemos que el mundo del niño, es un mundo del simbolismo mágico (7), y casi siempre temerá más lo desconocido pues su imaginación acrecienta todo.

I.—EL SEXO COMO FACTOR EN EL MIEDO.

Es sabido que la mujer generalmente es más emotiva que el hombre o sea que reprime sus miedos menos, especialmente en estadios ya mencionados, como embarazo y menstruación.

J.—Influencias culturales y antropológicas.

Las culturas del extremo Oriente imponen fuertes retriicciones a la expresión emocional, sobre todo al miedo, aunque consideran la cólera como normal. (8).

2.—CAUSAS QUE SE REFIEREN AL DENTISTA.

A.—TRATAMIENTO QUE EL DENTISTA DA AL PACIENTE:

a) El profesionalista mal preparado: el profesionalista que trasluz-

ca desconfianza en sus procedimientos inspirará miedo al paciente más valeroso. El ir y venir de ciertos profesionistas sin decidirse a empezar, el escoger un instrumental y luego otro, son otros tantos factores que influyen en el miedo del paciente. (9).

b) **El dentista burlón:** nada mejor para inspirar miedo que el dentista que ridiculiza o se burla de su paciente (9).

c) **El dentista amenazante:** demás está decir que éste será siempre aterrador para niños y adultos. Recuerdo el caso de H. C., hombre de 32 años, campesino acostumbrado a reprimir fuertemente sus emociones y que acudió a consulta a un centro donde se hacía odontología a gran escala. Al examen reveló una pulpitis purulenta en forma aguda, declaró tener 3 días sin dormir, su equilibrio emocional estaba muy alterado y se quejaba a cada momento. Entonces el dentista, que lo único que le interesaba era acabar pronto, le dijo: "aguántese, ¿qué no es hombre?". Al oír esto el paciente, que tal vez desde pequeño no había dejado traslucir sus miedos, se desplomó en el sillón llorando como un niño.

B.—POSICION DEL OPERADOR

Se ha observado que la posición que ocupa éste, es sumamente importante. Si el enfermo queda muy bajo siempre verá al dentista desde una altura amenazante (9).

C.—EL DENTISTA VS SU EQUILIBRIO PSIQUICO:

Contratransferencia, con este nombre el psicoanálisis describe algunas actitudes negativas del médico hacia el enfermo (cólera, impaciencia, agresividad, miedo, etc.). Estas engendran miedo en el paciente y serían como resultado de proyecciones e identificaciones irracionales del médico con el paciente (8).

Un dentista que trasluzca sus propios miedos o que atraviese por algún período crítico en su vida, inspirará miedo a sus pacientes, el cual será más grande cuanto más se entrevéan sus problemas personales.

En la transferencia negativa el doctor muestra todos sus complejos, se pondrá irritable e impaciente y todo esto aumentará el miedo del paciente (8).

3.—SITUACIONES QUE PROVOCAN MIEDO.

A) EL TIEMPO:

El tiempo que transcurre desde que el paciente decide ver al dentista y hasta que lo vé, es engendrador de miedo, pues éste (el miedo) viene a consecuencia de un mecanismo llamado de **apostamiento**, (16) que consiste en que el miedo aumenta a medida que pasa el tiempo, coadyuvado en gran parte por la imaginación y el rumor (10), grandes hacedores del miedo. El rumor tiene tan gran efecto porque la persona con miedo se vuelve más crédula y sugestionable a él, que crece más y más de boca en boca, así una mala experiencia odontológica alcanzará proporciones alarmantes al llegar a oídos del interesado que acepta todo por su susceptibilidad debida a su miedo.

B) LA VIGILIA:

Como ya dijimos, situaciones como la vigilia y ayuno en que generalmente viene el paciente, debilitan su organismo que se encuentra así más susceptible al temor.

C) AMBIENTE FAMILIAR:

Si éste es poco equilibrado, engendrará miedo en el paciente.

D) MEDIO EXTERNO:

Las grandes urbes como México D. F. predisponen a estadios emocionales alterados. Las dificultades en el tránsito, la agresividad de la gente en la calle, el smog del aire, todo esto influye en el paciente aumentando su miedo.

Recientemente se estudio que el tiempo que transcurre para que el paciente encuentre estacionamiento es proporcional al miedo que se produce en el paciente (11).

E) LA SALA DE RECEPCION:

Si con las situaciones anteriores el paciente se distrajo un poco y no tuvo tiempo de experimentar miedo, al llegar a la sala de espera definitivamente sólo puede pensar en lo que se le espera y a medida que transcurre el tiempo su temor irá creciendo sobre todo si ve a otra persona ahí con algún desequilibrio nervioso. Recordemos que el miedo es contagioso. Si el paciente ve salir del consultorio a otros pacientes que muestran gran sufrimiento, su miedo aumentará. Todo eso influye más mientras más tiempo pasa por el me-

canismo de **apostamiento** ya mencionando (16). Una sala de recepción con grabados que muestren a dentistas como maestros de tortura y que tal vez a nosotros nos parezcan muy graciosos, ocasionará miedo, sobre todo al paciente infantil, o lo aumentará. Los colores disonantes de las paredes, exacerban también el miedo del paciente.

F) EL RUIDO (12):

Este es un factor muy importante ya que produce miedo desde las primeras semanas de vida del niño, si la sala de espera tiene ruidos desagradables, música disonante o peor aún si oyen los ruidos del consultorio, el paciente apostará su miedo más y más.

G) ACTITUD DE LA RECEPCIONISTA:

Si ésta es agresiva, o poco amable con los pacientes, aumentará su miedo.

H) EL CONSULTORIO:

Dentro de él influyen los siguientes aspectos:

a) "Los cambios bruscos". Estos, por ejemplo los cambios de luces, decontrolan al paciente pudiendo alterar su equilibrio psíquico.

b) "Exhibición de instrumental". El del dentista siempre ha inspirado terror. Se ha observado que particularmente aterrorizan, la jeringa, la aguja y los forceps. Muchos pacientes que aparentemente se ven tranquilos, a la vista de ellos son presa de una verdadera crisis nerviosa.

c) "El ruido del consultorio". He preguntado a innumerables personas que es lo que más les aterroriza del dentista y la mayoría me contestaron que el ruido causado por la fresa.

d) "Actitud del dentista". Ya mencionada.

e) "Compañía de otras personas" (9). En los niños sobre todo, influye el que sus padres los acompañen durante la consulta, pues éstos, generalmente con sus mimos ocasionan que aumente el mie-

do del pequeño. O bien toman actitudes tan erróneas como el compadecerlo, un niño así tratado, si ha tratado de sobreponerse, al oír el consuelo de mamá desata sus temores. Esto es también aplicable a los adultos, tuve un caso de B. L. paciente femenina de 20 años que acudió a consulta con su esposo, al empezar mi trabajo el esposo puso tal cara de dolor y sufrimiento al verla, que no sólo provocó en ella una gran crisis nerviosa, en la que por cierto no surtieron efecto los calmantes, sino que hizo que yo también me atemorizara al ver tal reacción, fué suspendido inmediatamente el tratamiento y en las citas posteriores no permití el acceso al consultorio del esposo de la paciente que en adelante se comportó de manera admirable.

El tratar a varios pacientes al mismo tiempo hace que unos con otros se contagien sus miedos. z

III.—CAUSAS QUE DEPRIMEN EL MIEDO.

De un modo general podemos dividir las en:

- 1.—CAUSAS GENERALES QUE INHIBEN EL MIEDO Y,
- 2.—TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA USADA EN EL MIEDO.

1.—CAUSAS GENERALES QUE INHIBEN EL MIEDO:

A) INDIVIDUALES:

Si el paciente acude al dentista como una medida prolifáctica, no curativa, que es como debe ir, es obvio que generalmente irá sin miedo. El paciente deberá convencerse de lo que representa el visitar al dentista dos veces por año, de este modo se descubrirá a tiempo cualquier afección, evitándose así dolores inútiles y por consiguiente miedo.

El equilibrio fisiológico y psicológico del paciente indudablemente producirá en él un estado de paz.

En estados de euforia el miedo desaparece casi por completo, sobre todo si éstos guardan un significado particular para el sujeto. Cito aquí el caso de H. D., paciente femenina de 23 años que acudió a consulta durante su primer embarazo, a la inspección observé caries extensas de 2/o grado profundo y procedí a tratarlas, la paciente, que debo aclarar de ordinario tenía un humor muy inestable, se portó tranquila por completo, comportamiento que atribuyo al estado de euforia que producía en ella su embarazo.

B) INFLUENCIA FAMILIAR COMO CAUSA DEPRESORA DEL MIEDO:

Un niño rodeado de amor desde antes de nacer, será un niño poco temeroso. Los padres deberán ser amorosos con él, pero firmes a la vez. La imaginación del niño será encauzada en forma positiva. (13).

Nunca amenazarán los padres al niño con llevarlo al dentista, pueden usar la imaginación del niño en forma eficaz, diciéndole por ejemplo que les pondrán oro en los dientes, si se le va hacer una obturación.

Una buena edad para llevar al niño a consulta dental por primera vez, será entre 3 1/2 y 4 años.

Los padres nunca dirán al niño cosas tales como "no te vá a doler", pues así el niño pensará que le producirán dolor.

No permitirán, los padres, que otros niños asusten al pequeño.

Una atmósfera familiar de tranquilidad y reposo hará un niño valeroso.

C) LA RELACION MEDICO — ENFERMO:

El dentista que menos temor inspira es aquél que trasluce una gran seguridad y confianza en sus procedimientos. Un especialista provoca menos temor en sus pacientes que un dentista sin especializar. (9).

El dentista será condescendiente, pero con medida. No engañará jamás al paciente y si este le dice que le duele no tratará de contradecirlo sobre todo cuando sabemos que es cierto.

En los niños los elogios obran maravillas, si les decimos que son unos buenos pacientes ellos rara vez nos defraudarán, estos elogios surtirán más efecto si se dicen en presencia de los padres.

La camaradería en el profesionista servirá de gran ayuda para disipar los temores del paciente. (9).

Permitiremos que el paciente grite si quiere, si con ello alivia su dolor.

Nunca lo trataremos con amenazas.

Usaremos la sugestión y condescendencia como nuestra mejor arma.

En la primera cita con un niño, nunca haremos nada que pueda causarle dolor, a menos que se trate de una emergencia. Nos limitaremos a practicarle un examen y hablar amistosamente con él.

Evitaremos todo dolor inútil, no importando que gastemos más tiempo.

No permitiremos que los padres de los niños los acompañen dentro del consultorio.

TRANSFERENCIA. (8).

Esta es una relación artificial una especie de amistad psicológica que brota entre el doctor y el enfermo. Según Freud (14) es el desplazamiento del afecto hacia una persona que no le corresponde. Si la transferencia es positiva el enfermo piensa que no hay nadie igual que su médico en destreza, comprensión y simpatía y deposita en el profesionista toda su confianza.

En encuestas realizadas (8) se ha visto que los enfermos anteponen cualidades morales a cualidades profesionales en los médicos que prefieren, así nos explicamos el éxito de algunos profesionistas poco capacitados o con poca experiencia pero con una gran comprensión hacia sus enfermos.

D) AMBIENTES QUE DISMINUYEN EL MIEDO:

a) Ubicación del consultorio:

Podemos concluir por lo ya antes expuesto que un consultorio situado en una zona urbana tranquila con amplio espacio para estacionamiento predispondrá favorablemente a nuestro paciente.

b) LA SALA DE ESPERA:

Deberá ser de ambiente tranquilo se recomienda esté pintada de colores como el verde que se dice tiene un efecto sedante. Será muy conveniente el uso de una música suave que dará un efecto calmante y a veces hipnótica en el paciente.

c) EL DENTISTA:

Será sumamente puntual con el paciente no haciéndolo esperar mucho para que el miedo no se aposente.

d) LA RECEPCIONISTA:

Será siempre una persona amable.

e) LA SALA DE RECEPCION:

No será el paso de pacientes ya tratados, recordamos que el miedo es contagioso. En la sala de espera no deberán oírse los ruidos provenientes del consultorio.

f) CONSULTORIO:

El ambiente será lo más tranquilo posible. Se procederá lo más pronto que se pueda al tratamiento, deberá mostrarse el instrumental lo menos posible, el color del consultorio será verde preferentemente, el operador usará un banquillo de trabajo para así estar a la altura del paciente y eliminar su efecto amenazador.

g) Usaremos de música suave como efecto sedante. Eliminaremos en lo posible los ruidos desagradables, actualmente hay aparatos de altas velocidades que han eliminado casi el ruido y la vibración.

h) ROPA DEL PROFESIONISTA:

Como a los niños les aterroriza el ver al profesionista simplemente por su aspecto que les recuerda a otro médico que pudo haberles dejado alguna mala experiencia, se recomienda y se ha empleado con gran éxito las batas de color que quitan al dentista algo de su aspecto amenazante.

i) No permitiremos el acceso de los padres al consultorio. Esto le dará importancia al pequeño paciente sobre todo al tratarlo como a gente grande le inhibirá su miedo. Daremos las citas lo más seguidas que se puedan para no dar tiempo a que el miedo crezca aposentándose.

No se tratarán varios pacientes al mismo tiempo.

2.—TERAPEUTICA DEL MIEDO

Se puede dividir en:

A) PSICOLOGIA DE LA TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA: Efecto placebo. Y

B) TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA.

A) PSICOLOGIA DE LA TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA. EFECTO PLACEBO. (8).

El efecto placebo es el conjunto de modificaciones objetivas o subjetivas del estado de un sujeto al que se le ha administrado una sustancia sin acción farmacológica.

Si le damos un placebo a un enfermo se observan modificaciones o sea se obtiene un efecto placebo. Este enfermo es sensible al efecto placebo positivamente.

Los ciclotímicos son más sensibles al efecto placebo que los esquizotímicos.

El efecto placebo se obtiene por cuatro elementos: El enfermo, su enfermedad, el placebo y el médico que lo administra. El efecto placebo mucho depende de la actitud del profesionista, si él está convencido de la eficacia del producto el efecto será más marcado. Influye grandemente la personalidad del médico.

Causas del efecto placebo: La principal es la sugestión ejercida por el médico sobre el enfermo. Es una especie de transferencia psicoterápica. En la situación terapéutica usual el enfermo está condicionado a reaccionar a un placebo con una mejora de su estado.

Con ésto creo que es posible deducir que mucho del efecto tranquilizante de la terapéutica medicamentosa obra por sugestión o sea que a sus efectos farmacológicos propiamente dichos se une el efecto placebo y ambos efectos obran simultáneamente.

Con el efecto placebo entendemos el porqué de las curas asombrosas obtenidas por los curanderos.

B) TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA.

Actualmente existen una serie de drogas que ejercen un efecto calmante o tranquilizante sobre el individuo.

En 1955 Fabing (15) sugirió el término de atarácicos para denominar, aquellas drogas capaces de inducir paz sin cofusión, son drogas que sin perturbar la conciencia producen un efecto calmante debido a sus propiedades químicas y al efecto placebo.

Tiene la propiedad de disminuir la reactividad emocional y moderar o incluso suprimir las reacciones de intensidad patológica.

Se usarán solo para prevenir o tratar las reacciones inmediatas al acontecimiento vivido pero usadas siempre en combinación con el trato del médico.

Producen un efecto de impertubabilidad, de indiferencia apática o ataraxia, hay una neutralidad emocional y efectiva, disminución de la iniciativa y de las preocupaciones sin alteración de la conciencia. Estos medicamentos tienen un punto de ataque diencefálico.

Se les llama también neurolépticos a los tranquilizantes mayores o sea a aquellos que disminuyen la intensidad de algunas funciones nerviosas. (8).

Son antagónicas en su acción a la acetilcolina, la serotonina y la histamina; modifican los reflejos condicionados y la conducta (16).

Estas drogas unidas a una relación médico-enfermo adecuado (transferencia positiva) permiten que el paciente tenga una poca molesta consulta dental.

El Dr. Armando Nava Rivera (16) indica que en el tratamiento de niños casi siempre hay necesidad de emplear algunos medicamentos tranquilizantes preparatorios pero siempre condicionados a :

1.—Estados de miedo en los que las medidas psicológicas no han sido de utilidad.

2.—Se recomienda más en los pacientes ciclotímicos.

3.—Si el paciente se presenta con dolor el tranquilizante no actuará mientras no calmemos éste con un analgésico.

1.—TERAPEUTICA INFANTIL.

Mencionaremos algunos tranquilizantes con sus efectos, éstos

fueron escogidos por el Dr. Nava Rivera (16) para la terapéutica infantil debido a que presentan mínima toxicidad.

Hidroxina:

(Atarax, 1-(para clorobenzhidril) -4- (-2- hidroxietoxil) etil piperazina). Sedante relacionado con los antihistamínicos, presenta efectos semejantes a los de la clorpromazina o reserpina sin producir los cambios de conducta que el uso prolongado de ésta, produce. Es electivo para sujetos normales con agitación y stress y en los maníacos. Tiene efecto contrarios a la acción de la acetil-colina y da un sueño moderado.

Meprobamato:

(Ecuamil, 2-metil-2 propil-1, 3-propanediol dicarbamato).

Neurosedante relacionado a la mefenesina y algunos tipos de hipnótico sedantes. Tiene una acción depresora de los circuitos multinuronales que actúan sobre la médula espinal. Produce una acción semejante a la de los barbitúricos. Es antagónico a los efectos de la estricnina. Está indicada en los estados de ansiedad aguda con sobreactividad por sus efectos de relajación muscular.

Azaciconol:

(Frenquel, a, a-defenil-4-Piperdinmentanol).

Psicosedante de estructura química muy parecida al pipradol.. diferenciándose en que no estimula al córtex sino que ejerce un efecto sedante. Su actividad es moderada.

Clorpromazina:

(Largactril, 2-cloro-10 3-dimetilamino propil fenotiazina).

Prototipo de los neurolépticos o tranquilizantes mayores. Está relacionada con los anticolinérgicos y con los antihistamínicos.

Indicada en los estados de miedo agudo debido a que inhibe los efectos del parasimpático (inhibe el vómito). Se emplea en sujetos normales y sicópatas. Es tóxica usada en dosis prolongadas. Ejerce una acción depresora sobre el hipotálamo. Produce una reacción de alerta, tiene acción hipotensora.

Metaminodiazepoxido:

(Librium, clorhidrato de 7-cloro-2-metalamina -5- Fenil -3H be-

nodiazepina 4 óxido.

Tranquilizante usado en estados de miedo crónico, produce relajación muscular, suprime las reacciones agresivas del miedo. Se usa por vía oral.

Meprobamato y Clorhidrato de Promazina (Prozine):

Combinación usada especialmente en los cambios bruscos de los ciclotímicos con tendencias maniacas, deprime los efectos como náuseas y vómito. Al combinar éstas drogas se potencializan.

Compuestos de Prozine: Meprobamato 200 mg. y Clorhidrato de promazina 25 mg.

Perfenazina:

(trilafon, 2-cloro-10- (3-(4-B- hidroxietil) piperazinil propil, fenotiazina).

Pertenece al grupo de la fenotiazina, 10 veces más activo que la clorpromazina. En estados de emergencia puede administrarse por vía muscular.

2.—TERAPEUTICA EN ADULTOS.

Los siguientes tranquilizantes son de gran utilidad en la terapéutica para adultos (2).

Diazepam:

(compensol, 7-cloro-1-metil-5-fenil-3H-1-4 benzodiazopin 2(IH) ena).

Tranquilizante y relajante muscular de gran tolerancia, indicado en estados de pánico, fobias y angustias. Es 5 veces más potente que el clordiazepóxido.

Canescina:

(harmony, II-desmetoxireserpina).

Alcaloide derivado de la raíz de la rauwolfia canescens.

No causa los efectos secundarios excesivos de la reserpina.

Hidroxfemanato:

(Lística, hidroxfemanato).

Actúa sobre los niveles patológicos de la angustia sin afectar sus niveles normales. Considerada como la droga psicotrópica menos tóxica.

Clordiacepóxido:

(Mesural, clordiacepóxido).

Indicado en neurosis y psiconeurosis, en estados de angustia y de agitación leves.

Diclorhidrato de flufenazina:

(Tensofin, clorhidrato de flufenazina).

Usado en el tratamiento de la ansiedad.

Oxazepam:

(Bonare, oxazepam).

Nuevo tranquilizante usado en trastornos tales como ansiedad e insomnio.

Metaminodiazepóxido:

(Decail, clorhidrato de 7-cloro 2-metilamino 5-fenil-3 H-1, 4-benzodiazepina-4-óxido).

Estabilizador de las reacciones emocionales, indicado en los desórdenes emocionales acompañados de ansiedad o tensión, actúa con amplio margen de seguridad.

Los tranquilizantes usados en la terapéutica infantil también están indicados en la terapéutica para adultos.

REFERENCIAS CAPITULO II.

- 1.—Gillaume P. Manual de Psicología, 92, 93, 1963.
- 2.—Bard Ph., Fisiología Médica 1102-1104, 1966.
- 3.—Jameson, citado por Delay-Pichot, Manual de Psicología 138, 1966.
- 4.—Delgado, citado por Delay-Pichot, Manual de Psicología, 139, 1966.
- 5.—Buytendijk F. J. J., Teoría del Dolor, 53, 1965.
- 6.—Kretchmer, citado por Delay-Pichot 159 a 163, 1966.

- 7.—Sechehaye M. La Realización Simbólica 153, 1964.
- 8.—Delay Pichot, Manual de Psicología, 146, 1966.
- 9.—McBride, Tratado de Odonto-pediatria, 37, 1955.
- 10.—Merloo A, M. Psicología del Pánico, 41, 46, 1964.
- 11.—Nava Rivera. comunicación personal.
- 12.—Glover E., Psicología del Miedo y el coraje, 53, 1963.
- 13.—Worsley A., Miedo y Depresión, 47, 1962.
- 14.—Freud, mencionado por Delay-Pichot, Psicología Médica, 465, 1966.
- 15.—Fabing, mencionado por Ramón de la Fuente en Psicología Médica, 401, 1960.
- 16.—Nava Rivera, Rev. A. D. M. vol. X, 627 a 630, 1963.
- 17.—Landerol, Rosenstein E. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, 77, 113, 123, 287, 305, 465, 503, 1966.

CAPITULO III.

DISCUSION:

Debemos considerar el miedo psicológicamente como una emoción y a ésta como un motor de la conducta (1).

Desde el punto de vista fisiológico, el miedo es un desequilibrio del sistema neuro-vegetativo, con sus correspondientes reacciones de los sistemas simpáticos y parasimpáticos (2).

El sujeto con miedo puede reaccionar huyendo.

O bien reacciona agrediendo.

Hay una fascies característica del miedo. Pero ésta no siempre corresponde a su intensidad.

En los niños se observan más bien reacciones motoras (1).

En el adulto estas reacciones se atenúan.

El hipotálamo es imprescindible para la expresión emocional. (3).

El córtex de la región temporal influye condicionando al miedo (1).

Durante el miedo se segrega adrenalina pero sólo un instante luego se desencadena la acción parasimpática. (2).

En algunos casos de miedo la glándula pituitaria actúa a través de la producción de HACT. El colesterol baja (4).

Cuando el adulto reacciona de un modo exagerado al miedo se dice que reacciona infantilmente. (1). Esto está relacionado con su historia psíquica (medio familiar, experiencias anteriores).

Influye el equilibrio fisiológico. En un sujeto sano los miedos se manifiestan menos.

Psicológicamente influye el humor. El ciclotímico expresa más fácilmente su miedo. El esquizotímico lo siente muy profundamente pero no lo expresa. (1).

El miedo influye en las enfermedades aumentándolas al aumentar sus síntomas. Las enfermedades influyen en el miedo aumentándolo. (1).

Las experiencias hechas demuestran la influencia del simpático en el miedo. También la acción del parasimpático. (2).

El miedo es súbito. Pero se aposenta acrecentándose.

El padecimiento dental aumenta el miedo de nuestro paciente. El miedo exagera las reacciones dolorosas.

Si es grave la enfermedad dental va produciendo más dolor. Al haber más dolores hay más miedo.

En estados normales o que particularmente produzcan euforia el miedo disminuye. Esas mismas situaciones por ejemplo un embarazo) pueden producir miedo en otro caso particular.

Si el paciente acude al médico como una medida profiláctica sentirá menos miedo. Si acude buscando una medida terapéutica tendrá más miedo.

Si el dolor ha hecho aparición el paciente sentirá miedo. No así si nunca ha habido dolor.

Los rumores aumentan el miedo. (5).

La imaginación lo exagera. Se teme más lo que no se conoce.

La transferencia negativa del médico hacia el enfermo aumentará el miedo de éste. La transferencia positiva calmará al paciente. (1).

Un dentista nervioso contagiará a su paciente. Si duda en su método de trabajo producirá miedo al paciente. Un profesional amable y consciente de su capacidad profesional inspirará confianza.

Un tiempo prolongado en la sala de espera produce el aposentamiento del miedo (7). Una acción rápida por parte del dentista lo aminora.

Operaciones en las que se derrame sangre producen miedo, (6).
Los colores fuertes excitan las emociones. Los suaves las calman.

El ruido produce pánico (7). Una música suave seda.

Actitudes amables decrecen la expresión emocional del miedo.

La compañía de otras personas origina que el paciente tenga miedo. El ir sólo le da confianza en sí mismo.

Si el paciente ve con frecuencia al dentista sentirá menos miedo.

La sugestión y la confianza en sí mismo que tenga el dentista, influirán favorablemente en el paciente.

El consultorio de ambiente tranquilo, calmará al paciente.

Cuando las medidas psicológicas fallan se usa la terapéutica medicamentosa, ésta obra por dos mecanismos: por sus propiedades químicas y por el efecto placebo. El efecto placebo no obra igual en todos los sujetos, obra más en los ciclotímicos. La personalidad del médico obra doblemente: en la transferencia con el enfermo y como condicionador del efecto placebo.(1).

Los tranquilizantes producen un estado de impertubabilidad emocional sin reacciones neurovegetativas (8).

No puede usarse el mismo tranquilizante en todos los sujetos. Cuando se usen será ayudado a una transferencia médico enfermo positiva. Se usarán más en ciclotímicos que en esquizotímicos.

Si hay dolor, los tranquilizantes se adicionarán de analgésicos.
(6).

REFERENCIAS CAPITULO III.

- 1.—Delay-Pichot, Manual de Psicología Médica, 125, 150, 139, 153, 159 a 163, 464, 1966.
- 2.—Gelhorn; mencionado por Rassegna Rev. Méd. 9, 1967.
- 3.—Bard, Fisiología Médica, 1102, 1104, 1966.
- 4.—Bodansky M. y Bodansky O. Biochemistry of Disease, 1144, 1965.
- 5.—Merloo A. M., Psicología del Pánico 41, 46, 1964.
- 6.—Nava Rivera, Rev. A. D. M. Vol. XX-628, 1.
- 7.—Glover E., Psicología del Miedo y el Coraje, 53, 1963.

CAPITULO IV.

CONCLUSIONES.

Con estos conceptos que me he limitado a recopilar creo poder concluir que deberíamos tratar siempre a nuestro paciente tomando en cuenta siempre sus problemas psicológicos individuales.

La mente influye en forma irrevatible en el funcionamiento corporal, determinando desarreglos o influyendo en la evolución de los procesos patológicos. Los conflictos psicológicos de los enfermos deben ser tomados en cuenta y estudiados con objetividad.

Hay que integrar en un futuro los conceptos anatómicos, fisiológicos y psicológicos. (1).

El médico que tiene una advertencia de que la civilización y la cultura tienen una relación directa con el bienestar o el malestar de los organismos puede influir más efectivamente en la curación de los enfermos. (1).

Para tratar correctamente a un enfermo poseído del miedo habremos de tener en cuenta su equilibrio fisiopsicológico.

No podemos tratar igual a un adulto que a un niño, a un esquizotímico que a un ciclotímico.

La expresión o fascies del miedo no siempre corresponde a su intensidad.

Debemos hablar con los padres del niño para encauzar su equilibrio emocional.

Para que no haya una transferencia negativa médico-enfermo

sería muy conveniente que el profesionista se sometiera a un psicoanálisis y así no influirían sus experiencias personales en su relación con los enfermos y sus propios problemas no lo cegarán para ver al enfermo.

La transferencia no puede explicar todos los casos de la relación médico-enfermo. Es preciso saber que la aparición de una verdadera transferencia cuando el médico o posee la formación psicológica adecuada puede ser peligrosa como en el caso de las personas eratómanas de los médicos. (2).

El médico usará de la sugestión y cualidades morales como su mejor arma para tratar a los sujetos con miedo, pero en el caso de que no resulte obviamente se impone el uso de la terapia medicamentosa, pre y post-operatoria, con tranquilizantes.

Con los aspectos enunciados creo tal como lo dijera Nava Rivera que se impone la creación dentro de la carrera de odontología, de la cátedra de psicología.

Por último quiero decir que para comprender el miedo de nuestro paciente debemos recordar nuestros propios miedos, regresemos en mente al mundo mágico y alusonante del terror...

REFERENCIAS CAPITULO IV.

- 1.—De la Fuente R, Psicología Médica.
- 2.—Delay-Pichot, Manual de Psicología, 464, 1966.