UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“NATURALEZA DEL MIEDO Y ANSIEDAD EXPERIMENTADOS EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO UNA EXPLICACIÓN”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

GUSTAVO ANDRES DÁVILA LÓPEZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2018

CONSEJO DIRECTIVO

Escuela de Ciencias Psicológicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Pablo Josue Mora Tello

Mario Estuardo Sitaví Semeyá

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

CIEPs.
UG
Archivo
Reg.-103-2015
CODIPs.2486-2018

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

09 noviembre de 2018

Estudiante
Gustavo Andres Dávila López
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO (10º) del Acta OCHENTA Y NUEVE GUIÓN DOS MIL DIECIOCHO (89-2018), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 09 de noviembre de 2018, que copiado literalmente dice:

DÉCIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"NATURALEZA DEL MIEDO Y ANSIEDAD EXPERIMENTADOS EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO UNA EXPLICACIÓN",** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Gustavo Andres Dávila López **CARNÉ: 56296**
CUI: 2348 24387 0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la M.A. Guillermina Ninette del Carmen Mejía Palencia y Doctor Ricardo Antonio Sánchez Ávila, revisado por el Licenciado Pedro José de León. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS SECRETARÍA

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA

/Gaby

UG-384-2018

Guatemala, 02 de noviembre de 2018

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3°.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, lo estudiantes **GUSTAVO ANDRES DÁVILA LÓPEZ, CARNÉ NO. 2348-24387-0101 y Registro de Expediente de Graduación No. L-100-2017-C,** ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- **10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional**
- **10 créditos académicos por Trabajo de Graduación**
- **15 créditos académicos por: Exoneración Examen Técnico Profesional Privado según Acta SETENTA Y SEIS DOS DOS MIL DIECISIETE (76-2017) de la sesión celebrada por el consejo Directivo el 30 de octubre de 2017.**

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación,** solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"NATURALEZA DEL MIEDO Y ANSIEDAD EXPERIMENTADOS EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO UNA EXPLICACIÓN"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 25 de octubre del año 2018.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN

M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN

Lucia G.
CC. Archivo
ADJUNTO DOCUMENTOS SEGÚN ANEXO ADHERIDO.

CIEPs. 096-2018
REG. 103-2015

INFORME FINAL

Guatemala, 26 de octubre de 2018

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Pedro José de León Escobar** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"NATURALEZA DEL MIEDO Y ANSIEDAD EXPERIMENTADOS EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO UNA EXPLICACIÓN".

ESTUDIANTE:	**DPI. No.**
Gustavo Andres Dávila López	**2348243870101**

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 25 de octubre de 2018 por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 18 de septiembre de 2018, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
COORDINADOR CIEPS
USAC

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
"Mayra Gutiérrez"

c. archivo

CIEPs. 096-2018
REG. 103-2015

Guatemala, 26 de octubre de 2018

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

"NATURALEZA DEL MIEDO Y ANSIEDAD EXPERIMENTADOS EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO UNA EXPLICACIÓN".

ESTUDIANTE: **DPI. No.**
Gustavo Andres Dávila López **2348243870101**

CARRERA: **Licenciatura en Psicología**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 25 de octubre de 2018, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
DOCENTE REVISORIA
USAC

Licenciado Pedro José de León Escobar
DOCENTE REVISOR

c. archivo

Guatemala, 8 de agosto de 2018

Coordinación
Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)
"Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informarle que he tenido a mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado *"Naturaleza del miedo y ansiedad experimentados en el tratamiento odontológico. Una explicación"* realizado por el estudiante Gustavo Andres Dávila López, CUI 2348 24387 0101.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, suscribo,

Atentamente,

M.A. Guillermina Ninette del Carmen Mejía Palencia
Psicóloga
Colegiada No. 1411
Asesora de contenido

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Departamento de Educación Odontológica

Guatemala, 30 de agosto de 2018

Coordinación
Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)
"Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informarle que he tenido a mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado *"Naturaleza del miedo y ansiedad experimentados en el tratamiento odontológico. Una explicación"* realizado por el estudiante Gustavo Andres Dávila López, CUI 2348 24387 0101.

Esta investigación cumple con los conocimientos teóricos y técnicos vigentes derivados del ejercicio profesional de la odontología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación del correspondiente.

Sin otro particular, suscribo,

Atentamente,

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

Dr. Ricardo Antonio Sánchez Ávila, *M. Sc.*
Cirujano Dentista
Colegiado No. 863
Profesor Titular XII. Departamento de Educación Odontológica.
Asesor de contenido

FOUSAC
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 16 de agosto de 2018

Coordinación
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez".

Deseándole éxitos al frente de sus labores, por este medio le informo que el estudiante Gustavo Andres Dávila López, CUI 2348 24387 0101 realizó el trabajo de campo en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ubicadas en el primer nivel del edificio M-1, como parte del trabajo de investigación titulado *"Naturaleza del miedo y ansiedad experimentados en el tratamiento odontológico. Una explicación"* en los meses de febrero a junio del presente año.

El estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que le agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS FACULTAD DE ODONTOLOGIA GUATEMALA ODONTOPEDIATRIA

Doctor Henry Cheesman
Director
Departamento de Odontopediatría

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Guillermina Ninette del Carmen Mejía Palencia
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 1411

Ricardo Antonio Sánchez Ávila
CIRUJANO DENTISTA
COLEGIADO 863

ACTO QUE DEDICO

A mi Dios Padre, Único y Todopoderoso

Amoroso, fiel y misericordioso, por darme el sentido de vida y la esperanza de paz.

A las personas que estamparon su huella en mi ser en el curso de mi existir, que físicamente ya no están; y a aquellas que tomaron su rumbo tras sus sueños. También a las que ahora están y que tal como las de ayer, son mis acompañantes en las diversas etapas de mi realidad, cuya huella permanece y con las cuales hacemos nuevos recuerdos, siempre presentes y con quienes la vida es más hermosa.

AGRADECIMIENTOS

A mi Guatemala

A ese pueblo sufrido, olvidado y marginado. A quienes la vida les ha negado las oportunidades y la tranquilidad de un mejor porvenir.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

A la Escuela de Ciencias Psicológicas

A la Facultad de Odontología

Mis tres amores. Fuentes de conocimiento y proveedoras de los mentores que forjaron mi carácter y que me dieron la consciencia de que el éxito consiste en la asistencia ética y profesional y en el aporte que como ser humano estoy llamado a entregar.

Índice

RESUMEN
PRÓLOGO ODONTOLOGÍA
PRÓLOGO PSICOLOGÍA
CAPÍTULO I 7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO 7
1.1 Planteamiento del problema 7
1.2 Objetivos de la investigación 8
1.2.1 Objetivo general 8
1.2.2 Objetivos específicos 8
1.3 Marco teórico 8
1.3.1 Antecedentes 8
1.4 Revisión de literatura 15
1.4.1 Sistema estomatognático 15
1.4.2 Embriología del desarrollo dentario 17
1.4.3 Cronología de la erupción dentaria 27
1.4.4 Estrés, miedo y ansiedad en la clínica dental 30
1.4.5 Atención odontológica 36
1.4.6 Tratamiento odontológico 37
1.4.7 Comunicación en la clínica dental 44
1.4.8 Paciente dental pediátrico 47
1.4.9 Profesional de la odontología 51
1.5 Bioética en la práctica profesional odontológica 54
1.6 Fundamentos psicoanalíticos del miedo y la ansiedad 60
1.6.1 Teoría de las relaciones objetales (Teoría de las posiciones) 67
1.6.2 Personalidad 79
1.6.3 Etapas del desarrollo psicosexual 83
1.6.4 Mecanismos de defensa 95
1.6.5 Neurosis 98

1.7 La familia 116
1.7.1 Violencia familiar, machismo y victimización 122
1.8 Conflicto psicológico en la clínica dental 124
1.9 Teoría del apego 130
1.10 Trauma 134
CAPÍTULO II 143
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 143
2.1 Enfoque y modelo de investigación 143
2.2 Técnicas 144
2.2.1 Técnica de muestreo 144
2.3 Técnicas de recolección de información 144
2.3.1 Observación directa no participante 144
2.3.2 Observación directa participante 145
2.3.3 Entrevista semiestructurada 146
2.4 Técnicas de análisis 147
2.4.1 Procedimiento para la recolección de la información 148
2.5 Instrumentos 148
2.6 Operacionalización de los objetivos 149
CAPÍTULO III 150
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 150
3.1 Características del lugar y de la muestra 150
3.1.1 Características del lugar 150
3.1.2 Características de la muestra 154
3.1.3 Caracterización de la población infantil de FOUSAC 154
3.1.4 Caracterización de la muestra 155
3.2 Presentación e interpretación de resultados 155
3.2.1 Análisis de casos 161
3.2.2 Caso 1 161

3.2.3 Caso 2 169
3.2.4 Caso 3 179
3.2.5 Caso 4 188
3.2.6 Caso 5 196
3.2.7 Caso 6 204
3.2.8 Análisis estadístico 214
3.2.9 Análisis global integrativo 241
CAPÍTULO IV 249
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 249
4.1 Conclusiones 249
4.2 Recomendaciones 252
BIBLIOGRAFÍA 254
ANEXOS 272
Anexo 1 272
Glosario de términos 272
Anexo 2 287
Escalas de Likert 287
Síntomas autonómicos de ansiedad 287
Anexo 3 288
Entrevista semiestructurada infantil 288
Anexo 4 293
Listas de cotejo 293
Anexo 5 297
Consentimiento informado 297
Anexo 6 298
Ética de la investigación 298

RESUMEN

“Naturaleza del miedo y ansiedad experimentados en el tratamiento odontológico. Una explicación”

Autor: Gustavo Andres Dávila López

Este estudio persigue la búsqueda de las particularidades del sufrimiento emocional experimentado por el paciente odontológico. Describe de manera general la embriología, el funcionamiento y la importancia del aparato estomatognático en relación con el mantenimiento de la vida somática. Coloca al aparato estomatognático específicamente al órgano dentario y estructuras asociadas como vía regia para nutrir el cuerpo físico y proveer al final de los procesos metabólicos, la energía necesaria para mantener la vida física y psíquica. La investigación hace un abordaje inédito y central sobre la ansiedad y el miedo en la experiencia de la atención odontológica que genera comportamientos desadaptativos y en consecuencia actúa como detonante de conflictos psicológicos previamente instalados; esto observado desde el psicoanálisis, el trauma y el apego, en asociación con el ejercicio de la práctica odontológica en las Clínicas Dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en los meses de febrero a junio de 2018. La muestra de estudio estuvo integrada por 6 niños de 7 a 12 años de edad que asistieron a las clínicas dentales y que presentaron miedo, ansiedad y conductas desadaptativas relacionadas con la atención odontológica. Se utilizaron como instrumentos para la recolección de la información Escalas de Likert, entrevista semiestructurada y listas de cotejo. La trascendencia de esta investigación transdisciplinaria implica dilucidar la íntima relación que existe entre la ciencia odontológica y psicológica; a la vez que propone una explicación teórica sobre la esencia del peligro percibido en dicha atención que motiva a huir o enfrentar con éxito el tratamiento dental, esto desde la óptica del paciente odontológico y de la configuración a partir de la primera infancia de las contradicciones experimentadas durante el tratamiento odontológico. En este contexto esta investigación constituye una herramienta valiosa para el odontólogo, con la finalidad de lograr la comprensión del sufrimiento del paciente dental y lograr una relación odontólogo-paciente-personal auxiliar adecuada para realizar los procedimientos odontológicos, cuidando los aspectos emocionales y conductuales involucrados y lograr con ello la mejor humanización de la profesión odontológica con los principios bioéticos y psicológicos. Para el psicólogo la teoría generada es útil para comprender la importancia del órgano dentario implicado en la fragmentación simbólica del mundo externo para la integración del mundo interno, como línea de base para toda actividad semiótica, encontrando sus orígenes desde la formación del núcleo de la personalidad planteado por Melanie Klein; así como su relación con la fase oral y la fase anal expuesta por Sigmund Freud, integrado en los elementos sociales y culturales del medio guatemalteco. Esta explicación teórica y la abundante información obtenida permite deducciones consistentes y coherentes que permiten ir más allá de estos postulados teóricos.

PRÓLOGO ODONTOLOGÍA

La preocupación de la Estomatología por mejorar la salud bucal de la población es un hecho no cuestionable. La búsqueda de nuevos productos y de tecnologías que aumenten la calidad de vida en relación a la salud bucal de las personas, avanza a pasos sorprendentes. Muchos de estos esfuerzos buscan mejorar la adherencia al tratamiento odontológico, por lo que un abordaje integral de la enfermedad dental resulta prioritario.

Identificar las variables de comportamiento que influyen en la salud dental de las personas es imprescindible si se quiere dar un abordaje completo e integral. En este sentido, el miedo y la ansiedad que se experimenta en el tratamiento odontológico, es uno de los factores más relevantes ya que interviene enormemente, entorpeciendo tanto la continuidad al tratamiento, como la consulta de atención dental. Ambos se caracterizan como una respuesta multisistémica ante una creencia de peligro o amenaza, la cual es una experiencia individual, subjetiva, que varía entre las personas, y genera un serio impacto en la vida cotidiana, siendo una importante barrera para la búsqueda de atención dental. Es más, puede presentarse de manera anticipada, con sólo pensar en el encuentro con un estimulo que provoca miedo. Es así como la persona al saber que tiene cita con el dentista, tiene la expectativa de que una experiencia aversiva se aproxima, generando altos montos de ansiedad. Rowe y Moore (1998) señalan que un paciente con fobia dental llega a sufrir en promedio 17,3 días de dolor antes de consultar al odontólogo. Además, existe una evidencia clara de que la ansiedad genera una disminución del estado de salud oral del individuo, aumentando la presencia de caries sin tratamiento y el número de dientes cariados. Además, se ha demostrado que los pacientes ansiosos tienen más probabilidades de evitar o retrasar el tratamiento y de cancelar la cita con el dentista. De la misma forma, distintos estudios dan cuenta de la relación indirecta existente entre el miedo, la ansiedad dental y la calidad de vida en relación a salud oral. Además, este fenómeno ha mostrado ser un muy buen predictor de problemas de manejo conducta en la clínica dental.

La ansiedad dental presenta una importante prevalencia, con tasas que van del 4% al 23% en países europeos (Astrom, Skaret, & Haugejorden, 2011). En Latinoamérica, varios estudios dan cuenta de tasas del 34,7% en preescolares, mostrando a su vez que los padres de dichos niños también presentan una alta incidencia de ansiedad dental (41,1%) (Oliveira & Colares, 2009). En la literatura especializada muchas veces ha existido confusión entre lo que es ansiedad, miedo y fobia utilizando dichos conceptos de manera intercambiable, lo cual ha dificultado aún más la comprensión de los mismos.

Bajo estos antecedentes, este fenómeno debe entenderse como un concepto multidimensional, el que consta de al menos tres componentes de respuesta que, si bien son distintos, éstos interactúan entre sí, como son el componente cognitivo, fisiológico y motor. Las causas de porqué determinado sujeto pudiera experimentar miedo y ansiedad ante el tratamiento dental son diversas, siendo múltiples los estudios que han abordado esta temática desde diversas perspectivas. En este sentido, la presente investigación ***"Naturaleza del Miedo y Ansiedad experimentado en el tratamiento odontológico. Una explicación."*** persigue la búsqueda de las particularidades del sufrimiento emocional experimentado por el paciente odontológico desde un abordaje novedoso, puesto que se enfoca en los comportamientos desadaptativos y su consecuencia como detonantes de conflictos psicológicos; esto observado desde el psicoanálisis, el trauma y el apego, en asociación con el ejercicio de la práctica odontológica. Otro aspecto que enriquece este enfoque, es el hecho que el autor del mismo, es un odontólogo con formación en psicología, lo cual permite tener una visión completa y transdisciplinar del objeto de estudio, puesto que al tener la experiencia del ejercicio cotidiano de la odontología y el manejo de los pacientes, ayuda a sistematizar la experiencia del paciente odontológico bajo criterios estomatológicos y psicológicos integrativos que nos hacen ver a la persona como un ser sensible, indivisible e irreductible que experimenta emociones, aflicciones, dolor físico y psíquico y que busca alivio a sus padecimientos dentales.

Finalmente, es por eso que resulta importante abordar este elemento desde todas sus dimensiones, identificando tanto las razones del por qué ocurre, conocer la mejor forma de evaluarlo, y establecer el mejor método de afrontarlo para su buen manejo desde el campo de la odontología. Todo profesional debe abordar de manera integral al paciente, lo que necesariamente implica conocer las variables psicosociales en juego al momento de trabajar con personas, las cuales no deben ser excluidas cuando se trata de la atención odontológica.

Dr. Ricardo Antonio Sánchez Ávila, *M. Sc*.
Cirujano Dentista
Profesor Titular XII. Departamento de Educación Odontológica.
Facultad de Odontología. Universidad de San Carlos de Guatemala.

PRÓLOGO PSICOLOGÍA

Es indiscutible que la realización de una investigación lleve implícitas dos características que son esenciales de visualizar desde la concepción de la idea a investigar hasta su consumación. Son en este sentido la importancia científica y social que un investigador debe impregnar en su trabajo. Y este es el caso de la investigación que se presenta a continuación y que tiene por título “Naturaleza del miedo y ansiedad experimentados en el tratamiento odontológico. Una explicación”, misma que refleja tres importantes características que se vinculan muy íntimamente con el proceso de investigación.

En primer lugar, la interdisciplinariedad la cual por su prefijo “inter” que significa, entre dos disciplinas o áreas del conocimiento, estableciendo una relación en la que se incorporan los resultados de diversas disciplinas, en este caso la relación que se evidencia entre la odontología y la psicología. En este sentido se podrá entender la relación, por un lado, del miedo y la ansiedad y por el otro todo lo relacionado con el tratamiento odontológico, el cual lleva una fuerte carga de elementos de orden psíquico y social que influyen en el comportamiento del paciente en el momento de verse y estar inmerso en dicho proceso; y en la relación con un profesional de la odontología. Esta relación puede evidenciarse por medio de conductas y comportamiento desadaptativos, que podrían desencadenar conflictos psicológicos y a la vez la presencia de mecanismos de defensa que son las “formas de operar” del yo al encarar afectos, pulsiones, excitaciones, etc.; que pueden ser internos o externos al individuo y que prevalecen según el estímulo que provoca su intervención, de acuerdo con el grado del conflicto psíquico y del estadio del desarrollo individual (Freud, 1980). Y a la vez, entendiendo los mecanismos de defensa como los medios de defensa que se utilizan en la supervivencia del yo y que la manifestación de estos mecanismos dependerá de la psicodinámica situacional y del tipo de conflicto emocional. Lo anteriormente indicado representa un terreno apto pues la población con la que se realizó la investigación es eminentemente infantil y es en ésta población en donde se ponen de manifiesto las dos categorías estudiadas “el miedo y la ansiedad”. Es indudable que cuando un niño o niña se enfrenta a un

proceso odontológico, tanto el miedo como la ansiedad afectan el comportamiento de estos colocándoles en una situación de vulnerabilidad y es aquí en donde se pone de manifiesto el segundo aspecto, que se refiere a la incorporación de los aspectos éticos, bioéticos y psicoéticos en la investigación en la que de por medio hay sujetos, son estos aspectos sobre los que se fundamentan el respeto, la autonomía aplicados en un proceso de investigación y que hoy por hoy son la base para la realización de procesos investigativos, puesto que en este caso en particular el profesional de la odontología debe conocerse así mismo, saber quién es y por consiguiente poseer habilidades de comunicación más cuando su trabajo está enfocado en niños.

En tercer lugar, el trabajo odontológico lleva implícito un trabajo psicológico, debido a la relación que se construye entre el odontólogo y su paciente, esta relación puede en algún momento tocar aspectos profundos de la psique, más cuando el trabajo se realiza con niños. Si el niño en algún momento de su vida ha experimentado algún tipo de trauma, ha sido violentado o ha estado en un estado de indefensión provocándole en algunos momentos del proceso odontológico, experiencias regresivas de manera inconsciente en donde una fijación ha dejado una huella traumática.

Es importante resaltar en esta investigación el trabajo que realizan tanto el odontólogo como el psicólogo, puesto que es un reflejo de la importancia de que en la actualidad el trabajo multidisciplinario y transdisciplinario fortalece las bases de la ciencia por medio de la investigación.

El aporte que la presente investigación bridará a profesionales, estudiantes y a la población en general es valioso puesto que es un nuevo intento de poner de manifiesto la necesidad de propiciar espacios de investigación, pero sobre todo el proponer soluciones y fortalecer el conocimiento en todas las áreas especialmente en la odontología y en la psicología, reforzando con esta la importancia, el valor social y científico que tienen estas dos áreas del conocimiento y por consiguiente, como un reflejo de la misión y visión de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Lic. Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Psicólogo

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1 Planteamiento del problema

Se ha observado que el proceso de limitación del daño y prevención de enfermedades y lesiones de la cavidad oral y de las estructuras asociadas pueden causar en la persona diferentes estados de tensión capaces de producir ansiedad, angustia, miedo, dolor, conflicto psicológico, y la manifestación de diferentes psicopatologías, que varían en intensidad y en frecuencia de acuerdo a la integración del yo. Estados que se expresan por la presencia de diversos mecanismos de defensa, síntomas autonómicos de ansiedad y regresiones pregenitales –entre otros-, los cuales son inconscientes y desadaptativos en estos casos, cuya finalidad consiste en reducir la percepción de una amenaza que potencialmente pueda rebasar los sistemas de protección normal proveedores de confianza y de seguridad.

Asimismo, se observa en la experiencia del tratamiento odontológico, en una amplia parte de la población, que la inseguridad que supone la exposición a nuevas experiencias odontológicas, evidencian la carencia del manejo exitoso de las ansiedades y ponen de manifiesto una desorganización del ordenamiento de las emociones y de las percepciones de intervenciones del profesional de la odontología, que son percibidas como una amenaza a la integridad física y emocional y ejecutan en muchos casos, la desmembración o mutilación de las piezas dentarias, experiencias capaces de provocar desasosiego por el peligro que pueden significar los procesos odontológicos, el profesional, el personal auxiliar y la anticipación a lo que sucederá en la clínica dental y en general el hecho de recibir la atención odontológica.

Por lo expuesto con anterioridad, la presente investigación pretende dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué relación existe entre los estados ansiosos y el miedo al tratamiento dental?
- ¿Existen emociones reprimidas, somatizadas o conscientes que afecten el tratamiento odontológico?

- ¿Existe manifestación y expresión de mecanismos de defensa en el tratamiento odontológico?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

- Comprender el miedo y la ansiedad experimentado en la atención odontológica.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la ansiedad y el miedo que se manifiestan durante el tratamiento odontológico para comprender su irrupción durante el tratamiento dental.
- Identificar la existencia de síntomas y signos que afectan la atención odontológica para apoyar emocionalmente al paciente dental pediátrico mientras se realizan los procedimientos odontológicos.
- Identificar los mecanismos de defensa implicados durante el tratamiento odontológico para obtener pautas conductuales que faciliten la atención odontológica en la niñez.

1.3 Marco teórico

1.3.1 Antecedentes

La frustración, insatisfacción, el miedo y ansiedad que se observan en el paciente odontológico mientras el profesional de la estomatología realiza su trabajo, constituye una dificultad que atañe a gran parte de la humanidad a través del tiempo.

En la actualidad, con independencia de la edad, sexo, estilo de vida, condiciones sociales, económicas y culturales ir a la clínica dental significa enfrentar el miedo, la ansiedad, el dolor y la desprotección afectiva que es capaz de configurar en la persona un conflicto psicológico.

El peligro, la amenaza persecutoria y anticipatoria que se establece cuando la persona se hace consciente de que “tiene una cita con el dentista” se observa mientras está en la sala de espera o en el sillón dental.

La persona en una situación odontológica experimenta una respuesta emocional de displacer que incluye aspectos subjetivos, cognitivos y conductuales

de activación, que significan hiperactividad psíquica y fisiológica que incluyen aspectos motores observables que implican comportamientos desadaptativos.

Esta hiperactivación sistémica observada realiza la función de preservar la integridad física del organismo y confronta a la persona a luchar o huir del ataque real o imaginario percibido antes y durante de la atención odontológica y que es perpetrada, según el paciente, por el odontólogo y su personal auxiliar.

Es por ello que desde el campo de la estomatología se han efectuado numerosos estudios a nivel técnico con la intención de “controlar” el comportamiento desadaptativo observado tanto en los pacientes de todas las edades en la clínica dental, del personal de la clínica dental como el del cirujano dentista; con la intención de obtener mejores resultados con respecto al “manejo conductual” adecuado en la relación odontólogo-paciente.

En un estudio reciente elaborado en marzo de 2012 en la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, Jackeline Elideth Orates Argueta realizó su estudio de tesis de Cirujana Dentista titulado “Manual para el manejo de trauma dental en niños” que recopila información importante y útil para solucionar los accidentes y emergencias pediátricos más comunes para realizar el tratamiento “ideal” adentro y fuera de la clínica dental. Establece que los mayores inconvenientes en lo referente al diagnóstico y terapéutica en la patología traumática en la dentición temporal derivan de la corta edad del paciente. Cita que a ello habrá que añadir las circunstancias de urgencia y ansiedad que rodean el propio momento del trauma y que sin duda no pasan desapercibidas al pequeño paciente.

El manejo correcto del paciente dental pediátrico, según ella, depende de la ayuda de los padres debido a la corta edad de los niños; deduce que el niño se encuentra fuertemente unido a ellos y que desconfía de los extraños.

En el “síndrome del niño maltratado”, cita la autora de la tesis, que el adulto agresor es la persona que ha sido victimizada por otro adulto por lo que tiene poca capacidad para

> “enfrentarse a las situaciones de vida (nerviosismo, cólera, frustraciones), y a menudo no tiene conciencia verdadera de su actitud violenta. El maltrato suele ser producido por los padres -en particular la madre-, los tutores, o

cuidadores de los niños. Respecto a las características del niño maltratado, los índices más altos (74,8%) se dan cerca de los tres años, los que necesitan más atenciones (en particular los discapacitados), los hijos adoptivos, hijastros y otros niños que integran el núcleo familiar. Con relación al género, los niños sufren más maltrato a los tres años y entre ocho y los once; mientras que en el género femenino son más frecuentes a los tres y nueve años" (Garcia Ballesta, Perez lajarin, & Castejon Navas, 2003).

Más adelante Orates Argueta indica que la actitud del niño maltratado en la clínica dental suele ser de indiferencia, con una cara triste y temerosa esbozando gestos de defensa al intentar la proximidad con odontólogo. Durante la exploración se encuentra apático, no habla, parece cansado y de mayor edad de la que tiene. Durante el tratamiento dental su llanto es débil, similar al del niño cooperador tenso. Según la autora es frecuente encontrar retraso psicomotor debido a la escasa estimulación psicológica y afectiva proveída por la madre.

En junio de 2006 Gladys Silvana Laning Mejía elaboró su estudio de tesis "Estado de ansiedad previo a la cita con el dentista" en la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. Evaluó la prevalencia y el grado de ansiedad en pacientes de ambos sexos divididos en grupos de adolescentes (de 12 a 18 años), adultos jóvenes (de 19 a 40 años) y adultos (de 41 a 60 años) en las clínicas de la Facultad de Odontología de dicha universidad atendidos por los alumnos de tercero, cuarto y quinto año en el ciclo lectivo 2005.

Laning Mejía descubrió que la ansiedad estuvo presente en la totalidad de los pacientes en la primera cita con el dentista. Halló diferencia en relación con el sexo y el grado de ansiedad observado. El sexo masculino fue el que presentó mayor frecuencia y grado de ansiedad. Revela que en relación al rango de edad-grado de ansiedad, las mujeres entre los 12 y 18 años y los hombres de 19 años o más fueron los que presentaron más ansiedad.

En la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) en junio de 2004, Luis Pablo Méndez Alburéz, realizó una investigación sobre la "Medición del grado de ansiedad en odontólogos generales,

respecto a la atención de pacientes niños en la práctica privada”. Este estudio hizo un análisis cuantitativo sobre la ansiedad situacional y residente (es decir determinó si la persona es ansiosa durante toda su vida y no solamente en ocasiones específicas), en los odontólogos generales respecto al paciente dental pediátrico sobre la base de su experiencia profesional.

Méndez Alburéz concluyó que las y los odontólogos experimentados durante su vida profesional, mantuvieron niveles bajos o medianos de ansiedad, pudiendo ser niveles saludables y/o manejables, mientras que los con menor experiencia en la consulta con el paciente niño, revelaron niveles de ansiedad elevados que pueden ser incontrolables, y que de alguna manera bloquean un desempeño pleno de las actividades.

Carpio Galindo (2002), en su trabajo de tesis "Grado de ansiedad en pacientes niños atendidos por odontólogos practicantes en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y el Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y los factores que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental", hace referencia al manejo del paciente dental pediátrico en relación con el grado de ansiedad que presentan mientras se realizan los procedimientos odontológicos efectuados por los odontólogos practicantes, además de identificar los factores principales más comunes que modifican la conducta del niño en la clínica dental.

Estableció que, en una muestra tomada al azar de 35 niños de 7 a 12 años de edad de ambos sexos, revelaban niveles mínimos o normales de ansiedad dental. Este hallazgo tomó como referencia la prueba proyectiva del Dibujo de la Figura Humana de Kopitz.

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la observación directa no participante a los odontólogos practicantes, Carpio Galindo, determinó que estos comprendieron el manejo que se debe tener al momento de atender a un paciente niño. Es de mencionar que por el hecho de que los estudiantes estuvieron conscientes que estaban en la mira del observador, se pudo haber sesgado el estudio.

Otra conclusión a la que llega la autora de la tesis es que mientras más significativa sea la experiencia traumática para el paciente niño en una cita, su comportamiento tendrá las mismas características en la siguiente cita. Si la cita no fue percibida como agradable, la próxima será sentida como menos agradable.

En 2002 Cintia Verónica Ruiz Martínez en su trabajo de tesis de graduación de psicóloga en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC titulado “Manual de intervención en crisis para la clínica dental pediátrica”, hace un abordaje de las situaciones de crisis en la clínica dental y el diseño de un manual de uso preventivo y rehabilitatorio para los padres y profesionales con técnicas aplicables antes, durante y después del tratamiento dental, en pacientes pediátricos comprendidos entre los 6 meses y 8 años de edad. Tomó una muestra de 76 pacientes niños seleccionada por la variable de estar propensos a manifestar crisis y por el tiempo disponible del equipo de psicólogos practicantes, en la Fundación Pediátrica Guatemalteca durante 2001.

Concluyó que los seres humanos evitan las vivencias que causan displacer. Ruiz Martínez expresó en su investigación que los aspectos negativos de una experiencia pueden ser aprendidos a través de otros, no necesariamente haberlos vivido. Luego de haber estudiado a los menores concluyó que la visita a la clínica dental es considerada una experiencia negativa, habiendo tenido o no la vivencia de un procedimiento odontológico.

Ruiz Martínez destacó que los niños, principalmente los más pequeños, tienen un repertorio limitado de recursos para enfrentarse a la experiencia con el estomatólogo y que regularmente la asistencia a la clínica no es en forma voluntaria.

Según ella la ansiedad que lo desconocido provoca por naturaleza, unido a las “sensaciones molestas del instrumental” y materiales usados en los tratamientos dentales, produce un poderoso estímulo que hace a cualquier paciente, independientemente de su edad, huir o defenderse instintivamente. Por lo que llorar, gritar, pegar, golpear, morder y correr son algunos ejemplos de las reacciones que los pacientes de más corta edad presentan antes y durante un tratamiento dental.

Estas conductas no deseables, sigue explicando Ruiz Martínez, son denominadas conductas de crisis y necesitan ser abordadas profesionalmente por el psicólogo para disminuirlas, contrarrestarlas e incluso prevenirlas para futuras ocasiones.

La autora indica que la intervención en crisis es una herramienta profesional que hace uso de los recursos del paciente, instala nuevos recursos, busca determinar la o las causas de la crisis y devolver el autocontrol al paciente y que puede hacerse antes del tratamiento como medida preventiva, especialmente cuando el niño no tiene experiencias previas.

Para elegir las técnicas de intervención y el tiempo que deberá invertirse en ellas, continua Ruiz Martínez, es necesario conocer la información elemental del paciente como la edad, sexo, tratamiento a realizarse, conducta de crisis manifiesta, experiencias previas y la conducta de sus acompañantes o encargados.

De acuerdo al nivel bajo, medio o alto en que se considere la crisis del paciente al evaluar los datos, se pueden utilizar las técnicas de explicación, contrato de conductas, recompensas inmediatas, diplomas, cuentos, simulaciones, visitas guiadas, juego al aire libre, relajación, instigación física e instrucciones. El resultado positivo de la experiencia en la clínica dental, relata Ruiz Martínez, aumenta la probabilidad de que el paciente mantenga su buen comportamiento en otras intervenciones y en el largo plazo, establece la autora, que favorece la adquisición de hábitos de higiene bucal.

En abril de 2002, Rosaura Padilla Silva en su estudio de tesis ''Análisis comparativo del grado de ansiedad del paciente infantil y de los factores comunes que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental, al ser atendidos en las clínicas de Odontología del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la USAC, clínicas privadas de odontólogos pediatras y clínicas de Odontólogos Generales'', analizó tres estudios que midieron los niveles de ansiedad en pacientes pediátricos, por medio del “Test de Ansiedad Dental”, utilizando una prueba proyectiva de dibujo.

Esta publicación evidenció niveles de ansiedad elevada y ansiedad muy elevada, la cual aumenta o disminuye según la actitud que el profesional adquiera al momento de realizar el tratamiento dental. Indica también que el entorno o ambiente de la clínica, así como la sala de espera y el área de trabajo influye en el comportamiento del niño.

Padilla Silva puntualiza que existe una relación directa entre la edad a la que el niño ha sido sometido al tratamiento dental y el nivel de ansiedad que manifiesta a dicho tratamiento, el que es modificado por la cantidad y calidad de las experiencias previas con otros profesionales relacionados con las ciencias médicas, específicamente con el pediatra. Este hallazgo coincide con el de Mario Roberto Fagiani Aguilar en un estudio de tesis “Tratamientos odontológicos mediante el uso de óxido nitroso” elaborado en la Facultad de Odontología de la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, cuando concluyó que gran parte de la ansiedad que sufren los pacientes dentales es anticipatoria por estar condicionada con tratamientos odontológicos traumatizantes anteriores. Finalizó diciendo que el primer paso para reducir la ansiedad dental consiste en eliminar los temores del paciente a lo desconocido mediante la información.

Asimismo, Fagiani Aguilar (1995) concluyó que el grado de ansiedad varía de acuerdo al tratamiento que el paciente dental pediátrico recibió en la clínica, incluidos “la consulta”, operatoria dental, exodoncia, endodoncia, prevención y otros. Con respecto a esto, Padilla Silva dedujo que estas pueden ser las causas por las que, en la práctica, los niños presentan mayor grado de ansiedad en relación con los que han asistido con menor frecuencia a la clínica dental, aunque en el estudio realizado los tratamientos que prevalecieron fueron los de endodoncia, considerados como los más traumáticos en la clínica dental pediátrica.

Fagiani Aguilar analizó en el mismo trabajo de tesis la actitud del estudiante, el odontólogo general y el odontopediatra frente al niño, sin embargo, no consideró la ansiedad del operador como contraparte influyente en la consulta del paciente dental pediátrico.

En 1993, Blanca Mónica Prahl Mendoza en su tesis "La ansiedad hacia el tratamiento dental en el niño guatemalteco" identificó que la experticia del personal odontológico incide directamente en la ansiedad del niño hacia el tratamiento dental.

Estableció que los niños que son atendidos por el personal odontológico que tiene conocimiento de su labor y que posee más experiencia, presentan menos ansiedad ante el tratamiento.

1.4 Revisión de literatura

1.4.1 Sistema estomatognático

El aparato estomatognático “está contenido en la parte superior del cuerpo humano, localizado en el área cérvico-craneofacial a partir de la cintura toraco-escapular, la cual constituye su base y límite inferior; a su vez contiene otras estructuras anatómico-funcionales muy importantes como la faringe, la laringe, el encéfalo y los órganos de los sentidos, incluidos el del equilibrio y el de orientación, con todos los cuales establece relaciones muy precisas e importantes” (Barreto, 1999).

Anatómicamente se encuentra perfectamente delimitado por adelante de las apófisis mastoides, por abajo de los agujeros infraorbitarios y por arriba del hueso hioides. Sus componentes principales son los dientes (que son la herramienta de trabajo en la masticación), el sistema de soporte de los dientes (cemento radicular, hueso alveolar, ligamento periodontal y encía), la mucosa oral, la lengua, la articulación temporo-mandibular (ATM) que permite realizar los movimientos mandibulares y el sistema neuromuscular que aporta la energía necesaria para dar movimiento a la ATM.

Al exponer que el sistema estomatognático significa una organización compleja, se señala el hecho de que es un conjunto de unidades vinculadas íntimamente entre sí, con propiedades distintas a las que poseen sus componentes de forma aislada, los que colectivamente interaccionan y realizan las funciones correspondientes, siguiendo las instrucciones organizadas, sincronizadas y coordinadas del sistema nervioso central y periférico.

En consecuencia, el sistema estomatognático es la unidad morfo-funcional en la que las piezas dentarias, sus ligamentos y sus estructuras de soporte; los huesos maxilares superior e inferior y otros huesos del cráneo y la cara; el sistema muscular de la cabeza y del cuello; la articulación temporo-mandibular; las mucosas, el sistema vascular, nervioso y linfático correspondientes a todos estos tejidos, realizan sus funciones de forma integrada.

Así mismo, el sistema estomatognático es un sistema abierto que afecta regiones más o menos alejadas que influyen sobre él. Sus fronteras van más allá de sus límites. Sus componentes:

> "lo integran al sistema digestivo, respiratorio fonológico y de expresión estético-facial y con los sentidos del gusto, del tacto, del equilibrio y de la orientación para desarrollar las funciones de succión, digestión oral (que comprende la masticación, la salivación, la degustación y la degradación inicial de los hidratos de carbono); deglución, comunicación verbal (que se integra, entre otras acciones, por la modulación fonológica, la articulación de los sonidos, el habla, el silbido y el deseo); sexualidad oral (que incluye la sonrisa, la risa, la gesticulación bucofacial, el beso, entre otras manifestaciones estético-afectivas); respiración alterna y defensa vital, integrada por la tos, la expectoración, el estornudo, el bostezo, el suspiro, la exhalación y el vómito, esenciales para la supervivencia del individuo" (Barreto, 1999).

El sistema estomatognático está constituido por un conjunto heterogéneo de tejidos y órganos: las estructuras blandas, las estructuras duras y la articulación temporo-mandibular (ATM). En el primer grupo se encuentran los labios, mucosa oral, lengua, piso de la boca, encía, orofaringe, velo del paladar, amígdalas, glándulas salivares, frenillos, ganglios linfáticos, músculos, nervios y tejido vascular. Las estructuras duras corresponden al hueso maxilar superior, maxilar inferior, huesos palatinos y las piezas dentarias propiamente dichas.

Beszkin, Losoviz, y Zielinsky (2005) indican que desde el punto de vista funcional se distinguen las estructuras pasivas o estáticas, las estructuras activas o dinámicas y las estructuras anexas. Las estructuras pasivas están integradas

por los huesos maxilar superior e inferior (con sus respectivos arcos dentarios), los que se relacionan entre sí por acción de la ATM. Según Beszkin y colaboradores se debería incluir al hueso hioides “y ciertos huesos craneales que corresponden en conjunto a estructuras sin motricidad propia”.

Más adelante explican estos investigadores, que “las estructuras activas están integradas por los músculos esqueléticos y sus respectivas inervaciones, los que ejercen los movimientos en el sistema estomatognático. Indican que las estructuras anexas corresponden a las glándulas salivares, los componentes vasculares y linfáticos asociados.” (Beszkin, Losoviz, & Zielinsky, 2005)

El complejo integrado por el periodonto, el alveolo dentario y el diente es una unidad biológica estructural y funcional que está unido con las estructuras adyacentes, entre las que se encuentran los huesos maxilares, los músculos, ATM, el sistema vascular y el sistema nervioso.

El periodonto es el tejido de protección y sostén del diente.

“En el periodonto se alojan los mecanorreceptores. A través de las vías aferentes (axones) la información se transmite a los cuerpos neuronales ubicados en el núcleo mesencefálico del Trigémino y en el Ganglio de Gasser” (Beszkin, Losoviz, & Zielinsky, 2005) acción con la cual se tiene una representación psíquica de la actividad del sistema estomatognático en el cerebro.

El hueso alveolar es la parte del maxilar y mandíbula que forma los alvéolos dentarios. El hueso alveolar propiamente dicho forma la pared interna de los alvéolos.

Las piezas dentarias están sostenidas por el hueso alveolar. La estructura del hueso alveolar depende de la estimulación que reciba para conservar su función.

1.4.2 Embriología del desarrollo dentario

Los tejidos orgánicos están constituidos por:

- Tejido epitelial,
- Tejido conjuntivo,
- Tejido nervioso y
- Tejido muscular,

los cuales se originan del ectodermo, mesodermo y endodermo a partir de la unión del gameto masculino con el femenino.

Inicialmente del mesodermo se forma una estructura central y a lo largo de la línea media llamada notocordio; el ectodermo se pliega en la línea media del mesodermo para formar la fosa neural, la cresta neural y el tubo neural. Del mesodermo se origina gran parte del tejido conjuntivo, una parte proviene de las células originadas en la cresta neural, a la vez la cresta se forma del ectodermo. El tejido pulpar (nervio de la pieza dentaria) es tejido conjuntivo que proviene del mesodermo y del ectodermo por lo tanto se dice que se origina del ectomesénquima.

Más adelante en el desarrollo embrionario de los pliegues que se observan en el tubo neural, se origina la mayor parte del tejido nervioso, el intestino primitivo anterior, el intestino primitivo medio y el intestino medio posterior. La parte anterior del tubo neural es el prosencéfalo a partir del cual se originará el cerebro. Entre el prosencéfalo y el intestino primitivo anterior se forma una fosa –la cavidad oral primitiva o estomatodeum-, en cuyo fondo se encuentra la membrana bucofaríngea. El estomatodeum está forrado en su totalidad por el ectodermo.

El tejido conjuntivo es el que le da sostén al organismo, se origina del tejido embrionario mesénquima del mesodermo y del ectomesénquima. Del tejido conectivo se origina la dentina la cual es sólida y dura.

“La cavidad bucal primitiva que es una fosa o depresión formada en el embrión humano, se pone en contacto con el intestino anterior a las tres semanas de vida intrauterina, al romperse la membrana bucofaríngea. Esta membrana está formada por dos capas de epitelio, el ectodermo y endodermo” (Marroquín Ziese, 2002).

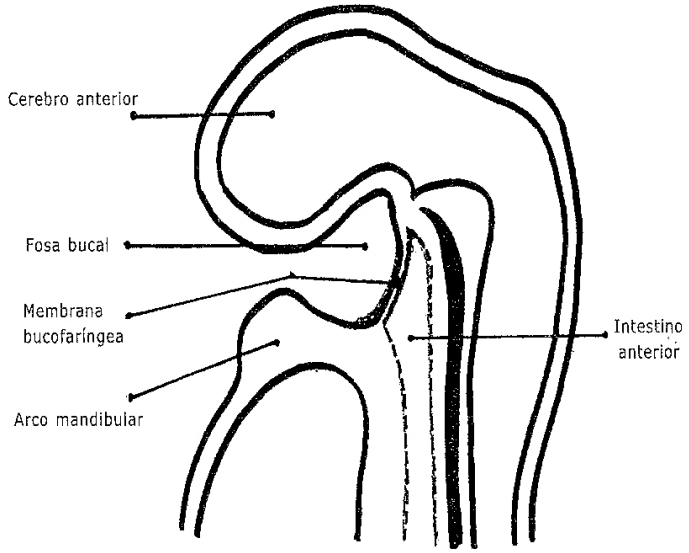


Figura 1. Embrión humano de 3mm de longitud (Marroquín Ziese, 2002, pág. 41).

La odontogénesis consiste en un proceso continuo y complejo de la formación de las piezas dentarias primarias, deciduas o temporales y las permanentes. Al estudio de los procesos involucrados se le denomina embriología dentaria.

"El primer signo de un diente humano se observa a la sexta semana de vida intrauterina cuando el embrión tiene 11 mm aproximadamente de longitud (…) dando lugar a un engrosamiento del epitelio en forma de herradura" (Marroquín Ziese, 2002, pág. 42) en el lugar en el que se formarán los arcos dentarios del maxilar superior e inferior. Estas estructuras son llamadas láminas dentarias siendo esta "una banda o listón engrosado en el epitelio; que es de origen ectodérmico". (Marroquín Ziese, 2002, pág. 42)

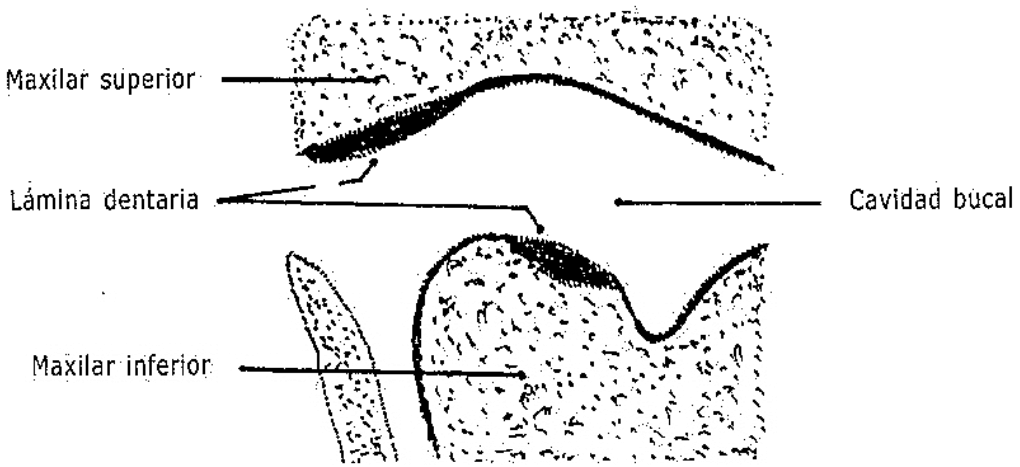


Figura 2. Lámina dentaria de un embrión humano de 11mm de longitud. Sexta semana de vida intrauterina (Marroquín Ziese, 2002, pág. 42).

La odontogénesis consta de dos fases. La primera se refiere a la morfogénesis o morfodiferenciación, la cual consiste en el proceso de formación del patrón que constituirá la corona del diente y luego, la formación del patrón que formará la raíz dentaria. La otra fase es la histogénesis o citodiferenciación, “en esta fase ocurre el proceso de formación de los tejidos dentarios: el esmalte, la dentina y la pulpa a partir de los patrones de la corona y la raíz” (Histologia Bucodentaria: Embriología Dentaria, 2014).

Ambas fases se llevan a cabo al mismo tiempo y de manera continuada siendo el proceso de formación del patrón de la corona dentaria, uno de los procesos más complejos de la odontogénesis. La formación del patrón coronario se da igualmente por etapas.

1.4.2.1 Estadio de brote o yema

Producto de la proliferación de las células de la lámina dentaria, el germen dentario está constituido por células periféricas cuboides y células centrales o internas poligonales. El primordio o germen dentario es una agregación de células en diferenciación para constituir el futuro diente. “Estas células derivan del ectodermo del primer arco branquial y del ectomesénquima de la cresta neural. El primordio dentario se organiza en tres zonas: el órgano del esmalte, la papilla dentaria y el saco dentario.” (Ten Cate, 1998, pág. 81) Los “primordios” de las piezas dentarias, conocidas como yemas o brotes dentarios, son los que “formarán

los gérmenes de la dentición primaria, 10 en la lámina superior y 10 en la lámina inferior” (Marroquín Ziese, 2002, pág. 43)

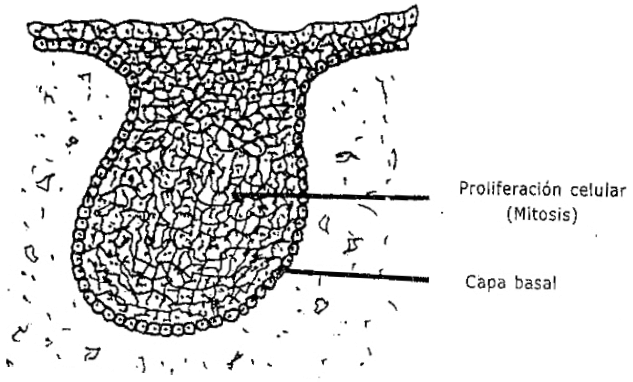


Figura 3. Etapa de brote o yema dentaria (Marroquín Ziese, 2002, pág. 43).

1.4.2.2 Estadio de casquete o gorro

Hacia la novena semana de desarrollo embrionario los primordios o brotes crecen en sus caras laterales y continúan proliferando de forma asimétrica o esferoidal que semeja un gorro, formando una nueva estructura denominada gorro o casquete.

En este estadio el germen dentario está constituido por el órgano del esmalte de origen ectodérmico, que dará origen al esmalte dentario, conformado por: epitelio dental externo, epitelio dental interno y el retículo estrellado.

La papila dentaria es una estructura y una condensación de origen ectomesenquimatoso, que se ubica por debajo del Órgano del Esmalte y que dará origen al complejo dentino-pulpar. Es simultánea a la formación del órgano dental epitelial. “La papila dentaria es el órgano formador de la dentina y primordio de la pulpa” (Marroquín Ziese, 2002, pág. 44). Simultáneo a este proceso ocurre una condensación marginal del mesénquima que rodea a todas estas estructuras, “el folículo dentario o “saco dentario, formador del cemento radicular y ligamento periodontal” (Marroquín Ziese, 2002, pág. 44), “que dará origen a los tejidos de soporte del diente (periodonto de inserción)” (Histologia Bucodentaria: Embriología Dentaria, 2014)

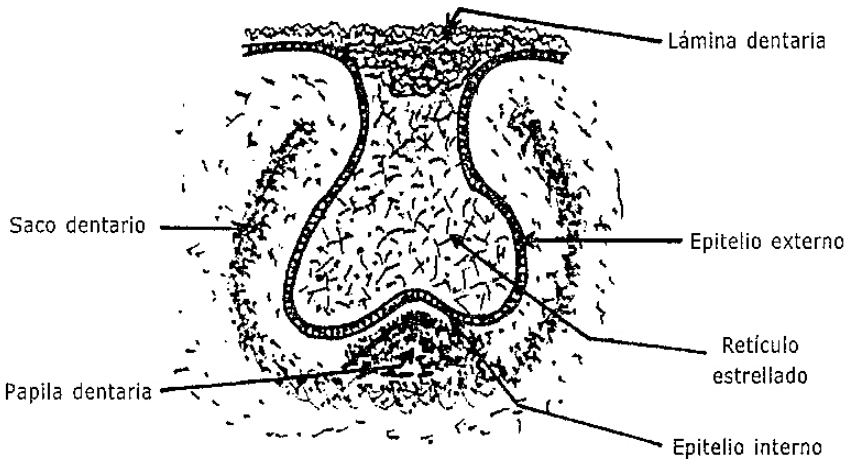


Figura 4. Etapa de gorro o casquete (Marroquín Ziese, 2002, pág. 44).

1.4.2.3 Estadio de campana inicial

Esta etapa se inicia alrededor de las 14 – 18 semanas de vida intrauterina y en ella se denotan cambios importantes en la estructura del germen dentario, tales como la conformación de la morfología coronaria, aparición de nuevas capas, aparición del brote del germen dentario del diente permanente. Aunado a esto se inician los cambios que se corresponden con el inicio de la citodiferenciación. En este estadio se observan las siguientes estructuras en el germen dentario:

1. Órgano del esmalte, órgano dental u órgano dentario
2. Epitelio dental externo.
3. Retículo estrellado.
4. Estrato intermedio.
5. Epitelio dental interno.
6. Asas cervicales.
7. Membrana basal.
8. Papila dentaria
9. Saco o Folículo dentario:
10. Capa celulo-vascular.
11. Capa fibrilar.

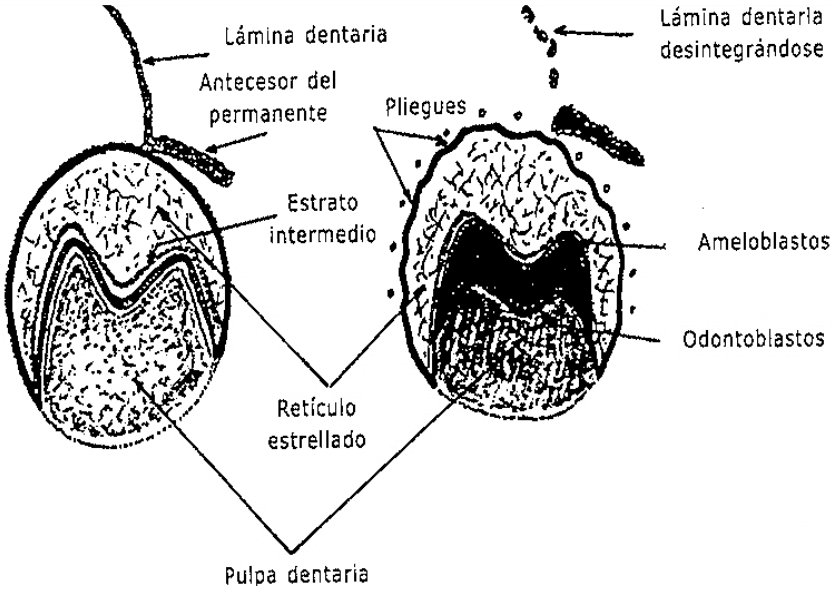


Figura 5. Etapa de campana (Marroquín Ziese, 2002, pág. 45).

"La lámina dentaria por su parte, ha ido desintegrándose en la región entre el epitelio oral y el órgano dentario por invaginación de la mesénquima circundante. Antes de desintegrarse por completo, prolifera en su extremidad más profunda (más lingual) para originar el órgano dentario del sucesor permanente." (Marroquín Ziese, 2002, pág. 46)

La cronología y función de la lámina dentaria puede considerarse en tres fases.

Primera fase

En esta fase inicia la formación de toda la dentición primaria o temporal, en el segundo mes de vida intrauterina.

Segunda fase

Hacia el quinto mes de vida intrauterina hasta el décimo mes de vida, se da un proceso continuo de inicio de la formación de las piezas dentarias permanentes, que sustituirán a las piezas primarias, "precedida por el crecimiento de la lámina dentaria de cada [diente]. temporal en forma de pedículo, hacia el lado lingual o profundo del germen" (Marroquín Ziese, 2002, pág. 46).

Tercera fase

Inicio de la formación de las primeras, segundas y terceras molares permanentes, la cual es precedida por una prolongación de la lámina dentaria

distal al órgano dentario de la segunda molar temporal, en el cuarto mes de vida intrauterina hasta los cuatro o cinco meses de edad.

1.4.2.4 Estadio de campana avanzada

Esta constituye la última etapa en el proceso de morfodiferenciación coronario y en este estadio logra evidenciarse el proceso de citodiferenciación (diferenciación de odontoblastos y ameloblastos) y por consecuencia el inicio de formación de los tejidos duros del diente. En este momento los cambios visibles presentes en el germen dentario son importantes, quedando constituido de la siguiente forma:

> "El órgano del esmalte se reduce a nivel de los bordes incisales o en las zonas donde estarán las futuras cúspides en el caso de los dientes posteriores, convirtiéndose en una estructura semejante a un epitelio, de allí a que su nombre cambie a Epitelio Reducido del Órgano del Esmalte.
>
> A nivel del tercio medio del germen dentario se mantiene el Retículo Estrellado y el Epitelio Dental Externo. A nivel de la unión entre el Epitelio Dental Interno y el Epitelio Dental Externo se iniciará la formación del patrón radicular, por lo que la estructura que fue llamada en el estadio anterior Asa Cervical pasa a ser Vaina Radicular de Hertwing. Inicia la aposición de Esmalte a nivel del borde incisal y se continúa hasta llegar a cervical, paralelo al esmalte dentario se observa la Dentina y la predentina; entre ambos se inicia la formación de la conexión amelodentinaria. En íntima relación al esmalte y unido al Epitelio Reducido del Órgano del Esmalte se observan los Ameloblastos secretores". (Histologia Bucodentaria: Embriología Dentaria, 2014).

Marroquín Ziese señala que a nivel de la Papila Dentaria y en íntimo contacto con la predentina se observan los odontoblastos secretores. La papila dentaria deja de llamarse así y se le denomina pulpa dentaria.

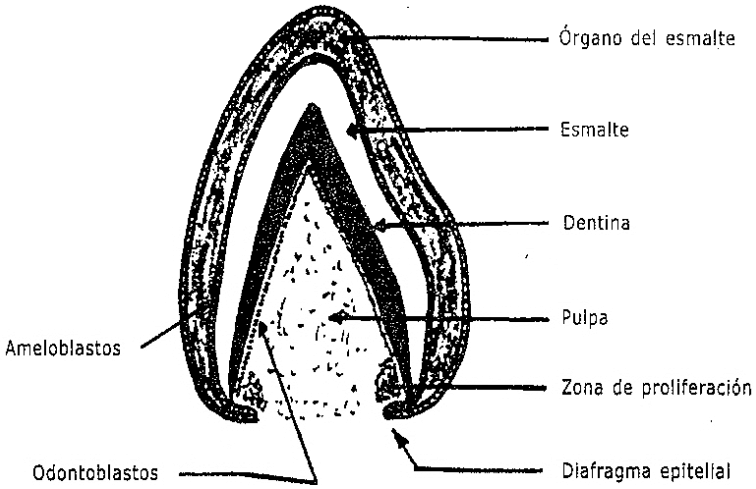


Figura 6. Formación del esmalte, dentina y raíz (Marroquín Ziese, 2002, pág. 47).

De manera sucesiva y continua, explica Marroquín, se van formando capas de matriz de dentina y esmalte. El esmalte termina de formarse al completar el espesor y la forma de la corona dentaria. La dentina se formará durante toda la vida, para ello es condición necesaria la vitalidad pulpar y que los odontoblastos no sufran daños irreversibles (Marroquín Ziese, 2002, pág. 46). Más adelante señala que la formación de la raíz dentaria comienza después de que la corona del diente esté formada, es decir luego de que la formación del esmalte y la dentina se han completado hasta la unión del cemento y del esmalte.

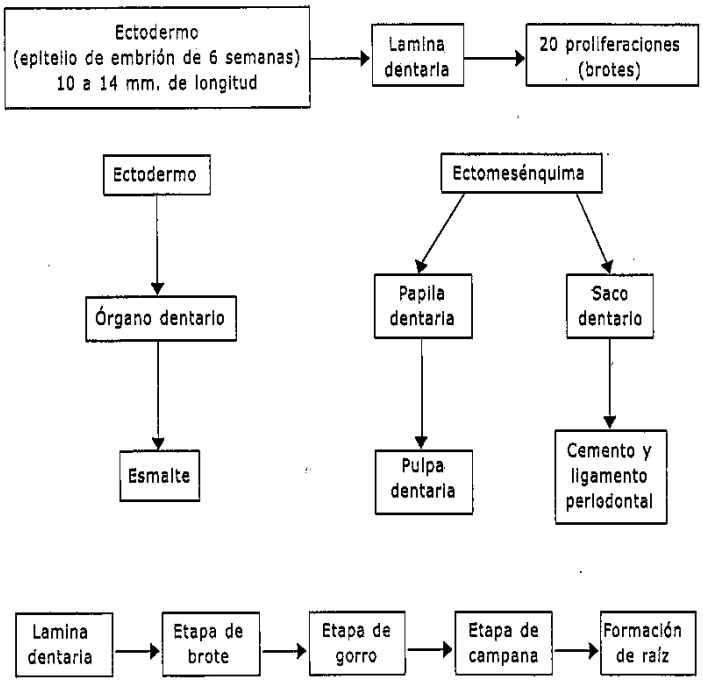


Figura 7. Embriología dentaria (Marroquín Ziese, 2002, pág. 49).

En el proceso de formación radicular el órgano pulpar o pulpa dentaria se forma a partir del mesénquima, exactamente del ectomesénquima, cuyo contenido predominante son las células y elementos fibrosos del tejido conjuntivo laxo.

La pulpa forma y produce dentina, la nutre (por medio de las prolongaciones citoplasmáticas de los odontoblastos); contiene fibras nerviosas sensoriales y motoras. Las sensoriales transmiten los impulsos dolorosos responsables de la sensibilidad pulpar y dentaria. La función principal se supone es el inicio de los reflejos para el control de la circulación pulpar. Las fibras motoras complementan el arco reflejo al contraer o dilatar los músculos de los vasos sanguíneos.

La función defensiva depende del estímulo o de la intensidad del irritante, la pulpa presenta reacciones de defensa formando dentina reparativa o reacciones inflamatorias o inmunológicas.

El riego sanguíneo de la pulpa está controlado por impulsos nerviosos y agentes humorales, mediada por pequeños músculos situados en las paredes de las arteriolas y vénulas que la integran, suplidas con inervación sensorial y motora. La adrenalina, liberada en la médula adrenérgica causa vasoconstricción y la acetilcolina vasodilatación. Se supone que la histamina liberada por los mastocitos tiene funciones relacionadas con la permeabilidad capilar.

Las fibras nerviosas penetran a la pulpa a través del foramen apical asociadas con los vasos sanguíneos del área dentro de una vaina colágena llamada paquete neurovascular o vásculo-nervioso.

Las fibras mielínicas pierden la vaina de mielina entrando en el conducto radicular como terminaciones nerviosas libres. La inervación pulpar proviene de las fibras sensoriales y las autonómicas. Las primeras son del tipo A, es decir con vaina de mielina y del tipo C sin vaina de mielina. Las fibras autonómicas son simpáticas, es decir sin mielina.

Las fibras A y C se originan del nervio trigémino mientras que las simpáticas, del ganglio cervical superior. El dolor percibido de las fibras mielínicas (fibras A) es de tipo agudo-lancinante y localizado; el dolor experimentado de las fibras amilelínicas es dolor sordo-quemante, difuso e irradiado. Se ha observado que las fibras mielínicas son más numerosas en piezas dentarias jóvenes.

Las piezas dentarias son sensibles al calor y al frío. La teoría más aceptada con respecto al dolor dentario es la hidrodinámica propuesta en 1963 por Brannstrom en la que se establece que las fibras mielínicas son las que más responden a las fuerzas hidrodinámicas de la dentina. Se ha observado que en presencia de pus y sus fluidos aumenta el dolor dentario. Esto se explica por el aumento de la presión ejercida sobre las fibras nerviosas.

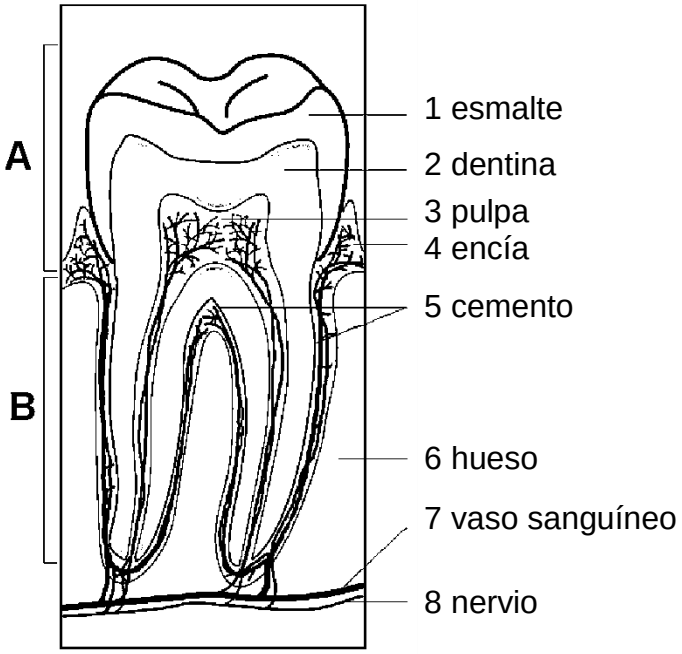


Figura 8. Estructura dentaria sometida a desarrollo (Colaboradores de Wikipedia, 2006).

1.4.3 Cronología de la erupción dentaria

Como se ha dicho los dientes de leche o deciduos o primarios se forman en su mayor parte durante el desarrollo fetal iniciando “entre la sexta y octava semana de vida intrauterina. La dentición permanente en la vigésima semana” (Ten Cate, 1998, págs. 93-95).

La erupción dentaria es un proceso complejo que se define como el momento en que la pieza dentaria sobresale de la encía y es visible en el medio oral; se da en tres fases. La primera es conocida como el estadio de la dentición primaria y ocurre cuando los dientes primarios son visibles. Cuando el primer diente primario sale existen en la boca dientes primarios y permanentes completando el segundo estadio llamado dentición mixta. Luego de haberse

perdido el último diente temporal se dice que se está en el tercer estadio conocido como dentición permanente.

“La dentición primaria comienza con la aparición del incisivo central mandibular, usualmente a los ocho meses, y acaba con el primer molar permanente, típicamente a los seis años” (Porto, 2013). “La dentición primaria suele originarse en este orden: primero, el incisivo central; segundo, el incisivo lateral; tercero, el canino; cuarto, el segundo molar” (Ash & Nelson, 2003, págs. 32-53).

Como norma general, cada seis meses salen cuatro dientes nuevos; los dientes mandibulares se originan antes que los maxilares: y salen antes en mujeres que en varones. Durante la fase de dentición decidua, los primordios de dientes permanentes se desarrollan bajo los primeros, cerca del paladar o de la lengua.

> “La dentición mixta comienza con la aparición del primer molar permanente, generalmente a los seis años de edad” (Colaboradores de Wikipedia, 2006) Existe una cronología eruptiva diferenciada dependiendo de si se trata de la mandíbula o del maxilar. “Los dientes maxilares erupcionan generalmente siguiendo este orden: primero, el primer molar; segundo, el incisivo central; tercero, el incisivo lateral; cuarto, el primer premolar; quinto, el segundo premolar; sexto, el canino; séptimo, el segundo molar; y octavo, el tercer molar" (Dentición, 2006).

En cambio, los correspondientes al maxilar inferior lo hacen en este orden: “primero, el primer molar; segundo, el incisivo central; tercero, el incisivo lateral; cuarto, el canino: quinto, el primer premolar: sexto, el segundo premolar; séptimo, el segundo molar; y octavo, el tercer molar” (Goldenberg, 2012).

Puesto que no hay premolares en la dentición temporal, los molares temporales son reemplazados por premolares permanentes (Rosales, 2013). “Si el diente definitivo sale antes de que el de leche caiga, puede existir un déficit de espacio que provoque desarreglos en su disposición espacial” (Colaboradores de Wikipedia, 2006) por ejemplo, puede suceder una maloclusión, que puede ser corregida mediante ortodoncia.

La dentición permanente comienza cuando cae el último diente primario, a los once o doce años, y termina cuando el individuo pierde todos sus dientes (paciente edéntulo). Durante este estadio, las terceras molares, llamadas "muelas del juicio", son frecuentemente extraídos por cirugía debido a la frecuencia de patologías. “La caída de los dientes está relacionada, principalmente, con la enfermedad periodontal” (Colaboradores de Wikipedia, 2006), en adultos.

Tabla 1

Cronología del desarrollo dentario en humanos

Dentición decidua	Incisivo central	Incisivo lateral	Canino	Primer molar	Segundo molar
Dientes maxilares					
Mineralización inicial	14 s	16 s	17 s	15.5 s	19 s
Corona desarrollada	1.5 m	2.5 m	9 m	6 m	11 m
Raíz desarrollada	1.5 a	2 a	3.25 a	2.5 a	3 a
Dientes mandibulares					
Mineralización inicial	14 s	16 s	17 s	15.5 s	18 s
Corona desarrollada	2.5 m	3 m	9 m	5.5 m	10 m
Raíz desarrollada	1.5 a	1.5 a	3.25 a	2.5 a	3 a

Dentición permanente	Incisivo central	Incisivo lateral	Canino	Primer premolar	Segundo premolar	Primer molar	Segundo molar	Tercer molar
Dientes maxilares								
Mineralización inicial	3–4 m	10–12 m	4–5 m	1.5–1.75 a	2–2.25 a	al nacer	2.5–3 a	7–9 a
Corona desarrollada	4–5 a	4–5 a	6–7 a	5–6 a	6–7 a	2.5–3 a	7–8 a	12–16 a
Raíz desarrollada	10 a	11 a	13–15 a	12–13 a	12–14 a	9–10 a	14–16 a	18–25 a
Dientes mandibulares								
Mineralización inicial	3–4 m	3–4 m	4–5 m	1.5–2 a	2.25–2.5 a	al nacer	2.5–3 a	8–10 a
Corona desarrollada	4–5 a	4–5 a	6–7 a	5–6 a	6–7 a	2.5–3 a	7–8 a	12–16 a
Raíz desarrollada	9 a	10 a	12–14 a	12–13 a	13–14 a	9–10 a	14–15 a	18–25 a

Los datos referentes a la calcificación de los dientes deciduos están en semanas de desarrollo uterino. Abreviaturas: s = semanas; m = meses; a = años (Colaboradores de Wikipedia, 2006).

1.4.4 Estrés, miedo y ansiedad en la clínica dental

Las personas con hábitos bucales como morderse los labios, las uñas o la lengua, apretar o frotar los dientes, están procurando eliminar la tensión producida por el estrés y las presiones de la cotidianidad. La vida moderna con sus intensos y vastos estresores y disparadores, frustra a la persona que busca una vida tranquila; por eso sus hábitos bucales son una muestra de sus tentativas de reducir esas tensiones. El exceso de las fuerzas de la oclusión generadas por los músculos de la masticación debidas a las frustraciones de cualquier naturaleza a lo largo de la vida incluida la vida espiritual, la maloclusión, el bruxismo, la atrición, la onicofagia, el chupeteo del pulgar, las fijaciones orales y anales, son algunos ejemplos de la liberación del exceso de energía psíquica a nivel inconsciente que no se ha logrado tramitar capaz de manifestarse como ansiedad y miedo, los que remiten al inicio del desarrollo evolutivo de la psiquis y de la personalidad y la utilización de mecanismos de defensa arcaicos y primitivos que se activan mientras la persona es doblegada, intimidada y vinculada al tratamiento odontológico.

En términos muy generales al referirse al estrés se hace referencia a una situación; la ansiedad corresponde a la reacción de los sucesos estresantes; la angustia hace alusión a expresiones y manifestaciones físicas, en la ansiedad predominan los síntomas psíquicos. En la actualidad suelen usarse indistintamente los términos ansiedad y angustia.

También al hablar de estrés se hace referencia a una condición derivada del cansancio mental debido a exigencias que rebasan la capacidad del individuo capaz de producir problemas físicos y mentales. El término estrés asimismo se utiliza para denominar una serie de alteraciones producidas en el organismo como respuesta a estímulos repetidos.

La boca como probó Freud, es un área que soporta zonas de tensión y liberación como lo son el placer y dispacer en el inicio de la vida. Durante estos periodos de estrés se estimula el sistema nervioso simpático el que libera epinefrina (adrenalina) para preparar a la persona para la acción, o sea para luchar o para huir por la percepción de la amenaza real o imaginaria percibida con lo que

se recurre a hábitos bucales como morderse los labios, las uñas o la lengua, apretar o frotar los dientes, están procurando eliminar la tensión producida por el estrés y las presiones de la cotidianidad con el fin de liberar las tensiones y subsistir de la mejor manera posible y en concordancia a los recursos internos de la persona, procurando mantener un equilibrio entre sí misma y sus circunstancias de vida.

El miedo y la ansiedad ante el dolor, el trabajo que realiza el odontólogo y al equipo odontológico son señalados por los pacientes como un motivo para no acudir de forma regular al dentista, lo que dificulta la atención odontológica de un gran número de pacientes, incluso puede llegar a impedir el tratamiento dental de algunos individuos y acelerar el deterioro de las estructuras bucales disminuyendo el desarrollo personal, la calidad en el estilo de vida y en la autoestima.

De acuerdo a la opinión de los expertos de la odontología el primer contacto de la persona con el ambiente de la clínica dental y su exposición al instrumental mencionado produce aumento en el estado de ansiedad, estrés, inseguridad y miedo, que dependiendo de la estructura de la personalidad y características ambientales pueden motivar la exacerbación de los trastornos de ansiedad, el trauma psicológico y las condiciones para la creación de un trauma complejo, entre otros, que inciden en la activación de procesos inconscientes para aliviar la ansiedad que surge del instinto de conservación de la vida. Este mecanismo mediatiza la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante la amenaza externa que representa el odontólogo al realizar su trabajo.

“La ansiedad y los miedos dentales, desde la perspectiva conductual, se deben considerar como patrones multidimensionales y aprendidos de comportamiento que resultan desadaptativos en relación al tratamiento odontológico” (Navarro Hieden & Ramírez Henderson, 1996). En el desarrollo de estos comportamientos intervienen múltiples causas y factores, por lo que el origen de la ansiedad y el miedo a la atención dental tiene muchos factores intervinientes.

Se ha observado que la huida, evasión, resistencia y deserción en relación con el tratamiento dental se debe en la mayoría de casos a la ansiedad que se

produce durante el tratamiento dentario la cual es el factor común en niños y adultos, hombres y mujeres en todas las culturas.

Muchos pacientes alrededor del mundo sufren de ansiedad relacionada al ambiente dental y a tratamientos dentales específicos y es un reto mayor en el suministro de atención dental. En este contexto “la ansiedad es un estado emocional que ayuda a las personas a defenderse de una variedad de amenazas y los desórdenes de la ansiedad son una desregulación de estos mecanismos defensivos normales, bien sea con respuestas excesivas o deficientes” (Marks & Nesse, 1994).

En una situación odontológica la persona se siente abrumada y rebasada en su capacidad de respuesta, por el profesional de la odontología. Las fantasías que elabora el paciente para defenderse de la agresión que supone, representan la huella en el psiquismo de situaciones traumáticas previas cuyas experiencias han sido excluidas de la consciencia y olvidadas. Y sin embargo condicionan las posteriores respuestas de la persona.

El trabajo profesional del odontólogo al final del tratamiento, satisface la necesidad básica de alimentar el organismo y contribuye a aumentar la autoestima al contribuir con el vencimiento de la ansiedad social que provoca la pérdida de dientes, las caries en las piezas dentarias, el uso de prótesis antiestéticas en adultos y problemas periodontales.

El proceso del tratamiento dental y en el de rehabilitación oral en consecuencia, favorecen el aumento de la energía vital, el empuje, la seguridad y la confianza en la persona y en el mundo, al eliminar los obstáculos y barreras para nutrir el organismo y obtener el bienestar psíquico general que invariablemente remite a la salud física y mental, a la armonía entre el cuerpo y el alma, integrando el mundo interno con el mundo externo.

Esencialmente los dientes simbolizan en la fase oral sádica devorar, triturar, comer y tragar el objeto por fragmentación (Freud) para liberar las pulsiones libidinales que hacia él se dirigen. De acuerdo a Melanie Klein este proceso constituye la posición esquizo-paranoide de la formación del núcleo del yo, en la que el sujeto interioriza íntegramente el pecho gratificador para el establecimiento

primario adecuado y posterior de la personalidad, lo cual se expondrá más adelante.

Empíricamente se ha observado que existe una correlación entre la asistencia a la clínica dental, su continuidad, la conclusión del proceso de restauración dentaria y la salud mental. Este hecho puede explicarse al observar que las personas que tienen menos consciencia y menos control sobre sí mismas exhiben durante el proceso de rehabilitación bucal la manifestación de una amplia gama de mecanismos de defensa físicos, cognitivos, conductuales y emocionales que interfieren directamente en la percepción del trabajo odontológico en el imaginario y en la subjetividad, que al ser interpretados promueven en la persona una verdadera amenaza al yo y la consiguiente vigorización de la ansiedad persecutoria, la que promueve una deflación de la energía libidinal y agresiva retenida y reprimida y la expresión incontrolable e inminente de los mecanismos de defensa.

La idea central del odontólogo en la práctica clínica consiste en proveer al final del proceso de recuperación bucal, la salud del sistema estomatognático que al final procurará el bienestar y el fortalecimiento de la autoestima para que el paciente realice adecuadamente las funciones masticatorias que al final del proceso se constituirá como la puerta de entrada y la vía exclusiva para la producción de energía para mantener la vida psíquica.

Sin embargo, en el interés y en el esmero de proveer un tratamiento dental técnicamente elaborado, el cirujano dentista deja por alto la humanidad del paciente que tiene ante sí y lejos de facilitar una vida más integral en el paciente es capaz de darle continuidad a las ansiedades y miedos interiorizados en él desde el nacimiento, los que se expresan en inseguridad sobre sí mismo y en el ambiente en el cual se desarrolla, con lo cual se potencian las insatisfacciones libidinales. Al quedar la persona desprotegida queda vulnerada e incapaz de neutralizar la agresividad, ansiedad y miedo, y limitada en la expresión de los valores personales y en el fomento de la espiritualidad.

A esto se suman las pulsiones propias de la fase oral y los mecanismos de defensa mencionados con anterioridad, que incrementan las fantasías terroríficas,

las que favorecen las regresiones a las fases pregenitales, es decir la fase oral y anal; a la ansiedad y a la activación del trauma.

Dada la alta prevalencia de la ansiedad dental en la clínica dental es de esperarse que los pacientes con ansiedad eviten las visitas al estomatólogo. Sólo una minoría de los pacientes indica no tener ansiedad relacionada al ambiente dental.

> “En la etiología de la ansiedad dental se encuentran las características de personalidad, el miedo al dolor, experiencias dentales traumáticas pasadas, particularmente en la infancia (experiencias condicionantes), la influencia de familiares o pares dentalmente ansiosos que despiertan temor en una persona (aprendizaje vicario), miedo a la sangre y heridas” (Eli, Nir, Blumensohn, & Baht, 2004)

En un estudio realizado por Aguilera y Osorio (2002) sobre las causas y consecuencias del miedo en situaciones odontológicas llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Los factores causantes y sus consecuencias son variados, pero “los más relacionados son la conducta miedosa aprendida del modelo familiar o su entorno”.
2. El sexo femenino parece experimentar mayor miedo y ansiedad, aunque existen estudios que no encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres.
3. Los niños y jóvenes son más ansiosos y miedosos.
4. Las experiencias desagradables previas, especialmente durante la infancia; existen variaciones por etnias, aunque esto es difícil de valorar por las diferencias entre culturas y costumbres.
5. Los factores socioeconómicos también parecen influir, sobre todo los factores sociales (familias rotas, drogadicción, problemas de educación, etc.).
6. Las personas con malos hábitos higiénicos suelen ser más ansiosas, al igual que aquellos que tienen un mal estado bucodental.

7. Las personas con discapacidad psíquica experimentan más miedo a los tratamientos odontológicos por su falta de comprensión.
8. Los pacientes que padecen enfermedades crónicas y graves suelen presentar menos ansiedad porque consideran un problema menor su estado bucal (Aguilera, Osorio, & Toledano, 2002).

Se agrega a lo anterior el hecho de que un tiempo de espera prolongado antes de la atención, un número excesivo de pacientes en la sala de espera aumenta la ansiedad porque al individuo le parece que el tratamiento se realiza con prisas, y las sesiones de tratamientos de larga duración parecen aumentar el nivel de ansiedad.

> "El concepto más universalmente aceptado de ansiedad se refiere a un complejo patrón de conducta asociado a una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos (cognitivos y somáticos) y externos (ambientales), que pueden aparecer antes y durante el proceder odontológico en los pacientes sin que sea identificado por el profesional de la odontología.
>
> Mientras que el miedo se puede definir como una perturbación angustiosa del ánimo ante una situación peligrosa real o imaginaria. Existen tres elementos diferenciadores entre la ansiedad y los miedos dentales. El principal elemento reside en la dimensión temporal entre la conducta y el ambiente propio del tratamiento dental.
>
> La ansiedad dental sigue un patrón conductual anticipatorio evocado por una situación pre aversiva; es decir, se presenta de manera anticipada al tratamiento. Los miedos dentales, por el contrario, revisten un carácter contemporáneo al tratamiento, tienen una relación de inmediatez temporal con el tratamiento odontológico.
>
> Otro elemento de diferenciación entre el miedo y la ansiedad dental es la generalización de la respuesta: la ansiedad dental se da como un patrón de respuesta generalizado, evocado por el contexto global del tratamiento, mientras que los miedos dentales se caracterizan como patrones

discriminativos, controlados por estímulos específicos durante el tratamiento.

Los elementos operantes-motores por parte del paciente en la ansiedad son de evitación del tratamiento, mientras que los que conllevan los miedos dentales son de escape del tratamiento, que se traducen en comportamiento perturbador u obstaculizante durante la intervención" (Márquez Rodríguez, Navarro Liaranzu, Cruz Rodríguez, & Gil Flores, 2004).

Se puede afirmar que la persona con miedo y/o ansiedad ante la situación terapéutica dental provoca para sí misma y para el dentista consecuencias que alteran el correcto orden y desarrollo de una cita y, si se da el caso, de un plan de tratamiento.

El reto del profesional de la odontología consiste en trasmitir el sentimiento de empoderamiento a la persona sobre el propio proceso de rehabilitación bucal y evitar la manifestación de los mecanismos de defensa desadaptativos, de la ansiedad y del miedo.

1.4.5 Atención odontológica

La atención odontológica está constituida por un servicio y un tratamiento. En este sentido el servicio de salud comprende un conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de los pacientes; es una actividad realizada en un paciente en el que se incluye la creación de un ambiente de trabajo. Lleva consigo la convicción íntima de que es un honor servir y cuya intención es vender satisfacción más que tratamientos odontológicos.

El servicio se refiere a preguntar a los pacientes lo que quieren y dárselo para lograr con ello su regreso. El respeto, el cumplimiento de las promesas, centrarse en el cliente y alentarlos a decir todo aquello que no les guste y a manifestar lo que les agrada, inspirará confianza en el paciente dentro del consultorio.

Kotler y Armstrong (1998) definen el servicio como "cualquier actividad o beneficio que una parte puede ofrecer a otra; es esencialmente intangible y no resulta en la propiedad de nadie." Mientras que Stanton (2000) indica que los

“servicios son actividades identificables e intangibles que constituyen el objeto principal de una transacción, cuyo fin es satisfacer las necesidades o deseos del cliente.” Los servicios no se tocan, no se ven, escuchan o sienten como se hace con los objetos. Tampoco se almacenan ni pueden probarse, oírse incluso olerse.

El buen profesional es el odontólogo que encuentra satisfacción dentro del consultorio, la búsqueda del bienestar del paciente y es lo que lo motiva a servir con gusto. Se espera un buen servicio de quien se siente libre, satisfecho y honesto.

El servicio de calidad se obtiene cuando se satisfacen consistentemente las necesidades de los pacientes, y cuando existe una continuidad entre el poder que ejerce el profesional de la odontología y el servicio que se le ofrece a un cliente. Con lo cual se logra un equilibrio en la relación odontólogo-paciente que evita el autoritarismo y la prepotencia.

1.4.6 Tratamiento odontológico

Mientras el odontólogo realiza el tratamiento, el servicio no puede separarse del tratamiento realizado. Por eso, al proveer la atención odontológica se da un servicio y un tratamiento de forma simultánea.

El tratamiento que se ofrece en el consultorio se refiere al conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas relacionados con la cavidad oral y sus áreas de influencia. Contrario al servicio odontológico, el tratamiento realizado en la clínica dental es un acto concreto y tangible.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la salud bucodental puede definirse como “la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal” (Salud Bucodental, 2012).

En la generalidad de los casos el tratamiento realizado en el consultorio se circunscribe comúnmente al tratamiento de la caries, tratamientos de emergencia que incluyen tratamiento de lesiones a la pulpa dentaria, fracturas dentarias y

dolores inespecíficos; tratamiento a las enfermedades de las encías y en niños la colocación de coronas de acero por destrucción amplia de la corona de las piezas dentarias a causa de la caries y fracturas dentarias.

“La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa, multifactorial y transmisible que afecta los tejidos duros del diente. Es producida por la acción de bacterias acidogénicas y acidúricas, las cuales degradan hidratos de carbono de la dieta y producen ácidos como resultado final de su metabolismo. Como consecuencia el esmalte dentario se desmineraliza iniciándose un proceso patológico que implica una amplia gama de cambios, desde la disolución submicroscópica de cristales de apatita del esmalte, hasta dejar el diente visiblemente cariado” (Sánchez Rodas, Villagrán Colón, & Vanegas, 2002).

“La caries dental se refiere a la destrucción progresiva, localizada de los dientes, predominantemente en las coronas” (Burnett, Scherp, & Schuster, 1986). “Es una forma de destrucción progresiva del esmalte, dentina y cemento iniciada por la actividad microbiana en la superficie del diente” (Silverstone, Johnson, & Hardie, 1985).

En 1992-2002 en Guatemala, los doctores Edgar Sánchez, Ernesto Villagrán y Lissette Vanegas junto a la Comisión Nacional de Salud Bucal realizaron el “Estudio epidemiológico de caries dental y fluorosis”. En este estudio al describir la prevalencia de caries dental se encontró que el índice C.P.O. total a nivel nacional resultó en promedio de 5.68 que según los criterios definidos por la OMS se considera alto.

Cuando la caries es superficial únicamente ha logrado la pérdida de la integridad del esmalte cuya característica consiste en la ausencia de dolor. Si se mantiene estacionaria y superficial no significará sufrimiento para el paciente. Mientras profundiza aumenta la sintomatología del dolor asociado a las piezas dentarias. La caries es una condición que generalmente se asocia con el dolor.

El dolor dentario está directamente relacionado con el grado de destrucción transversal y longitudinal de la pieza dentaria. Al migrar apicalmente involucra la pulpa dentaria rica en terminaciones nerviosas libres las cuales carecen de vaina de mielina (fibras tipo C).

> “Ancestralmente el dolor físico y psíquico es una condición que afecta a toda la humanidad. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) explica que el dolor consiste en “la experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o descritos en términos de dicho daño” (Tufino Rivera, 2005).

Los cuadros dolorosos en la cavidad bucal pueden ser de origen infeccioso, traumático, tumoral y autoinmune, los cuales se asocian con procesos inflamatorios que afectan los tejidos presentes en la boca. Este dolor somático es captado por los nocioceptores que detectan el daño y es conducido vía aferente a los centros específicos de la corteza cerebral (Tufino Rivera, 2005).

El dolor dentario puede ser agudo o crónico; leve, moderado o severo; y de acuerdo a su dimensión puede ser sensorio-discriminativo y afectivo-motivacional. El primero se caracteriza por “el predominio de episodios somáticos y neurofiológicos mediados por diversas interacciones químicas” (Tufino Rivera, 2005).

Cita la misma fuente que el dolor afectivo-motivacional es activado por manifestaciones afectivas y cognoscitivas de huellas traumáticas grabadas en la psiquis que influyen en la percepción dolorosa del paciente asociado a ansiedad, miedo y sufrimiento psíquico.

El dolor somático y la consecuente respuesta del sistema nervioso central experimentada durante el tratamiento dental, está vinculado por una parte al arco reflejo procesado desde la médula espinal como se explicó en el apartado correspondiente. Por otra parte, el dolor somático experimentado por los pacientes con una o más experiencias dolorosas previas en la clínica dental, sirve de disparador del dolor psíquico almacenado en la corteza cerebral vivenciado como una huella traumática, la cual es estimulada y ampliada por los pensamientos irracionales producto de la ansiedad y el miedo del paciente, sustentado por los comentarios de otras personas cuyas experiencias dentales han sido traumáticas.

La enfermedad periodontal inflamatoria generalmente es un padecimiento sin dolor. Es el segundo trastorno en importancia que, junto con la caries dental, constituye la amenaza principal para la salud bucal. Las enfermedades

periodontales constituyen, junto con la caries dental, la causa más importante de pérdida dentaria (Navarro, Gil, & Bascones, 2000).

“La caries lesiona al diente mismo; la enfermedad periodontal afecta las estructuras de soporte de éste, como encías, cemento, hueso alveolar y ligamento periodontal; razón por la cual la enfermedad periodontal crónica es responsable de la pérdida de más piezas dentarias que la caries, sobre todo en personas de edad avanzada” (Genco, Goldman, & Cohen, 1993).

“La gingivitis es la forma más común y leve de la enfermedad periodontal, la cual comienza como una inflamación de las encías. La periodontitis se produce a medida que la enfermedad progresa, afectando al ligamento periodontal y al hueso alveolar, ya que conforme el hueso se va reabsorbiendo lentamente, se altera la unión del ligamento periodontal entre el diente y el hueso” (Newman, Takei, & Carranza, 2004).

La pulpitis es el término empleado para designar a la inflamación de sistema pulpar provocada por su afección o infección que en general es causado por la invasión de agentes bacterianos provenientes de la dentina. La pulpitis puede originarse por caries, por un trauma agudo como una fractura de la corona, de la raíz o por la luxación de la pieza dentaria.

El daño a la pulpa también puede ser causado por agentes químicos como los materiales de restauración luego de eliminar la caries y confección de las cavidades, como las resinas y cementos; el uso de antisépticos, desecantes como alcoholes y cloroformo y desmineralizantes. Su deterioro puede ser provocado por el odontólogo al hacer las cavidades por la generación de calor mientras hace los cortes en las piezas dentarias y el pulido de las obturaciones.

Los síntomas principales de la afectación de la pulpa y del periodonto incluyen dolor somático más o menos intenso agudo o crónico y localizado que no cede; dolor al ocluir el diente afectado con su oponente; dolor al frío y/o al calor; en algunos casos se incluye en el proceso, el material purulento.

La necrosis pulpar es una degradación y degeneración del tejido pulpar en el que el diente queda insensible al dolor provocado por el frío o el calor, pero es sumamente doloroso al tacto. El pus producido queda atrapado en la cámara

pulpar y el conducto; y es empujado hacia el ápice en donde se acumula y produce un absceso periapical, que produce dolor intenso.

Además de las lesiones y enfermedades expuestas con anterioridad “se encuentran las lesiones no cariosas que incluyen la atrición, erosión, abrasión, abfracción, y bruxismo (....) El bruxismo consiste en el acto de rechinar y apretar los dientes que desgasta el esmalte, cuya etiología se encuentra en un trastorno neurofisiológico debido a factores morfológicos, patofisiológicos y psicológicos” (Navarro, Gil, & Bascones, 2000), “los cuales están relacionados con “desórdenes psicosomáticos, ansiedad, problemas de personalidad, etc.” (Kielbassal, 2002).

La abrasión comúnmente se confunde con el bruxismo. Se refiere al desgaste del esmalte debido a la fricción de un material o al desgaste causado por un instrumento ajeno a la boca. El tipo de oclusión dentaria, la dieta, el estilo de vida, la edad y la higiene oral (cepillado) son factores que inciden directamente con el grado de abrasión de las piezas dentarias, el cual es ejercido en las superficies oclusales y en la porción cervical de las caras bucales de la corona dentaria, cuando es producida por causas mecánicas como el cepillado dental excesivo.

Durante el proceso del examen clínico el estomatólogo al evaluar las piezas dentarias está en capacidad de identificar el desgaste del esmalte, inclusive de la dentina a causa de atrición y bruxismo acentuado, que pueden ayudar a identificar el estado ansioso y emocional del paciente y en consecuencia de su estado psicológico, lo que obliga a un enfoque multidisciplinario del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las dolencias bucales.

En el tratamiento dental propiamente dicho, luego de acostar al paciente y ajustar y reclinar el sillón a la altura y posición deseada, el odontólogo procede en el caso de un detartraje o profilaxis dentaria a utilizar ultrasonido, instrumental de mano o copas de hule con piedra pómez para la eliminación de los cálculos dentarios (sarro) o de placa bacteriana, según sea adulto o niño. Estas acciones provocan la salida de sangre en relación directa con el grado de inflamación de la encía, producida por los restos de comida, retenidos en la unión del diente con la encía.

El tratamiento de la gingivitis consiste en el detartraje en los adultos y en la profilaxis dentaria en los niños, con lo que se eliminan los cálculos dentarios y la placa bacteriana en adultos y niños respectivamente.

En estas maniobras se observa que el paciente se pone tenso, el sabor de la sangre provoca cierta intranquilidad e inseguridad sobre el tratamiento que se le realiza, sobre todo en niños cuando no hay una explicación previa sobre los procesos que se realizan.

El tratamiento de la caries consiste en la eliminación del tejido dañado por acción de las bacterias localizadas en el esmalte y/o dentina y su posterior restauración; la cual consiste en la reposición del tejido afectado por una amalgama o una resina fotocurada con luz ultravioleta. En el proceso la eliminación de la dentina dañada provoca diversos grados de inflamación por el corte de los tubulillos dentinarios, los que contienen en su interior prolongaciones microscópicas de la pulpa dentaria, que en algunos casos se traduce en dolor con los cambios térmicos por bebidas o comida a una temperatura diferente del cuerpo, sobre todo con el frío. Esta estimulación produce en el paciente una sensación de displacer que puede ser capaz de estimular y evocar en la corteza cerebral, las memorias traumáticas de cualquier naturaleza de eventos percibidos como agresiones a la integridad física y psíquica del paciente que invariablemente producen resistencia al tratamiento odontológico.

El tratamiento de conductos radiculares es el tratamiento que consiste en la eliminación de la pulpa (pulpectomía) y la obturación del conducto radicular con un material llamado gutapercha.

Para estos tres procedimientos el odontólogo emplea una turbina de alta velocidad, el micromotor, la jeringa triple y el eyector de saliva, los cuales necesitan para su funcionamiento un compresor de aire. En el extremo activo del instrumento en el caso de la turbina y del micromotor, utilizan unos taladros llamados fresas de diferentes formas y tamaños para eliminar la caries.

La turbina es un instrumento rotatorio de forma alargada (fálica) que alcanza velocidades entre 100,000 hasta de 300,000 revoluciones por minuto, que se utiliza para eliminar la caries, preparación de cavidades, para colocar resinas o

amalgamas de plata, para preparar las cavidades para la realización de los tratamientos de conductos radiculares. Mientras realiza su función utiliza agua como medio de refrigeración para evitar que suba la temperatura en la pieza dentaria y dañar el nervio. Las fresas utilizadas por este aparato generalmente son de diamante sintético y de carburo de tungsteno. El corte en la pieza dentaria lo hacen por fricción, capaz de generar altas temperaturas.

Característicamente la turbina por las altas velocidades que desarrolla, produce una vibración y una onda sonora incómoda que agobia, irrita, enoja, hastía, disgusta, atormenta, perturba, impacienta y es capaz de exasperar al paciente. Simultáneamente al ruido producto de su activación por el aire comprimido, desarrolla un torque el cual consiste en la capacidad que tiene un elemento rotatorio, en este caso la fresa, impulsado por la turbina de continuar girando a pesar de la fuerza que odontólogo ejerce contra la superficie dentaria para realizar el corte, la eliminación de la caries y la preparación de la cavidad. Mientras más torque tenga, más capacidad tendrá la turbina (y el micromotor) de seguir girando.

El micromotor es similar a la turbina. Habitualmente no emplea agua; su velocidad de corte va de 20,000 a 45,000 revoluciones por minuto y se emplea para eliminar caries profundas. El sonido es más grave que el de la turbina y su torque mayor. La jeringa triple permite el paso agua para lavar las cavidades y del aire comprimido para secar las superficies dentarias.

El eyector de saliva es un dispositivo de plástico que sirve para evacuar la saliva y el agua utilizada en las preparaciones dentarias.

De forma empírica se ha observado que, durante el proceso de recuperación del daño en las piezas dentarias el dispositivo que causa más aflicción a los pacientes adultos y niños es la turbina de alta velocidad. Por comunicación de los mismos pacientes, es “el zumbido” el responsable del miedo y la ansiedad experimentada, además de la vulnerabilidad vivenciada ante el odontólogo, en lo cual se profundizará en el apartado correspondiente.

“Varios estudios han demostrado que los procedimientos odontológicos restaurativos ofrecen los factores provocantes de ansiedad dental más potentes,

esto es, la vista, el sonido y la sensación vibratoria de las fresas dentales rotatorias" (Eitner, Wichmann, Paulsen, & Holst, 2006), junto con la vista y sensación de la inyección de anestésico local dental.

En general se estima que los factores que provocan la ansiedad dental más potente son la vista, el sonido y el torque (de la turbina y del micromotor), y de la sensación la colocación de la inyección para la anestesia local. En otras palabras, están involucrados a la vez el sentido de la vista, el sentido del oído, el sentido del olfato y la kinestesia.

Por lo tanto, en términos generales, "la expectación de un paciente de sentir dolor, ser herido y atorarse o ahogarse durante el tratamiento puede actuar como un provocador mayor de ansiedad dental" (Cohen, Fiske, & Newton, 2000).

1.4.7 Comunicación en la clínica dental

Con la finalidad de restaurar la salud bucal el odontólogo realiza una serie de protocolos y procedimientos para eliminar el daño a las piezas dentarias afectadas. Rutinas que son un misterio para el paciente, al inicio, durante y al final del tratamiento. Para los diferentes procesos de restauración utiliza fundamentalmente equipo rotatorio, equipo de mano y materiales dentales, aparte del sillón dental, lámpara de luz, muebles y equipo de esterilización.

De acuerdo con la opinión de expertos, generalmente y sin tomar en cuenta la edad del paciente, se considera al equipo odontológico, por sí mismo, capaz de producir diversidad de estímulos sensoriales visuales, olfativos, auditivos y táctiles que influyen en la percepción de la experiencia. Los instrumentos dentales, el ambiente de la clínica sumado a la relación que se establece entre el estomatólogo, el paciente y el personal auxiliar, y la exposición del paciente a lo desconocido son fuente de miedo, ansiedad y resistencia al tratamiento, los cuales favorecen la expresión de diversidad de mecanismos de defensa.

De acuerdo a la opinión de expertos, durante la experiencia del tratamiento dental se le resta importancia a la planificación y empleo de los mecanismos adecuados para que los mensajes lleguen de forma clara y directa a los pacientes. Es usual que el paciente desconozca la atención que se le dará (el servicio y el tratamiento que necesita).

Luego de efectuar un examen clínico el dentista realiza un diagnóstico, un plan de tratamiento y un pronóstico. Conoce a profundidad y con detalle los problemas que el paciente presenta. Gran parte de la ansiedad que se manifiesta en la clínica dental se configura aquí porque no se establece una plataforma de comunicación con el paciente para implementar los tratamientos dentales sugeridos que mantienen, inclusive alimentan sus temores.

La estrategia de comunicación odontológica es el método, la técnica y el arte que favorece la formación de un vínculo entre el paciente y el odontólogo, cuyo objetivo es informar y persuadir al paciente para la aceptación, el consentimiento y la realización de los procedimientos estomatológicos en un clima de seguridad emocional y confianza, el cual permite al paciente conocer de primera mano que no será dañado, ni lastimado, ni herido en su dignidad humana incluyendo su soma y su psiquis.

La comunicación cara a cara en el consultorio es un proceso indispensable. En ella se establece un intercambio de ideas, emociones, sentimientos, hechos y actitudes verbales y no verbales en beneficio del buen manejo de la interacción del personal odontológico y el paciente. Se dan a conocer los beneficios del servicio y del tratamiento; se obtiene la ganancia adicional de que los involucrados en el proceso tengan la oportunidad de establecer una relación de confianza empática.

Erick Erickson se refiere a la confianza como una etapa en el desarrollo evolutivo en vista de que las crisis son un medio por el cual se adquieren valores y virtudes. Señala que “la confianza es de las primeras crisis a la que se enfrenta un niño, el superarla exitosamente le determina creer que las personas y objetos de su mundo son relativamente seguros. Se adquiere y se refuerza a través del cuidado atento, sensible y continuo que le prestan los adultos. La confianza permite avanzar mientras la desconfianza le hace protegerse” (Papalia, 2009). La confianza se logra a través de la atención y la sensibilidad continua por lo que el acto de comunicar permite la comprensión de lo que se siente y se piensa.

La comunicación verbal personalizada de acuerdo a las necesidades del paciente tomando como referencia su desarrollo evolutivo, permite el

empoderamiento sobre los protocolos que se realizarán durante el proceso del restablecimiento de la salud bucal.

Álvarez indica que para el establecimiento de la relación de confianza se partirá de la premisa neurolingüística que reza que “cada uno mantiene sus propias representaciones del entorno en el que se mueve y de sí mismo, esta imagen interna que cada cual se forma es el mapa de su realidad personal, y su forma de actuar se debe a esta y no a los acontecimientos objetivos mismos” (Álvarez, 2002).

Si bien la exposición al consultorio que el paciente experimenta no es en sí misma determinante de su conducta, el recuerdo y el nuevo acontecimiento traumático que pudiera vivenciarse, puede configurar un nuevo trauma y fomentar los anteriores. La situación experimentada favorece la percepción de la pérdida de la confianza básica y permite cambiar las representaciones mentales para migrar de la confianza a la desconfianza. “Los mapas personales se construyen a partir de los canales sensoriales que nos conectan con el mundo exterior, con lo que vemos, escuchamos, olemos, sentimos y gustamos.” Mientras menos edad tenga la persona se tendrán menos mapas personales para encontrar alternativas y posibilidades para afrontar los escenarios que se presenten. Por ello la comunicación se convierte en una herramienta valiosa para la expresión de los estados internos que remiten a las percepciones, necesidades, frustraciones y satisfacciones.

Por lo tanto, influir al paciente por medio de la confianza, la empatía y la comunicación asertiva para el logro de una relación odontólogo-paciente-personal auxiliar adecuada con el propósito de concluir el tratamiento dental del modo que se desea, debe primar dichas relaciones. Esto constituye un medio para proteger los estados emocionales involucrados durante el tratamiento odontológico.

Asimismo, el odontólogo debe ser el creativo especialista en comunicación para desarrollar un mensaje efectivo que llame la atención, mantenga el interés, provoque el deseo y estimule a la consecución de los objetivos de la atención odontológica.

1.4.8 Paciente dental pediátrico

El paciente dental pediátrico reúne características especiales en lo que respecta al desborde de la carga emocional y al control de las emociones. Requiere una serie de condiciones previas y recursos internos en el niño que faciliten su abordaje y manejo antes y durante la atención odontológica.

Los odontólogos han clasificado al comportamiento de los niños en el consultorio "como pacientes desafiantes, tímidos, cooperadores, tiesos y quejosos" (McDonald & Avery, 1996) Esta categorización responde a la necesidad empírica de denominar la esencia del problema clínico que significa atender a los pacientes niños.

Brauer (1939) citado por Prahl Mendoza, señala que el paciente colaborador es aquel que nunca da problemas al odontólogo. "Por sí mismo sube al sillón dental sin quejarse." Responde de manera adecuada a los momentos difíciles en ausencia de los padres. Indica que este niño proviene de un hogar disciplinado. "La enseñanza familiar se orienta al indicarle al niño que la clínica dental no es una cámara de tortura; sino es un lugar en el que se recibe tratamientos preventivos y alivio del dolor" (Stewart, 1982).

Estudios hechos en otros países revelan que el paciente dental pediátrico colaborador representa a la mayoría de la población (Adelson, 1959). La comunicación que se establece entre el niño y el odontólogo es adecuada. Dichas investigaciones concluyen que para mantener la cooperación es requisito indispensable explicar a los niños todos los procedimientos, utilizando la técnica de decir-mostrar-hacer.

La timidez se asocia a la ansiedad que el niño pequeño manifiesta en el consultorio. "Con frecuencia el niño tímido no pone atención a las instrucciones ni comprende el tratamiento que se le realizará, por lo que será necesario repetirlas con tranquilidad y despacio las veces que sean necesarias. Cuando se logra el control de la ansiedad, el niño gana confianza en sí mismo y se vuelve colaborador" (Prahl Mendoza, 1993, pág. 2).

El paciente pediátrico miedoso es el que ha sido influido por comentarios negativos sobre las experiencias en la clínica dental. Cuando los padres han

perdido el control de ellos en el hogar y para manipularlos, recurren a intimidaciones y al chantaje como vía para obtener lo que desean. Se les dice, por ejemplo, que si no se portan bien los llevarán a donde el dentista, para que les saquen los dientes o les provoquen dolor.

En este contexto Pauly (1957) “propuso que la única solución para disipar el temor de este tipo de niño es tratar de ganarse su confianza, y que una vez esto sucede, la mayoría de estos niños, llegan a dispensar una magnífica colaboración” (Prahl Mendoza, 1993, pág. 3).

El niño incorregible es producto de hogares sobreprotectores y de hogares que los rechazan. En ambos casos el niño manipula a los padres porque están acostumbrados a que los complazcan en todo, y satisfagan sus demandas con el llanto, las patadas y otras estrategias manipulativas. Como solución los padres ofrecen premios y hacen toda clase de promesas con tal de lograr que el niño acepte el tratamiento. Wright (1983) consideró que “todas estas manifestaciones infantiles son sugestivas de un estado de miedo o de ansiedad aguda” (Prahl Mendoza, 1993, pág. 3).

Algunos profesionales de la odontología sugieren el uso de la violencia física y la invasión a la integridad psicológica de la persona. De acuerdo a expertos en el manejo de niños, en Guatemala se emplean “técnicas”

Pauly (1957) sugiere para el manejo del niño problemático en la clínica dental un modelo en el cual se aconseja taparle la boca con la mano al niño cortándole la respiración para que éste estímulo sirva como un medio para reconocer que la autoridad en el consultorio es el dentista.

> “El menor de edad, frente al adulto, presenta muchas más probabilidades de convertirse en víctima, quizás debido a algunas de sus características intrínsecas: mayor dependencia de los adultos, menor autonomía, menor estatus social (debilidad física, ausencia de poder social, adquisitivo, etc.). Esta mayor ocurrencia de la victimización en menores, así como esa incapacidad que presentan para defenderse por sí mismos, hace que sea aún más necesario explicitar el problema y proponer actuaciones específicas” (Villanueva Badenes & Clemente Estevan, 2002).

“La violencia contra la infancia ejercida por otros humanos, bien sea en el ambiente doméstico, en la escuela, en la calle o en las guerras adultas, es mucho más frecuente de lo que inocentemente se podría pensar” (Villanueva Badenes & Clemente Estevan, 2002), incluido el consultorio dental.

Los niños que los odontólogos no logran controlar, según expertos, son amarrados, amenazados y sometidos por el dentista, el personal auxiliar incluso por los padres o encargados en la búsqueda de obtener el control de la situación. Con este tipo de abordaje en la clínica dental lo que se consigue es sumar más traumas psicológicos a los ya existentes y la formación de nuevos, que al final y luego de presentarse las circunstancias propicias, podrían sentar las bases de un trauma complejo cuando el niño llegue a la edad adulta.

“El niño desafiante según Pauly (1957) es un niño consentido y sobreprotegido, es el que desafía la autoridad del cirujano dentista con frases como “no voy a abrir la boca”, “no me importa que me duela”. Característicamente no hace berrinches ni llora” (Prahl Mendoza, 1993, pág. 3).

“Zachrisson (1991) definió al niño temeroso por la historia médica anterior como al niño temeroso. Es el que ha tenido experiencias previas de intervenciones médicas, enfermedades prolongadas y ha sido expuesto a exámenes clínicos frecuentes, incluidos los de laboratorio” (Prahl Mendoza, 1993, pág. 3). Este niño debe de ser manejado como un niño tímido transmitiéndole seguridad y confianza. La cooperación luego de la experiencia hospitalaria, permite el deterioro de la cooperación y es vital recuperarla para el éxito en la relación odontólogo-paciente dental pediátrico.

El niño enfermo debe ser atendido procurándole alivio temporal del dolor. “No debe de hacerse ningún trabajo de operatoria en estos pacientes, más que un tratamiento de emergencia. Luego, cuando esté recuperado se le dará una orientación para trabajarle” (Prahl Mendoza, 1993, pág. 4). De acuerdo al criterio de los profesionales de la odontología, existen variables que influyen en el comportamiento del niño en la clínica dental pediátrica, se menciona entre ellas la calidad emocional de las citas, la actitud del niño hacia el odontólogo, la ansiedad materna, el desenvolvimiento del niño de acuerdo a su desarrollo evolutivo

(características según la edad), la preocupación por los problemas dentales luego de haber encontrado caries u otros problemas circunscritos a la cavidad bucal, la calidad de la relación que el odontólogo tenga con los padres del niño, las relaciones entre hermanos en el núcleo familiar, los factores socioculturales, socioeconómicos, étnicos y culturales, . “Si el niño percibe favorablemente al dentista, se espera que aquel sea menos aprehensivo mientras está en el consultorio. Esto es vital para el buen desempeño” (Prahl Mendoza, 1993, pág. 2).

En la práctica se ha observado que, si el niño no ha sido expuesto al consultorio dental, es más fácil desarrollar patrones positivos de comportamiento. Luego de un tratamiento extenso o de experiencias en las que el niño se ha sentido vulnerado, es necesario superar el miedo y la ansiedad que se genera luego de los procedimientos. Los protocolos de atención y manejo del paciente dental pediátrico están documentados en diferentes fuentes (Pinkham, 2001). Aunque se sugiere una experiencia previa a la cita en la que se le explicaría al niño lo relacionado con el tratamiento que se ha proyectado hacer, es un paso que no se realiza en la práctica por limitaciones de tiempo del dentista y de los padres. Estas son diferentes a las citas de observación en la cual el niño mira al padre o hermano o alguien más recibir el tratamiento dental. Una técnica empleada cuando no exista otro recurso con el cual se logre controlar y someter al niño consiste en colocar la mano en la boca del niño que llora con la finalidad de controlar las rabietas, la ira y pataleos.

Barbería Leache (1997) indica que la restricción física como el uso de correas y envolturas corporales como sábanas y otros dispositivos no se debe emplear nunca como castigo, sino de forma positiva y como protección.

En la actualidad de acuerdo a los expertos esta técnica es de uso común. Reportan que en la práctica privada y en el sistema nacional de salud se sujeta a los niños con las llamadas “camisas de fuerza”, para lograr el manejo de los pacientes que significan problemas para el tratamiento odontológico. Luego de inmovilizar al niño, la asistente detiene con ambas manos la cabeza del chico; se coloca un abrebocas para mantener la boca abierta y un eyector de saliva; el profesional realiza el trabajo necesario procurando tranquilizarlo verbalmente.

En este ambiente algunas veces los padres están presentes “ayudando a controlar al niño” ya sea diciéndole al niño frases como “no te va a doler, aguántate un poco”, “ya va a terminar”, “si te dejás te llevo a comer a Pollo Campero”. O ya sea amenazándolo con castigos o restricciones por su “mala conducta”, al llegar a casa.

Aunque probablemente el uso de estos protocolos resulte en la consecución de los fines de restauración dental, significan miedo, dolor, desesperación, espera de un peligro inminente, privación afectiva, invasión a la persona, violación a la integridad física, que invariablemente provocan rechazo y la presencia de una situación en la que, el odontólogo, los padres del chico y el niño mismo, tienen intereses contrapuestos que confrontan, obstaculizan y ejecutan acciones mutuamente antagonistas, cada parte para lograr su cometido. El odontólogo para la práctica profesional, los padres como parte de su deber y el niño para evitar el daño que supone. El niño utiliza estos recursos para neutralizar, dañar o eliminar a la parte rival.

Se considera que un conflicto es capaz de generar violencia por la oposición de intereses, valores, la necesidad de obtener la gratificación esperada y estereotipos. A esto se suman los patrones de confianza desadaptativos, el apego de base insegura y la presencia de heridas psicológicas (motivadas por el abuso, la violencia y la profanación que la persona supone).

Ha de interpretarse que en la relación odontólogo-paciente dental pediátrico existe un conflicto (relacional) que surge de la relación entre ambos, fundado en la desconfianza mutua, malentendidos y mala comunicación. Existe otro tipo de conflicto, el cual es inherente a la persona y cimenta el conflicto relacional, al cual se referirá más adelante.

1.4.9 Profesional de la odontología

Como se ha venido argumentando la complejidad de los estados de miedo, angustia y ansiedad es importante explicar en este momento, el rol y lo que ocurre en la clínica dental desde la perspectiva del cirujano dentista.

“Muchas de las creencias, afirmaciones, expresiones y comunicaciones del operador (odontólogo), son provocadores de ansiedad dental” (Eitner, Wichmann,

Paulsen, & Holst, 2006). Moore y colaboradores (1993) reportaron que las declaraciones del odontólogo y sus comentarios condescendientes o de molestia son provocadores de ansiedad dental. Indican que estos comportamientos relacionales negativos que los pacientes experimentan con el dentista, tienen de 5 a 10 veces más probabilidades de ser reportados por pacientes con ansiedad muy elevada.

"Se ha reportado que durante el tratamiento dental, los odontólogos mientras trabajan hacen sentir culpables a los pacientes, que se muestran dentalmente ansiosos durante los procedimientos" (Kunzelmann & Dünninger, 1990).

Al programar una cita se ha visto que una de las inquietudes de los pacientes consiste en la ansiedad adicional que se experimentará al permanecer en la sala de espera por mucho tiempo. Al escuchar el sonido de los aparatos, ver las expresiones faciales de la persona que sale luego de haber sido atendida, lo que se puede pensar sobre lo que pasará o podría pasar al estar con el odontólogo, son poderosos motivos para cancelar la cita y literalmente "salir corriendo", luego de haber sido citado y ser atendido hora y media después.

Un estudio realizado por Fitner y Paulsen (1988) revela que "la asistencia del paciente ansioso a la clínica es irregular y evitan la atención odontológica, aunque
la necesidad sea imperiosa" (Milgrom, Fiset, Melnick, & Weinstein, 1988). La ansiedad dental evoca respuestas del tipo 'temor o lucha' y pueden llevar a sentimientos de cansancio excesivo luego de una cita dental. "Los impactos cognitivos de la ansiedad dental incluyen pensamientos negativos, temor, llanto, agresividad, perturbaciones del sueño y de hábitos alimenticios, y una mayor automedicación o la aplicación de paliativos del dolor con sustancias de uso local que no proveen el alivio al dolor" (Hmud & Walsh, 2007).

Expertos indican que el paciente que ha esperado en la sala de espera y es presa de sus miedos y ansiedades entra a consulta. El odontólogo luego de realizar procedimientos que requieren de su capacidad y talento profesional, y luego de haber tratado de calmar al paciente que sale, se encentra con otra

persona ansiosa. En el día a día, luego de una práctica profesional más allá de 5, 10 años, estos escenarios son la constante, no la excepción.

Si el odontólogo no se conoce, si sus conflictos personales no han sido resueltos, es de esperarse que en la relación odontólogo-paciente, surjan conflictos inconscientes adicionales, que por un lado tratan de evitar la culpa por el daño que se le infringe al paciente, pero a la vez, la práctica clínica es un imperativo, aún con la carga emocional que esto significa, en aras de concluir los tratamientos solicitados por el paciente o por los padres o encargados.

Es importante mencionar que, en práctica profesional odontológica, el operador adopta posiciones paranormales. La posición de la espalda y de la nuca, el hecho de estar sentado o parado por periodos largos, facilita problemas en la espalda, la nuca, los cuales en su conjunto promueven el estrés, la ansiedad y el dolor. Wong Castañeda (2000) en su estudio de tesis “Enfermedades que afectan al odontólogo guatemalteco como consecuencia del ejercicio profesional”, concluye que la gastritis es la enfermedad más frecuente sobre todo en hombres. El dolor en el cuello, hombro, extremidad superior; la hipertensión arterial (a partir de los 30 años de edad), el asma, cefaleas, herpes labial y en general, las enfermedades relacionadas a situaciones de estrés, son las más prevalentes en el profesional guatemalteco. El estudio reveló que el alcohol y fumar tabaco son los hábitos más comunes. Wong Castañeda indica que se estima que el trabajo del dentista se relaciona con la ansiedad y depresión y problemas psicológicos. Que se observa que las condiciones aisladas propias de la clínica dental y la carencia de habilidades para el manejo de las situaciones conflictivas, favorecen la vulnerabilidad de estos profesionales. Más adelante manifiesta que la naturaleza aislada del trabajo odontológico, los problemas con pacientes conflictivos, las demandas económicas, las presiones por cumplir metas, constituyen factores propios de la profesión, que aumentan la vulnerabilidad de los Odontólogos, para desarrollar alteraciones en su salud mental. La falta de una adecuada condición psicológica, puede afectarla la vida privada del dentista, lo que se reflejaría, por ejemplo, en la presencia de ansiedad y depresión; alcoholismo y suicidio. Los profesionales con más altas tasas de suicidio son:

dentistas, psiquiatras, farmacéuticos, enfermeros y granjeros” (Fangel Poulsen, 2013).

1.5 Bioética en la práctica profesional odontológica

La profesión es la ocupación o actividad ejercida por una persona, que requiere del conocimiento especializado obtenido mediante una formación profesional a nivel superior en la que el profesional tiene control y dominio sobre el trabajo. Estas actividades profesionales son practicadas a cambio de un salario o pago de honorarios. La profesión como tal, tiene una organización propia, por medio de los colegios profesionales.

En la práctica profesional debe prevalecer el espíritu de servicio a la comunidad y una profunda comprensión y aplicación de las normas éticas. La deontología profesional hace referencia a las reglas éticas y principios que guían y regulan la actividad profesional, en la que existen deberes exigibles derivados de la misma práctica. Para ello el colegio, con el aval de los profesionales, desarrolla su propio código.

Debe diferenciarse la ética profesional de la deontología. La primera es una disciplina que estudia los normativos de un colectivo profesional, cuyo objeto de estudio es la deontología profesional, ésta es “el conjunto de normas vinculantes para un colectivo profesional” (Colaboradores de Wikipedia, 2004).

La bioética es una disciplina que estudia la conducta humana de forma sistemática, relacionada con las ciencias de la vida y de la salud. Para ello se establece un análisis de los valores y los principios morales en las diferentes profesiones relacionadas con las ciencias médicas.

Los odontólogos además del ejercicio de la profesión, tienen obligaciones éticas con sus pacientes, que van desde un adecuado ambiente de trabajo hasta el trato con la persona, que signifique respeto en su dignidad humana y cuidados que expresen bienestar y protección.

La atención requerida por el paciente odontológico dependerá de las propias características y condiciones del paciente, además de los cuidados que se deben prestar antes, durante y después del tratamiento odontológico propiamente dicho.

La bioética debe incluir lo relativo a todas las acciones que puedan ayudar o dañar organismos capaces de sentir miedo y dolor. Los valores centrales que deben respetarse en la profesión y práctica odontológica, de acuerdo con la Asociación Dental Americana (ADA Principles of Ethics and Code of Professional Conduct, 1996) son, en el siguiente orden:

1. La vida del paciente y la salud en general.
2. La salud bucal del paciente, entendida como un funcionamiento oral apropiado y sin dolores.
3. La autonomía del paciente, en la medida en que sea posible, de lo que le ocurra al cuerpo del paciente (incluyendo la importancia que éste le otorga a la salud, el confort, el costo, las consideraciones estéticas, y otros valores).
4. Las preferencias de los dentistas por ciertas prácticas (incluyendo diferentes filosofías de prácticas dentales).
5. Consideraciones estéticas, desde el punto de vista de experimentadas prácticas dentales.
6. Las consideraciones de eficiencia, que puedan incluir consideraciones sobre el costo.

Ha de estimarse al realizarse la práctica odontológica, la capacidad del profesional. De ella surge la necesidad de atender al paciente tanto desde las tareas profesionales como los aspectos emocionales, involucrados en el tratamiento. Si se parte del hecho de que la profesión odontológica está dedicada al servicio del hombre y de la sociedad, el respeto por la vida física y emocional del paciente, en su dignidad y en el cuidado de la salud y de la comunidad, constituyen deberes del cirujano dentista, atender de forma integral al paciente; sin discriminar, tratar a cada persona en su unicidad e irrepetibilidad, con el propósito de contribuir a la realización plena del individuo.

Como se dejó entrever y se argumentó en el apartado correspondiente, las técnicas empleadas, el trato al paciente, la conflictividad emocional que significa para el paciente asistir al tratamiento odontológico, es favorecido por una práctica profesional odontológica que deja por un lado las emociones, los sentimientos y la

subjetividad del paciente, aparte de sus derechos inherentes por su condición humana y lo expresado en la Declaración de los Derechos Humanos, por los derechos del niño, el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinky.

Se entiende que cada persona tiene derechos. Así como existen los derechos de los niños se intuyen los derechos de los pacientes odontológicos con independencia de su edad y demás características esenciales.

El código de Nüremberg hace referencia a los principios básicos para satisfacer los conceptos morales, éticos y legales implicados en el tratamiento odontológico. Se contempla la necesidad de que cada paciente debe dar su consentimiento voluntario para la realización del tratamiento dental, si la persona en tratamiento es menor de edad, el consentimiento deben otorgarlo los padres o personas encargadas, entendiéndose que el niño puede ejercer su libertad de escoger, sin ningún factor de fuerza, fraude, coacción, engaño o cualquier otro factor coercitivo o coactivo "y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente" (Tribunal Internacional de Núremberg, 1947).

Se resalta el hecho de que la persona o encargados de la persona en investigación científica y en tratamiento deben tener el conocimiento y comprensión del tratamiento que se le realizará, todo esto con la finalidad de que se tome una decisión consciente de acuerdo a la edad del paciente. Se incluye también la necesidad de explicar la naturaleza, la duración y el propósito del tratamiento dental, incluso el método, las condiciones en las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que puedan presentarse. Es importante que el paciente conozca también los riesgos a la salud que implica dicho tratamiento.

En este contexto, al profesional de la odontología le corresponde el deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento, compromiso que no es endosable a otra persona.

En la Declaración de Helsinki (Colaboradores de Wikipedia, 2008), la cual fue promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA) incluye un conjunto de principios éticos que deben guiar la experimentación y el trato con seres humanos,

aunque no es un instrumento legal que sea vinculante con las prácticas médicas incluida la odontología. Establece que

> “el principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9). El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8). Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante (Artículo 25)” (Colaboradores de Wikipedia, 2008).

La opinión generalizada de los pacientes atendidos indica que no les gusta asistir a la clínica dental. Los pacientes manifiestan padecer situaciones subjetivas muy difíciles que se traducen en un estado de tensión, aprehensión, miedo, ansiedad, frustración y terror por la percepción de una situación temida que se acerca, todo esto acompañado de un estado de hiperactivación.

En la clínica dental corresponde al dentista manejar adecuadamente estos estados desadaptativos que se presentan tanto en adultos como en niños; que le predisponen a atacar a los pacientes o huir de ellos por las propias características personales del profesional y el esfuerzo adicional que realiza al atender a un paciente con dificultades con el control de las emociones. Se presume que el dentista tendrá dificultades en el desarrollo de su rol profesional que le significa deterioro físico, emocional y psíquico.

En la mayoría de casos se le atribuye de forma empírica al paciente la ansiedad suscitada en el consultorio por el ruido, la aguja, la preocupación por el dolor, por la repetición de las experiencias previas con el mismo odontólogo y con otros, calificadas como abrumadoras en general, por el estado de indefensión que la persona experimenta mientras está en el sillón dental.

Estos estados son perceptibles y frecuentes en los pacientes en todas las edades, sin embargo, es en los niños en los que se observan más reacciones fuera de control antes, durante y después de la proximidad que se establece con el odontólogo, que significa para el profesional, la falta de colaboración y dificultades en el manejo del paciente dental pediátrico.

Se estima que le corresponde al odontólogo persuadir, motivar, calmar y comprender los miedos y ansiedades de los pacientes. La conducta desadaptativa de los niños puede significar un perjuicio a la integridad emocional del profesional que le puede predisponer a realizar ultrajes, agravios, desaires y ejercer violencia sobre el paciente, en virtud de su rol de poder, que lo puede facultar a realizar el tratamiento odontológico, comprometiendo la propia salud emocional, así como la del paciente, de los padres y del personal auxiliar.

Estas condiciones, -se observa-, se repiten con cierta frecuencia en la clínica. El odontólogo manifiesta una serie de respuestas inapropiadas a estos estímulos, en función de la intensidad de las dificultades que ha experimentado en el consultorio, a la duración de las citas con pacientes difíciles y a los años del ejercicio de la práctica profesional; las reacciones del cirujano dentista, en gran parte, son reacciones defensivas que ellos no pueden detener, aunque la situación estresante con el paciente haya pasado.

Estos escenarios favorecen que el profesional de la odontología establezca comportamientos similares con los otros pacientes que lleguen a su a solicitar sus servicios y que las experiencias con pacientes ansiosos sean sumadas a vivencias similares con los otros pacientes en el tiempo, con lo que se exaspera e impacienta manifestando un aumento en la ansiedad, insatisfacción y frustración.

En estas circunstancias si la persona del cirujano dentista carece de la experticia y resiliencia al exponerse a situaciones estresantes y además tiene

escaso desarrollo personal, es posible que no comprenda el significado de la dignidad humana de los pacientes que buscan cuidados, bienestar y protección.

Dado el rol profesional y que las acciones del odontólogo son capaces de realizar quehaceres que significan ansiedad, miedo y dolor se observa en la práctica que los tratamientos dentales pueden realizarse en algunos casos, mediados por la violencia física, psicológica, el chantaje, la coacción, la coerción, la amenaza, la imposición y el engaño, para citar algunos recursos utilizados de manera inconsciente por el estomatólogo, sin considerar lo estipulado en la Declaración de los Derechos Humanos, la Declaración de Helsinki y el Código de Nuremberg, que en su conjunto promueven el respeto de la persona humana; que limitan las agresiones a la integridad de los pacientes en sus múltiples dimensiones.

Este irrespeto de los profesionales significa para el paciente que los patrones de miedo, violencia, inseguridad y desprotección emocional, se manifiesten consistentemente durante los diferentes procedimientos odontológicos, que inciden directamente en la configuración del conflicto psicológico, manifiesto en el tratamiento odontológico.

Por lo tanto, en este momento se puede establecer que el odontólogo podría ser un actor determinante en la configuración del conflicto psicológico de los pacientes, el cual se manifiesta en el consultorio dental mientras estos son atendidos; por la amenaza que los cirujanos dentistas exteriorizan en forma de victimización del paciente y por la deshumanización de la práctica profesional.

Es habitual que el odontólogo ignore su papel en el establecimiento del conflicto psicológico en la clínica dental y que desconozca su participación activa en el desarrollo del conflicto que el paciente trae consigo. La falta de comunicación del odontólogo hacia el paciente promueve estados de ansiedad persecutoria y desconfianza, factores que inciden directamente en la exacerbación del conflicto psicológico del paciente y que es capaz de generar nuevos estados de ansiedad y miedo y traumas.

Entonces, se puede establecer que en la naturaleza del conflicto psicológico, existen dos tipos de conflictos. Uno que el paciente ha formado en

relación directa con el profesional de la odontología (trauma) y que es secundario al otro conflicto, el cual es un conflicto psicológico personal e individual en relación con el desarrollo psicosexual, los objetos primarios, el apego, los patrones de crianza y el trauma causado por situaciones abrumadoras previas.

1.6 Fundamentos psicoanalíticos del miedo y la ansiedad

Previo a exponer la teoría psicoanalítica se debe mencionar que los seres humanos en el desarrollo evolutivo presentan crisis o conflictos los cuales sirven de plataforma para la integración de la personalidad. Erikson elaboró la teoría del desarrollo de la personalidad en la que enfatiza en la importancia de los factores sociales en el desarrollo de la persona y en la interacción del individuo con las demás personas.

Erikson estableció que en la infancia los principales conflictos son provocados solo en parte por la frustración de los instintos sexuales; muchos conflictos resultan del choque entre las necesidades y los deseos no sexuales del niño y las expectativas y limitaciones impuestas por su cultura; explica que la sociedad es una fuerza positiva que ayuda a moldear el desarrollo del ego.

El modelo diseñado por Erikson consta de ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales, a la cual designó como Teoría Psicosocial (Kaplan, 2005, págs. 211-217). Este esquema es paralelo al explicado por Freud quien instituye el modelo psicosexual, del cual se hablará más adelante.

El ciclo vital según Erikson se divide en ocho períodos. Cada etapa representa una crisis en la personalidad que implica un conflicto diferente y cada vez mayor. Cada crisis es un momento crucial para la resolución de aspectos importantes; éstos se manifiestan en momentos determinados según el nivel de madurez de la persona. Los primeros cinco periodos o etapas corresponden a los primeros 20 años de vida y tres más para abarcar el resto de la vida.

Si el individuo se adapta a las exigencias de cada crisis el ego continuará su desarrollo hasta la siguiente etapa; si la crisis no se resuelve de manera satisfactoria, su presencia continua interferirá el desarrollo sano del ego. La solución satisfactoria de cada una de las ocho crisis requiere que un rasgo positivo se equilibre con uno negativo. Cada etapa es única y distinta con expectativas y

limitaciones culturales adicionales; y conforme el ego aumenta en importancia en la personalidad, la persona obtiene un control cada vez mayor de sus circunstancias y de sí mismo.

Cada etapa presenta al individuo una tarea principal para que la cumpla, como el desarrollo de un sentido de confianza básica en el medio ambiente y en el yo, un sentido de autonomía o un sentido de laboriosidad.

El curso del desarrollo está programado genéticamente y el despliegue maduracional sigue una secuencia con un patrón definido (principio epigenético). Las relaciones del individuo con su medio dependen de cambios biológicos. Las exigencias biológicas y ambientales deben entrelazarse; los requerimientos internos y externos deben corresponder para que el individuo se desarrolle y funcione normalmente en una cultura en particular.

Cualquier comportamiento puede entenderse en función de ajustes biológicos, psicológicos y sociales; las necesidades deben satisfacerse en un escenario sociocultural.

El diseño genético dirige al individuo en desarrollo, pero éste se da en un ambiente cultural preexistente el cual tiene una estructura dinámica. Cada aspecto del desarrollo y funcionamiento de la personalidad es el producto conjunto de dotes individuales e influencias culturales.

El desarrollo implica continuas adaptaciones. El mundo fuera del hogar es distinto a las circunstancias familiares, se ha de aprender a vivir con otros niños, adultos y personas investidas de autoridad; el medio ambiente escolar impone obligaciones de adaptación. Al subir los peldaños las exigencias aumentan: de independencia, de iniciativa, de actividad, de autoafirmación. Las nuevas exigencias compiten con hábitos anteriores y se presenta dificultad para aceptar lo nuevo y desprenderse de lo viejo.

La capacidad de adaptarse el individuo a circunstancias ambientales constituye un signo de madurez. Si el individuo se adapta a las exigencias de cada crisis el ego continuará su desarrollo hasta la siguiente etapa; si la crisis no se resuelve de manera satisfactoria, su presencia continua interferirá el desarrollo sano del ego. Conforme el niño crece, hay cambios en las potencialidades y

capacidades y un aumento en su vulnerabilidad a sufrir daño; al aprender más aumenta su sensibilidad a las frustraciones y los conflictos, puede regresar o reincidir.

Los problemas se repiten a través de toda la vida; existe la fase inmadura, la fase crítica y la fase de resolución de estos problemas universales. Un problema puede estar en la fase inmadura para un niño, si lo enfrenta adecuadamente en la fase crítica, estará en fase de resolución para las etapas posteriores.

El primer estadio de la teoría psicosocial que inicia con el nacimiento hasta el año y medio (18 meses), es denominado Confianza Básica vs. Desconfianza. Se trata del vínculo que cimenta las futuras relaciones del bebé con las personas interpretadas como importantes para él.

Del vínculo creado a partir del cuidado amoroso y del calor del cuerpo de la madre, el infante aprenderá las futuras relaciones con las personas y la manera como reciba los estímulos ambientales. Si las experiencias con el ambiente y los cuidados de la madre han sido percibidos como satisfactorios, el chico estará dotado del sentimiento de aceptación, seguridad y satisfacción emocional. El niño refleja la confianza de los padres en sí mismo y en los demás. En esta etapa el niño pequeño demuestra su confianza social en relación con la alimentación, el sueño y los intestinos. La confianza es vital para obtener el sentido de la realidad.

De los 18 meses hasta los 3 años el niño con el gateo y el hecho de aprender a caminar, desarrolla los músculos; en este rango de edad aprende a controlar las eliminaciones del cuerpo (control de esfínteres de micción y defecación). Retener o restringir o conservar es el principal conflicto en esta etapa. El niño utiliza su cuerpo para obtener el control exterior con lo que obtiene un efecto tranquilizador. La firmeza de su control es la que debe protegerlo contra la anarquía.

Sentir vergüenza supone estar de forma consciente expuesto a ser mirado. La duda entre ser visto o no constituye la base de las dudas compulsivas y temores paranoicos.

Durante el proceso, el cual es lento y progresivo e inestable, el pequeño inicia a regular la vergüenza y la duda adoptando una postura de aceptación o

desaprobación, afirmándose u oponiéndose haciendo frente a los padres o cuidadores o a los demás. La afirmación de su voluntad da indicios sobre un yo autónomo naciente, el que oscila entre la cooperación o la terquedad en relación con sus fuerzas impulsivas. Esta etapa es conocida como Autonomía vs. Vergüenza y Duda.

La siguiente etapa nombrada Iniciativa vs. Culpa se extiende desde los 3 hasta alrededor de los 5 años. En este periodo luego de desarrollar diferentes actividades incluidos el juego y la imaginación, en los que aprende a moverse con mayor libertad y con más violencia, desarrolla el lenguaje, el que perfecciona, comprende e inquiere sobre el mundo para integrarse de mejor manera a él.

El sentimiento de iniciativa que le impulsa “constituye la base realista de un sentido de ambición y propósito” (Teoría de Erikson, desarrollo humano, 2007) que logra la sensación de sí mismo y la intrusión progresiva del mundo en él, incluida la genitalidad rudimentaria que provee culpa y temores.

En los niños de 5 a los 13 años se centra el estudio de esta tesis, en la etapa llamada Laboriosidad vs. Inferioridad: En esta etapa el niño comienza la educación preescolar y escolar. El pequeño comparte tareas; de manera infantil tiraniza la experiencia con los pares aunque no obliga ni provoca la restricción; hace cosas por sí mismo y tiende a planearlas. Se muestra insatisfecho y disgustado cuando al hacer cosas no le parecen perfectas o bien hechas con lo que emerge el sentimiento de inferioridad, el cual se manifiesta sintiéndose en desventaja por su situación social y económica, por sus características raciales o en correspondencia con la percepción de deficiente rendimiento escolar. En este sentido recae en el centro educativo promover la laboriosidad.

La teoría de Erikson, en este estudio de tesis, sitúa a los niños escolares y los procesos que ha cursado previamente en las etapas anteriores permitiendo una amplia comprensión de los fenómenos ocurridos en la infancia y en la niñez. A la vez aclara sobre la relación que el niño es capaz de establecer con el odontólogo en una situación en la clínica dental, como se verá más adelante.

Como se dijo un poco antes, el desarrollo del comportamiento social del niño es semejante y equivalente al desarrollo psicosexual que se establece en

sincronía a lo expuesto por Freud, cuando expone las diferentes etapas psicosexuales por las que cursa el ser humano durante su desarrollo evolutivo.

El ser humano se desarrolla simultáneamente en la dimensión somática o física, mental o psicológica y la espiritual. Cuando el niño nace viene dotado con todo el arsenal que necesita para lograr su trascendencia, lo que obtendrá con el paso del tiempo. Ya indicaba Erikson que en el desarrollo social es determinante en la conformación de la personalidad, lo cual es consistente con el desarrollo propuesto por Freud y con la teoría del apego.

RASGOS DE LAS ETAPAS PSICOSEXUALES DEL DESARROLLO

ANORMAL	NORMAL	ANORMAL
Rasgos orales	←——→	
optimismo	←——→	pesimismo
credulidad	←——→	suspicacia
manipulación	←——→	pasividad
admiración	←——→	envidia
engreimiento	←——→	subestima
Rasgos anales	←——→	
avaricia		exceso de generosidad
restricción, limitación	←——→	expansividad
terquedad	←——→	conformidad
orden, pulcritud	←——→	desaliño
puntualidad rígida	←——→	tardanza
meticulosidad	←——→	suciedad
precisión	←——→	vaguedad
Rasgos fálicos	←——→	
vanidad		autodesprecio
orgullo	←——→	humildad
coraje insensato	←——→	timidez
impetuosidad	←——→	discreción
sociabilidad	←——→	aislamiento
elegancia	←——→	fealdad, falta de adornos
coquetería	←——→	huida de la heterosexualidad
castidad	←——→	promiscuidad
alegría	←——→	tristeza

Las ciencias naturales y las físicas (Frost, 1995), incluida la medicina y la odontología pueden designarse como duras en vista de que se marcan como más científicas en virtud de su exactitud y la rigurosidad de sus métodos. Estas cualidades facilitan las predicciones experimentales y empíricas basadas en datos estadísticos los que proveen información organizada en la objetividad. En el otro lado quedan las ciencias blandas con características opuestas; se incluyen en este grupo las ciencias sociales y las humanas, en consecuencia, la psicología.

Las ciencias sociales y humanas dan visiones diferentes de un mismo fenómeno, el ser humano. No estaría completa la explicación sobre los alcances que significa “ser humano” si se dejaran por un lado los aspectos psicológicos y espirituales implicados en su perfeccionamiento.

Las teorías psicodinámicas tienden a subrayar los motivos, los conflictos y los procesos mentales inconscientes provistos de un significado único en relación con la estructura mental individual, incluido el funcionamiento del aparato psíquico, los mecanismos de defensa, el conflicto; la represión, el narcisismo, la melancolía, la transformación de los instintos y la teoría de los sueños. De acuerdo a estas teorías, el pasado perdura en el presente ejerciendo un efecto reactivo sobre la conducta individual presente, conducta que no está determinada, sino que se modifica en relación con el mundo real (naturaleza activa de la personalidad).

Freud plantea que la vida psíquica está determinada. Enseña que todo fenómeno psíquico tiene una causa fundada en una elección o decisión libre en las que la causa es la fuerza del motivo más potente. Nada es al azar, todo tiene una causa.

> "...el psicoanalista se distingue por una creencia particularmente rigurosa en el determinismo de la vida anímica. Para el no hay en las exteriorizaciones psíquicas nada insignificante, nada caprichoso ni contingente; espera hallar una motivación suficiente aun donde no se suele plantear tal exigencia" (Bernardi, 1995).

El psicoanálisis resalta el hecho de que la conducta es determinada por los hechos, los deseos, los impulsos, los motivos y los conflictos intrapsíquicos que permanecen inconscientes. Estos conflictos intrapsíquicos son los que permanecen atrás de las conductas manifiestas.

El psicoanálisis establece que los conflictos primarios se configuran durante la infancia por medio de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos. De ello se deduce la importancia de la historia de la persona, para establecer los conflictos presentes situados en el pasado; que son el sustrato para instaurar la ansiedad y el miedo; por ello se deriva que la conducta presente no es producto del azar, sino que las causas son identificables en la historia de vida de

la persona. El conflicto que presenta la persona en una situación odontológica equivale a un conflicto determinado en el pasado de la persona misma con las consiguientes manifestaciones propias de la ansiedad y el miedo.

En la conducta conflictiva del paciente dental mientras está en una situación odontológica es importante conocer aspectos de la vida del paciente, aspectos que posiblemente rebasan los propósitos de la odontología; sin embargo, una adecuada anamnesis, una entrevista con los padres o con el paciente adulto, previo al tratamiento dental, pueden ser herramientas valiosas para el abordaje de la persona en una situación odontológica. Cualquier expresión física, corporal, sistémica, situacional, comportamental, son fuentes de información para el mejor manejo del paciente ansioso y miedoso en la clínica dental.

Los contenidos sexuales reprimidos durante el desarrollo psicosexual, de acuerdo al psicoanálisis se manifiestan a nivel simbólico por medio de sueños, chistes, lapsus linguae y diversos errores.

En la situación odontológica se ha observado que previo al tratamiento, durante o después, en cada cita, algunos pacientes buscan un desahogo o un alivio a la tensión producto de la preocupación y al miedo previo al tratamiento, buscando entablar conversaciones con el odontólogo buscando seguridad y confianza en un intento de reconocer en el cirujano dentista las relaciones que se mantienen o tuvieron con los padres.

El papel represor de los padres establece las ansiedades infantiles reprimidas y la expresión de los mecanismos de defensa para proteger a la persona contra la repetición de esas ansiedades. Los síntomas observados en los pacientes como miedo, ansiedad y angustia reflejan las estrategias utilizadas por los pacientes para mantener el equilibrio intrapsíquico.

Por ello el papel comunicativo del profesional de la odontología es indispensable para lograr una remisión aunque de forma parcial de los síntomas, al neutralizar la energía reprimida y favorecer la consciencia de la situación que se experimenta en la clínica, para establecer nuevas valoraciones con respecto a las relaciones padres-niños en un espejamiento odontólogo-niño.

La transferencia ocurre cuando un cliente proyecta sentimientos sobre el terapeuta (odontólogo) que tienen que ver con otras personas importantes. Freud entendía que la transferencia era necesaria en la terapia (por extensión al tratamiento dental) para traer a la luz aquellas emociones reprimidas que habían estado causando problemas al paciente por tanto tiempo, que permanecen en latencia y son manifiestas luego del efecto detonante del odontólogo y el significado asignado por el paciente a su trabajo. La transferencia es una reproducción del aquí y del ahora de las primeras experiencias emocionales del bebé con sus primeros objetos (la madre, el padre).

1.6.1 Teoría de las relaciones objetales (Teoría de las posiciones)

"Las relaciones objetales son la base de la estructura de la personalidad, son las que determinan el establecimiento y las vicisitudes de la vida psíquica humana, determinadas por la distribución y la circulación energética" (Coderch, 1990, pág. 22).

Las relaciones objetales son las relaciones que a partir del nacimiento el bebé ha mantenido con las personas que han tenido cuidado de él y lo han atendido en sus necesidades vitales que se mantienen a lo largo de la vida y que son falseadas por la ansiedad y las pulsiones. En consecuencia "las relaciones del bebé con sus cuidadores están marcadas por el complejo de Edipo. Este complejo señala el núcleo básico de la personalidad al referirse a las relaciones objetales. La personalidad se concibe, entonces, como el resultado de la interacción del yo con los objetos" (Coderch, 1990, pág. 22).

Las relaciones objetales son estrictamente estructuras intrapsíquicas que se manifiestan en todas las relaciones interpersonales. Estas estructuras intrapsíquicas están fundamentadas en las representaciones mentales del self (ello, yo, superyó), y del objeto.

Las estructuras intrapsíquicas representan el mundo interno del individuo, esto quiere decir que el mundo interno modula el trato del sujeto con los otros sujetos en el llamado mundo externo.

“El yo es la parte organizadora de la personalidad que experimenta las pulsiones, las controla y las dirige; coordina las actividades sensoriales y motrices e integra las relaciones con el mundo exterior” (Coderch, 1990, pág. 23).

“Las representaciones del self y las de objeto son flexibles y sensibles a la experiencia y adaptables a las circunstancias en la persona con una modalidad genital mientras que cuando las estructuras intrapsíquicas se hayan rígidamente organizadas en el caso de un desarrollo no sano, provoca pautas inalterables de todas las experiencias y situaciones del sujeto. Esto constituye la modalidad pregenital” (Coderch, 1990, pág. 23).

Ambas modalidades tienen relación con el desarrollo psicosexual. En la modalidad sana la personalidad es genital y en la enferma es pregenital (rígida).

Como se dijo con anterioridad las relaciones objetales son falseadas por las pulsiones (libidinales o de vida y agresivas o de muerte) y las ansiedades del sujeto. “Estas dos convierten las imágenes reales en imágenes internas (imagos) inconscientes que pueden ser muy distintas a las imágenes reales (realidad objetiva)” (Coderch, 1990, pág. 24).

Las relaciones interpersonales como una expresión de las fantasías que pone en marcha el yo, es lo que muestra la estructura de la personalidad.; por eso toda perturbación psíquica se realiza en el trato con los otros. Cuando el yo está situado en la realidad se obtiene la satisfacción pulsional al no entrar en choque con los objetos internos ni con el mundo circundante (self, mundo exterior y relaciones interpersonales).

Cada persona transforma y adapta la realidad de acuerdo con sus ansiedades, deseos, fantasías, necesidades y defensas. Estas defensas del yo están relacionadas con la distancia entre el sujeto y el objeto. Mientras más mecanismos de defensa hayan más será la distancia entre ambos. Esta distancia evidencia la separación entre la pulsión dirigida hacia el objeto y la transformación de la pulsión por obra de las defensas que se relacionan con él. A mayor deformación por la proyección mayor será la dificultad del sujeto de tolerar la proximidad del objeto contrahecho y amenazador.

La relación del objeto puede ser genital o pregenital de acuerdo al nivel de la evolución de la líbido y a las vinculaciones objetales.

Características de las relaciones objetales pregenitales (Coderch, 1990, pág. 25)

1. Dependencia del objeto
2. Esclavización al objeto y sus demandas
3. El sujeto siente que no puede sobrevivir sin el objeto
4. El sujeto teme a su propio aniquilamiento
5. El sujeto teme al sentir que no puede disponer del objeto total o parcialmente.
6. El objeto no cuenta para nada en sí mismo
7. No reconoce sus necesidades, su libertad e independencia
8. El objeto solo es considerado como proveedor de satisfacciones, se le requiere solo por los servicios que presta
9. Pavor inconsciente de la pérdida del objeto
10. La abundancia de las proyecciones da lugar a que la realidad del objeto quede espesamente enmascarada bajo características aterradoras por las ansiedades, deseos, pulsiones y fantasías.

Características de las relaciones objetales genitales (Coderch, 1990, pág. 25)

1. No existe pavor inconsciente de la pérdida del objeto sentida como una amenaza latente que desencadenará la propia destrucción
2. Las deformaciones debidas a las proyecciones no distorsionarán al objeto ni le quitan sus características esenciales
3. La independencia y libertad del objeto son respetadas
4. Se ama al objeto por sí mismo no por lo que provea
5. Las demandas que se dirigen al objeto no son imperativas ni absolutas
6. El objeto no es insustituible por lo que el sujeto puede amar a otros objetos, intereses, actividades, conocimientos
7. Las emociones son más suaves y flexibles, adaptables a la realidad y desprovistas de actitudes extremas y trágicas.

La identificación (ser como el objeto primario) es la etapa previa de la elección de objeto, de hecho, significa la primera relación de objeto. En este

período el yo desea incorporar al objeto devorándolo (triturándolo) en un acto que es propio de la fantasía de la fase oral o canibalística con lo cual el objeto es aniquilado en el psiquismo. La madre es destruida e incorporada por devoración.

El nacimiento biológico humano es un proceso distinto al nacimiento psicológico de la persona, procesos que están integrados en la persona en el desarrollo evolutivo de la psiquis y del soma (la parte biológica) del ser humano; dos progresiones íntimamente relacionadas entre sí. El enlace entre ambos nacimientos está determinado por la presencia física y simbólica de las piezas dentarias. Se sabe que:

> "La formación de la cara ocurre principalmente entre la cuarta y octava semana del desarrollo embrionario. Las estructuras que formarán la cara en el ser humano están compuestas por 5 primordios los que aparecen alrededor del estomodeo (boca) embrionario tempranamente en la cuarta semana de desarrollo. Estos 5 primordios son: la prominencia frontonasal, 2 procesos maxilares y 2 procesos mandibulares. Los procesos maxilares y mandibulares son derivados del primer arco branquial" (Rossell Perry, 2009).

En el desarrollo embrionario como se mencionó con anterioridad que el primer rastro del estomatodeum se tiene cuando el embrión tiene 11 mm de longitud (5ta semana aprox.) y a la 8va semana se comienza a formar el germen dentario dentro de las láminas dentarias.

El acto de respirar y alimentarse significa mantener la vida y constituyen los dos hechos vitales que realiza el recién nacido en los cuales la boca realiza el papel fundamental como vía regia para alimentarse y como vía alterna para complementar la respiración. En este sentido luego del nacimiento el bebé se alimenta con exclusividad con la leche materna o fórmulas lácteas que la sustituyan. Más adelante luego de la tolerancia del infante hacia otro tipo de alimentos más sólidos y de acuerdo con la erupción de las piezas dentarias, el organismo estará en condiciones de integrar en la dieta los nutrimentos necesarios más sólidos.

Las piezas dentarias son determinantes para cortar, triturar y moler los alimentos en fragmentos para su fácil deglución y facilitar los procesos digestivos para la asimilación de los alimentos, que dicho sea de paso inicia con la formación del bolo alimenticio.

La masticación es una actividad innata y refleja que incluye la succión y trituración de los alimentos que inicia con la erupción de las piezas dentarias. Sin embargo, en el plano simbólico la presencia de los dientes inicia con la formación del germen dentario y se manifiesta con la succión del pulgar que se observa en el feto cercano a la 16va. semana de gestación (Crianza y Salud, 2013). Luego de nacer el chupeteo de forma nutricia o no constituye el modo que el bebé tiene para conocer el mundo exterior, por ello la boca es el asiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y emocionales con las que se obtiene seguridad, confianza, placer y satisfacción, y las primeras percepciones subjetivas de sí mismo en relación con el objeto primario. Además, provee el sentimiento de unidad en la formación y constitución del yo marcando el límite entre el mundo interno y el externo tanto físico como psíquico.

A la par de la masticación se realizan los movimientos de cierre y apertura de la boca, movimientos de lateralidad derecha e izquierda y el movimiento protrusivo. En el bebé predominan los movimientos de apertura y cierre (alimentos blandos) y conforme se completa la dentición primaria se establecen los movimientos de lateralidad y los protusivos para lograr la eficiencia masticatoria con los alimentos duros.

Destruir los alimentos significa bienestar físico y orgánico con la satisfacción de la necesidad somática, la cual no podría satisfacerse de otra forma.

Simultáneo a la satisfacción de la necesidad somática (hambre) se encuentra la necesidad de la satisfacción psíquica que se realiza con la devoración del objeto primario (alimento espiritual) que inicia y mantiene la vida psíquica durante toda la vida, cuya unidad integradora entre soma y psiquis es la pieza dentaria.

La implicación de esta postura se manifiesta en el trabajo que el odontólogo realiza en la práctica cuando en el ejercicio de extraer piezas dentarias, cortar sus

partes e invadir al organismo con materiales ajenos e instrumentos sofisticados con formas fálicas, ruidosos y a altas velocidades es percibido como un ultraje, una injuria y una amenaza que en el plano simbólico significa una ofensa, una brusquedad, una infamia o un bochorno (a lo cual el paciente se somete en contra de su voluntad) con lo que en un acto de “legítima defensa” el paciente evita el desapego, el miedo, la ansiedad y la angustia que produce la pérdida del objeto primario o sus partes y el trauma de enfrentar una situación que se escapa de su control y lo vulnerabiliza en el mundo en el cual se desenvuelve. El paciente se confronta con aceptar la separación de partes del objeto primario o huir de esta amenaza, llevando consigo las consecuencias de la profundización de los problemas dentarios y de la cavidad oral, que limitan su calidad de vida.

En estas circunstancias el cirujano dentista está facultado para que el paciente destruya a quien ama, es decir al objeto primario (ambivalencia primitiva) y de sustituirlo de forma artificial por medio de las restauraciones dentarias.

Este proceso a nivel simbólico es análogo con el complejo de Edipo el cual se vigoriza por la rivalidad que se establece entre el niño y el padre como consecuencia de la investidura sexual que se dirige hacia la madre puesto que la madre y el niño son una unidad simbiótica luego del nacimiento. El padre se configura como castrante y el objeto temido -el superyó- (el odontólogo) por la separación que para el infante significa alejarse de la madre y la interiorización de las prohibiciones que más adelante significarán las reglas y las normas para vivir en sociedad.

Por lo expuesto con anterioridad, el padre representa un obstáculo para los impulsos sexuales del niño hacia la madre y desea deshacerse del padre, destruyéndolo por el mecanismo de devoración para ser como el padre y sustituirlo junto a ella. El paciente odontológico procura evitar la situación edípica para evitar la aflicción de la mutilación que supone; aunque las piezas dentarias y estructuras asociadas permanezcan destruidas (pero idealizadas psíquicamente).

Como se mencionó la identificación es la primera forma de relación con el objeto en la que se quiere ser como el objeto. La elección de objeto se refiere a querer tener al objeto y poseerlo.

El superyó contiene el precipitado (sedimento o depósito) de las elecciones tempranas de objeto (y sus investiduras libidinales) abandonadas luego del progreso del niño en su desarrollo. Las investiduras libidinales de objeto son desechadas y sustituidas por la identificación del yo con los objetos desechados (padres). Debido a ello las órdenes y prohibiciones de ambos progenitores son introyectadas.

El superyó contiene las investiduras libidinales desechadas las cuales son sustituidas por la identificación del yo con los objetos primarios. Por esa razón las órdenes y prohibiciones de ambos padres introyectadas forman el núcleo del superyó y perpetúan la prohibición de los deseos sexuales incestuosos y de los instintos parricidas dirigidos hacia el progenitor rival, asegurando al yo contra el daño de las investiduras libidinales incestuosas.

La identificación permite al yo apoderarse de la energía del ello pues al identificarse con el objeto atrae sobre sí las pulsiones libidinales que se dirigen hacia el objeto.

La formación del superyó supone la identificación con la función parental. Al resolverse el Edipo el niño abandona la elección libidinosa del objeto y en compensación a esto renuncia e intensifica la identificación con el objeto.

El carácter del yo depende de estas identificaciones que atraen sobre sí las pulsiones libidinales que se dirigen hacia el objeto; con la función parental y sus prohibiciones y de los precipitados de las investiduras de objeto abandonadas.

La reparación de las piezas dentarias y el sufrimiento físico, psicológico y emocional, en analogía con las pulsiones agresivas y las pulsiones libidinales establece parcialmente la configuración del conflicto psicológico que se observa en la clínica dental en relación con los primeros objetos.

El acto de reparar las piezas dentarias significa devolver al paciente las herramientas para introyectar el mundo interno y el mundo externo, con lo que se gana seguridad, confianza personal y autoestima. Si se observa a una persona con las piezas dentarias destruidas y con la necesidad de una rehabilitación oral, se supone que esta condición es un reflejo de su ansiedad, además del daño psíquico recibido en relación con los objetos primarios y expresados por la

destrucción simbólica de los órganos dentarios que sirven para devorar el mundo e interiorizarlo. Se observa al final del tratamiento dental que los pacientes logran reconciliarse consigo mismos.

Para la generalidad de las personas los procesos de rehabilitación oral son razón suficiente para evitar la exposición a las intervenciones del profesional de la odontología. La postura del profesional en estas circunstancias consiste en realizar el trabajo solicitado a expensas de la salud emocional del paciente, sin considerar sus miedos y ansiedades. En relación a los estados psíquicos y emocionales incluidos, los provocados por el superyó (el odontólogo persecutorio) la persona no escoge sus sentimientos, temores y apetencias, sino que todo esto forma parte de ella; no es la persona quien decide tener o no tener tales emociones, afanes o impulsos debido a que la realidad psíquica es ajena a la pequeña parte llamada deseos inconscientes e intención voluntaria (Coderch, 1990, pág. 29).

En relación a los estados psíquicos y emocionales incluidos, los provocados por el superyó (el odontólogo persecutorio) la persona no escoge sus sentimientos, temores y apetencias, sino que todo esto forma parte de ella; no es la persona quien decide tener o no tener tales emociones, afanes o impulsos debido a que la realidad psíquica es ajena a la pequeña parte llamada deseos inconscientes e intención voluntaria (Coderch, 1990, pág. 29).

El mundo interno (MI) se relaciona con la realidad psíquica la cual es diferente a la realidad material y objetiva. “Las relaciones objetales o relación psíquica o mundo interno son consistentes, permanentes y sólidas. Mientras más inconscientes sean sus emanaciones (manifestaciones o emisiones) más rebelde será su modificación. Debido a esta condición el paciente angustiado no puede abandonar su ansiedad” (Coderch, 1990, pág. 29).

Esta consistencia se debe a que las relaciones del yo con los objetos internos (es decir, las representaciones mentales) solo son imaginarios desde el punto de vista del mundo externo, pero los objetos internos son reales para el sujeto pues estos objetos son el fundamento de la estructura psíquica la cual está fundamentada en las representaciones mentales del self y de los objetos. En este

contexto el yo se forma a partir del núcleo originario de la incorporación de los objetos primarios -los padres-.

La ansiedad que se experimenta en la situación odontológica es consistente, permanente y sólida en el paciente en relación con el mundo interno, lo que la vuelve parte de la esencia de la persona misma y parte fundante del núcleo del yo en forma de estructuras intrapsíquicas, representaciones del self y de los objetos tanto internos como del mundo externo en apego o no a la realidad, todo este proceso en relación directa y determinante con la imaginación del paciente.

Klein explica que el bebé internaliza a los padres en forma similar a la incorporación que sucede en la fase oral esclarecida por Freud. Ilustra que la elaboración de las imágenes mentales de los padres bajo la influencia de las pulsiones agresivas da lugar a las imágenes mentales (imagos) diferente a los de la realidad objetiva. Por medio de esta internalización los objetos totales y parciales (partes del objeto) quedan incluidos en el espacio mental interior o mundo interno.

Al interiorizarse los objetos de esta manera permanecen deformados por la agresividad proyectada hacia ellos por lo cual quedan deformados y convertidos en agresivos, sádicos y voraces. Esta agresividad es propia de la fase oral canibalística.

> “El contenido mental inconsciente, la fantasía, es el representante psíquico de las pulsiones agresivas que forman los primeros procesos mentales incluidos, o sea la ansiedad, temores, sentimientos de desamparo y los procesos de defensa que se emplean contra esos procesos mentales” (Coderch, 1990, pág. 29), es decir contra la fantasía (Coderch, 1990, pág. 31).

Estos objetos colocados por la fantasía en el mundo interno son alejados de la realidad objetiva, siendo los objetos con los cuales el bebé se relaciona (la distancia entre el objeto real y el objeto internalizado por medio de la fantasía constituye la fuente de las ansiedades).

Freud señala que el yo y el superyó están formados por el precipitado de relaciones que han sido abandonadas; en este contexto el yo es el crea las fantasías enlazadas con la introyección de los primeros objetos parciales (el pecho idealizado es el pecho bueno, y el pecho persecutorio, la madre bruja).

Luego de la introyección de estos objetos parciales se introyecta el pene y más adelante los objetos totales. Por eso la estructura de la personalidad estará determinada por las fantasías más permanentes del yo sobre sí mismo y sobre los objetos que contiene. La base de la fantasía es la identificación primaria, la introyección y la proyección.

Lo que primero alucina (encandila y seduce) es el pezón, luego el pecho -la madre-, para calmar el hambre y obtener placer en el proceso. El significado de la boca, incluidas sus estructuras y en específico el órgano dentario se perfila vital durante toda la vida, como el instrumento utilizado para la fragmentación de los alimentos y alimentar el organismo, mientras más completas estén los órganos dentarios más satisfacción se generará.

> “La gratificación no extingue en realidad el hambre, sino que se intensifica hasta la aparición de más necesidades de alimento; con esto la imaginación de la satisfacción tiende a desaparecer. Este proceso es conocido como la frustración de la necesidad pulsional” (Coderch, 1990, pág. 32)

El sufrimiento que ocasiona la frustración aumenta el deseo y surge el impulso de incorporar el pecho en el interior para evitar el sufrimiento, guardando dentro de sí la fuente de la satisfacción, tal como podría haber ocurrido en el vientre materno; tal como sucede con la necesidad de satisfacción biológica para mantener la vida, en la que los alimentos son procesados para suplir las necesidades energéticas. Mientras el alimento no es proveído la persona alucina la comida; si no es suministrada el organismo entra en un estado de estrés.

Cuando la madre no acude a solventar la frustración y el dolor experimentado, el niño crea en su fantasía el objeto malo o persecutorio. Este objeto percibido como malo es reintroyectado y queda en el mundo interno como un objeto amenazante, persecutorio y peligroso contra el cual hay que defenderse y expulsarlo al exterior (porque es fuente de ansiedad y desprotección).

El proceso de externalización incluye los procesos que colocan o expulsan a una parte del self o de los objetos internos en la periferia del sujeto. Comprende la excorporación, extroproyección, proyección e identificación proyectiva. Mientras que la internalización comprende la triada de la incorporación, (la asimilación, imitación), la introyección y la identificación introyectiva.

La internalización puede llevarse a cabo de dos maneras (1) la promovida por el amor y el deseo de guardar dentro de sí al objeto bueno, (2) por influencia de los deseos de devorar agresivamente, comer y morder destruyendo cuando el niño no es gratificado (cuidado).

En el primer caso, el objeto internalizado es fuente de protección y ayuda, evita los sentimientos de soledad; en el segundo caso el objeto internalizado se vuelve hostil y agresivo, es vivenciado como enemigo, perseguidor interno, destruido por el odio y la envida con que se le ha incorporado. En una situación odontológica la persona se siente amenazada, agredida y si el odontólogo es persecutorio, la ansiedad producida escapará del control del yo con lo que evita la situación temida. Si no se provee una fuente protectora la relación odontólogo-paciente será frustrante para el paciente. A ello se suma la ansiedad persecutoria y de castración resultado del trabajo odontológico.

El objeto internalizado puede ocupar dos espacios mentales distintos; puede colorarse en la periferia del self con lo que se permite que el yo tenga relaciones con el objeto (objeto introyectado orbital).

Así mismo el objeto puede entrar a formar la zona más nuclear del self con lo que pasa a formar o integrar la estructura yoica. Los objetos pueden ir del self, es decir del núcleo del yo hacia la periferia y viceversa.

“La incorporación es la forma más primaria de internalización que equivale mentalmente a la ingestión oral con las connotaciones sádicas y destructoras de la fase oral. Las identificaciones por su parte producen un cambio estructural en el yo. Las identificaciones introyectivas son los puntos centrales y sólidos alrededor de los cuales se van constituyendo las funciones y capacidades yoicas por aposiciones sucesivas” (Coderch, 1990, pág. 32).

El primer objeto introyectado es el pecho materno o función nutricia, como un gratificador que proporciona la vida (objeto bueno) y hace desaparecer la ansiedad promovida por el hambre y por las pulsiones destructivas. El pecho bueno o gratificador es integrador; fortalece en el bebé la capacidad de amor y la confianza en sus objetos, exalta la interiorización de objetos y situaciones buenas. Es de la misma forma, “la fuente esencial de reaseguramiento contra la ansiedad, es la parte benigna del superyó” (Coderch, 1990, pág. 35). Con la introyección del pecho materno se consuma la fase oral pasiva.

Los objetos parciales y los totales coexisten en la mente de cada sujeto. Un objeto interno (imago) es la representación psíquica inconsciente de una persona significativa a la que el sujeto siente como constituyente de su mente y que desde el inicio ha quedado revestida por las pulsiones y emociones que sobre ella se han proyectado, en este caso el cirujano dentista es proyectado en objeto que ha sido persecutorio.

Las ansiedades inexplicables observadas en el tratamiento odontológico y los síntomas psicopatológicos son una manifestación de ese mundo interno con sus imaginaciones y fantasías. El paciente no puede prescindir del mundo interno, no percibe el tratamiento dental como una situación totalmente objetiva sino en relación con sus fantasías, imaginaciones y experiencias previas en la clínica dental.

La incorporación agresiva y la internalización de un objeto devorado constituyen el aspecto cruel, sádico y punitivo del yo temprano, reminiscencias que se observan en la situación odontológica en la que la presencia del órgano dentario realiza una función simbólica determinante en la percepción de la persona sobre sí misma, sobre el mundo en el cual vive y en la adaptación de la persona al medio en el cual realiza sus actividades.

El órgano dentario y sus funciones en relación con la fragmentación del mundo interno y del mundo externo para su posterior internalización, en el inicio de la vida del ser humano luego del nacimiento, es el paradigma que cimenta las aflicciones, el sufrimiento espiritual, la ansiedad y la imaginación de un mundo terrorífico en correspondencia con los cuidados recibidos y percibidos por el objeto

primario como percepciones fantásticas que permanecen en la subjetividad y que son magnificadas por el dolor físico, la invasión al soma, los vejámenes del odontólogo y su personal auxiliar, el equipo odontológico que realizará físicamente las amputaciones y el miedo de permanecer durante periodos de tiempo sin la posibilidad de defenderse de estas situaciones.

La conducta (personalidad) a cualquier edad y a partir de la calidad de la atención odontológica (servicio y tratamiento dental) se observa afectada a profundidad, causando regresiones a etapas pregenitales en las que se reconocen las manifestaciones de síntomas físicos, cognitivos, conductuales y emocionales con la expresión de síntomas de trauma y estados conflictivos relacionados, con reminiscencias infantiles y visualizaciones posteriores de separaciones simbólicas del objeto primario protector y de las amputaciones propias del tratamiento dental y al órgano dentario, productoras de ansiedad de separación por la ansiedad y el miedo de quedar desprovisto de la defensa y de la capacidad fragmentación del mundo que significará la aflicción del aislamiento de sí mismo y de la posibilidad adaptativa.

1.6.2 Personalidad

El ser humano en su conducta no es esencialmente instintual, aunque sigue patrones racionales conductuales determinados por el entorno en el cual se desenvuelve, reaccionando en determinado momento a patrones estímulo-respuesta. El ser humano es motivado por la pulsión en la que media la historia y experiencia de la persona, su desarrollo evolutivo y su determinación de lo que hace utilizando las posibilidades que tiene a su alcance y de la libertad que le faculta para asumir el propio “ser y hacer” para construir su vida.

Freud establece que el inconsciente determina la conducta del hombre. La historia del organismo es primordial en la determinación de la conducta presente. Las motivaciones y emociones, fundamento de la conducta, son internas gobernadas por las fuerzas dinámicas inconscientes, “la actividad consciente y la conducta están determinadas en gran medida por los motivos y los conflictos inconscientes” (DiCaprio, 1989, pág. 32).

El fundamento de la conducta humana se ha de buscar en varios instintos inconscientes, llamados también impulsos, los instintos conscientes y los instintos inconscientes, llamados también, instintos de la vida e instintos de la muerte, eros o thanatos. Estos dos instintos se oponen entre sí configurando de esta manera la esencia del conflicto psicológico. Los instintos de vida y los de la muerte forman parte de lo que Freud llamó “ello” o “id”, y el “yo” o “ego”.

> “El conjunto de actos y funciones de la mente (psique) está dividido en tres estratos (capas). Uno llamado consciente (CC), otro preconsciente (PreCC) y el tercero inconsciente (ICC), los que se oponen entre sí. El yo es consciente, vive el momento presente de la consciencia, se rige por el principio de la realidad; tiene la conciencia de identidad” (DiCaprio, 1989, pág. 37).

> “El preconsciente tiene entre sí los recuerdos latentes (disfrazados, enmascarados y borrosos), está entre el inconsciente y el consciente, es el filtro entre el consciente y el inconsciente. El inconsciente es el depósito mental del pasado, no obligado por el deber o restricción moral, es comúnmente inaccesible y al que se infiere a partir de sueños, lapsus lingüísticos, asociaciones libres y formación de síntomas neuróticos” (Sandrea Govea, 2009).

De acuerdo por lo expuesto por Freud, la represión es la causa de las fuentes ocultas de la ansiedad; los conflictos y los deseos inconscientes causan los síntomas. De todo esto el paciente puede hacer un insight a través de la asociación libre de ideas.

> “La estructura de la personalidad está dividida en tres instancias (procesos): yo, ello y superyó. El ello es la parte primitiva de la psique compuesta por instintos psicobiológicos heredados, es la fuente de energía psíquica, funciona con el principio del placer, controla los procesos primarios de pensamiento y es totalmente inconsciente” (DiCaprio, 1989, pág. 42).

El yo, sirve y controla al ello, administra la personalidad, distingue entre lo objetivo y subjetivo, se rige por el principio de la realidad, se caracteriza por los procesos secundarios del pensamiento, es consciente, preconsciente e

inconsciente, es el mediador entre el ello y el superyó y afronta el mundo externo de la persona.

El superyó tiene dos funciones: conciencia e ideal del yo; es el componente moral o cultural de la personalidad, es primitivo en el neurótico, sus ideales son moralistas y perfeccionistas, promueve el autocontrol, inhibe los impulsos del ello; es preconsciente e inconsciente; se antepone al ello y el yo.

El desarrollo de la personalidad consiste en el desenvolvimiento o despliegue de los instintos sexuales en la niñez, en cuatro etapas llamadas etapas del desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica y genital y entre las dos últimas un periodo de latencia: cuando las personas adultas manifiestan reacciones emocionales y necesidades semejantes a las infantiles, aparecen las fijaciones de una etapa anterior de la vida como bloqueos parciales de la personalidad, volviéndose las tendencias infantiles características de la personalidad (personalidad pregenital).

Freud define la personalidad como el producto de la lucha entre tres fuerzas en interacción que determinan el comportamiento humano: ello, yo, superyó, donde las motivaciones permanecen en la mayoría de los casos ocultas e ignoradas, incluso por los mismos individuos.

La detención del desarrollo de la personalidad es causada por la frustración excesiva y la tolerancia excesiva (fijaciones) lo que provoca tendencias infantiles de la personalidad. La fijación en una etapa anterior del desarrollo produce un tipo de carácter manifestado por un síndrome de rasgos que se interpreta como una personalidad anormal.

Freud consideró que todo el comportamiento humano estaba motivado por las pulsiones, las cuales no son más que las representaciones neurológicas de las necesidades físicas. Al principio se refirió a ellas como pulsiones de vida. Estas pulsiones perpetúan: (a) la vida del sujeto, motivándole a buscar comida y agua y, (b) supervivencia de la especie, motivándole a buscar sexo. La energía motivacional de estas pulsiones de vida, que impulsa el psiquismo, la llamó libido, que quiere decir yo deseo, cargada de energía.

La libido es una cosa viviente; el principio de placer mantiene en constante movimiento a la persona. Y la finalidad de todo este movimiento es lograr la quietud, estar satisfecho, estar en paz, no tener más necesidades; la meta de la vida, bajo este supuesto, es la muerte. Freud empezó a considerar que “debajo” o “a un lado” de las pulsiones de vida había una pulsión de muerte. Empezó a defender la idea de que cada persona tiene una necesidad inconsciente de morir. La transferencia ocurre cuando un paciente proyecta sentimientos sobre el terapeuta, que más bien tienen que ver con otras personas importantes.

> “La transferencia es, ante todo, según su prefijo trans: algo que es llevado (del latín fero: llevar), acarreado, de un lado a otro, a través de otra cosa.
>
> En la teoría psicoanalítica, la “transferencia” es un concepto fundamental que da cuenta el tipo de vínculo que se establece entre paciente y analista, a partir de unas vivencias pasadas de un sujeto con las figuras parentales, que obstaculizan o posibilitan la dirección de la cura.
>
> Es una serie de sucesos psíquicos anteriores que cobran de nuevo vida, pero ya no como pasado, sino como relación actual con la persona del médico.
>
> Para explicar el fenómeno de la transferencia, hace referencia a la relación analítica, donde el analizante transfiere en la figura del médico o analista, fenómenos psicológicos vividos en el pasado, generalmente relacionados con imagos parentales de la infancia. Imago se define según estas acepciones: imagen representación-retrato, busto de un antepasado, estatua, sombra de un muerto, aparición, eco, fantasma, copia, reproducción, apariencia. La transferencia constituye resistencia, porque el paciente al transferir repite (actúa) para no recordar, y sin conciencia de ello. En este sentido es imprescindible para la cura el vencimiento de la resistencia comienza cuando el analista la desenmascara, pero es preciso dar tiempo al paciente para enfrascarse en la resistencia, reelaborarla y luego vencerla.
>
> Freud decía que el paciente vuelve a vivir este antiguo conflicto de un modo directo con el análisis y más abiertamente de lo que sería posible en su vida

cotidiana. Lo que hacía posible que revelase sus impulsos instintivos del ello en forma más pura” (Tomas, 2011).

Freud entendía que la transferencia era necesaria en la terapia psicológica para traer a la luz aquellas emociones reprimidas que habían estado causando problemas al paciente por tanto tiempo

1.6.3 Etapas del desarrollo psicosexual

Los rasgos principales de la personalidad se establecen en la infancia en relación con las características genéticas, familiares (padres y hermanos) y las características ambientales en las cuales el niño se desarrolla.

El desarrollo evolutivo en general puede detenerse en alguna fase del desarrollo psicosexual, ello produce una fijación. Debido a algún acontecimiento se produce una regresión a alguna fijación infantil. La regresión es un mecanismo de defensa que se explicará más adelante.

“Los estadios de la evolución psicosexual (y de las relaciones objetales) están ligados a los conceptos de fijación y regresión y dan la explicación al origen de las perturbaciones psíquicas” (Coderch, 1990, pág. 25).

La psicosexualidad y las relaciones objetales pasan por diferentes fases de desarrollo, las que no desaparecen por completo, sino que cada fase asume la precedente.

“La fijación ocurre cuando la cantidad de retenciones de las pulsiones libidinales y agresivas bloqueadas en cualquier estadio evolutivo, es suficiente para producir perturbación en el desarrollo de esa fase; de manera que la vida pulsional queda vinculada con fuerza a la imagen que predomina en esa fase, a las pautas de relación con ella, a las zonas erógenas de ese momento y a las formas de descarga y satisfacción de los impulsos” (Coderch, 1990, pág. 26).

Abraham y Klein explican que la fijación es la consecuencia de la defensa contra la ansiedad provocada en el niño por componentes sádicos (pulsiones canibalísticas hacia el objeto bueno) de la fase oral y anal. Enseñan que las pulsiones agresivas y sádicas son anuladas por el impulso erótico o líbido (Coderch, 1990, pág. 26).

La ansiedad pregenital es producida por las fantasías de pérdida y destrucción, las que son motivadas por las pulsiones canibalísticas, expulsión de heces del objeto bueno del cual el niño depende completamente para su supervivencia -en específico en la fase oral y anal de acuerdo a Freud-. A esta ansiedad se suma la ansiedad de castración la que se origina en el temor que el bebé experimenta a ser dañado y castigado por el objeto transformado y peligroso que es cargado e investido de las pulsiones agresivas y destructivas que se dirigen contra él; que de acuerdo a Freud corresponde al complejo de Edipo.

La regresión es una marcha atrás (regreso) en dirección a una fase anterior del desarrollo hasta llegar o alcanzar a uno o más puntos de fijación. Esta regresión se realiza en las relaciones objetales, en la organización del yo, de las pulsiones, etc. Incluye la falta de satisfacción de la líbido a lo que se llama frustración. Esta frustración es causada por los conflictos intrapsíquicos, las presiones y las limitaciones externas.

“La frustración engendra agresividad, la que reactiva las pulsiones agresivas pregenitales. Éstas están desligadas de las pulsiones eróticas por la obstrucción de la satisfacción libidinal” (Coderch, 1990, pág. 27). Entonces, se pude decir que la regresión es un fallo en la líbido en el afán de aquietar y pacificar las ansiedades provocadas por la liberación de la pulsión agresiva.

Esto hace que las pulsiones sádicas orales y anales agobien y asfixien al yo. Ante esto el yo reacciona con ansiedad devastadora y utiliza de forma masiva y disociadora los mecanismos de defensa que conoce.

La energía psíquica es un caudal de energía que de no ser tramitada se reprime y se acumula, a la vez que es causa de la ansiedad, la cual es conocida por medio de las pequeñas descargas transformadas en síntomas, los que son visibles por medio de las actuaciones del sujeto (huida-evasión), mecanismos de defensa y problemas adaptativos. Si la acumulación de energía psíquica es considerable y no es posible retenerla (reprimirla), irrumpe (invade y arrolla) destruyendo lo que encuentra a su paso, sin que el individuo sea capaz de controlarla.

Mientras el odontólogo realiza su trabajo, el paciente tiene regresiones a las fases pregenitales (oral y anal) es decir a la etapa en la que quedó fijado; esto permite la manifestación de la ansiedad agresiva y destructiva y, la negación de la satisfacción libidinal; a la vez que se admite la frustración debida a los conflictos intrapsíquicos configurados en relación con el objeto primario. La energía retenida irrumpe. Con esto el paciente es incapaz de mantener el control sobre sí mismo y la situación amenazante que es capaz de consentir que el tratamiento dental sea percibido como perturbador.

Al estar el yo amenazado, abrumado y en abierta defensa por las pulsiones sádico-anales producida por la ansiedad destructora y trágica se establece la fantasía de pérdida y de destrucción que el paciente experimenta debido a las mutilaciones (castraciones) que ejerce el odontólogo, con lo que el paciente pierde el control sobre sí mismo; a la vez que percibe que se queda sin ninguna posibilidad de defensa por lo cual, vulnerable (síntoma y signo del trauma).

Por esto el yo abrumadoramente amenazado, desprotegido y desamparado, utiliza todos los mecanismos de defensa que conoce y que tiene a su servicio para protegerse contra la aniquilación de sí mismo percibido disociándose y mostrando ansiedad extrema a la misma vez que libera la energía retenida, la cual irrumpe provocando caos y la anulación momentánea del yo (percepción de su aniquilación). De esta manera el ello sin ninguna represión desborda los instintos de muerte reprimidos y/o el superyó punitivo toman el control.

El objeto primario transformado en peligroso y temible es proyectado en el odontólogo con lo que se cumplen los miedos, ansiedades y frustraciones del paciente.

Las perturbaciones psíquicas manifiestas dependen de los niveles de regresión alcanzados y de los mecanismos de defensa utilizados por el yo (Heimann, p. e Isaacs, S., 1962), lo que es válido en la clínica dental.

En lo referente a las etapas del desarrollo psicosexual planteadas por Freud, se determinan según las zonas u órganos de satisfacción (gratificación) de

las pulsiones, que obedecen a la preponderancia de los instintos sexuales, en la formación y desarrollo de la personalidad.

“Hay cuatro fases fundamentales. La fase oral, anal, fálica y genital. Entre las últimas dos aparece un período de latencia en el que las pulsiones se apaciguan” (DiCaprio, 1989, pág. 50). En cada fase hay una serie de rasgos de carácter bipolar y de comportamiento que perviven en la edad adulta. Tanto la fase oral como la anal presentan dos estadios,

> “Han pasado los años y ya se acepta las divisiones del extinto Abraham. Distingue una fase oral subdividida en un “1º estadio”, que “se trata solo de la incorporación oral” (a la cual “no es desatino” compararla con la identificación, pero… tampoco parecería lo idóneo en el que “falta aún toda ambivalencia” y un “2º estadio”, “oral–sádico”, “singularizado por la emergencia de la actividad de morder”, que “muestra por primera vez los fenómenos de la ambivalencia”. Igualmente acepta en la “fase anal” la existencia de “dos estadios”, tal como “Abraham probó en 1924”, en el primero de los cuales, “reinan las tendencias destructivas de aniquilar y perder”. En ella se “esfuerzan hacia delante los impulsos sádicos y los anales, por cierto que en conexión con la salida de los dientes” (…) “Ratifica nuestra suposición con respecto a Nuevas Conferencias el que se señale que en la fase oral “entran en escena, con la aparición de los dientes, unos impulsos sádicos aislados”, pero “en medida mucho más vasta en la segunda fase”, “sádico-anal”, “porque aquí la satisfacción es buscada en la agresión y en la función excretoria” (Ferrández Payo, 2009).

En la etapa oral Freud enseña que el origen principal de búsqueda de placer, y al mismo tiempo de conflicto y frustración es la boca en la acentuación del erotismo oral y la fijación de la líbido en el nivel oral en los primeros 18 meses de vida. El niño siente ansiedad por morder, chupar, mascar y vocalizar, pero esto se ve frustrado por quienes cuidan al bebé, configurándose como la primera decepción hacia la persona cuidadora.

De forma gradual el niño avanza hacia el automanejo oral con la incorporación total o parcial de la madre con “el sentimiento de venganza debido

a la castración del pecho nutricio, que produce la culpa como un fenómeno inhibitorio anal, que en la fase anal se convertirá en vergüenza” (Ferrández Payo, 2009), por la destrucción canibalística del objeto, con la tendencia a repetir el evento (compulsión a la repetición).

En esta etapa el niño encuentra por primera vez el poder de la autoridad en su vida, una autoridad que limita las actividades de búsqueda del placer. Si debido al destete de botella o pecho, prematuro o demorado se frustran, es posible que al niño se le impida atravesar el estadio oral sin que se aferre, o se quede fijado.

“Se pueden considerar como oralmente fijados los adultos que manifiestan o dependen de manera improcedente de patrones de conducta oral tales como fumar, sobrealimentarse, hablar en exceso, o emitir sarcasmos mordaces” (Alzueta, 2013).

“Los rasgos de un carácter oral son presentados en forma bipolar en la que un extremo sugiere el producto de una fijación debida a la frustración y el otro extremo sugiere el resultado de una fijación ocasionada por la indulgencia” (DiCaprio, 1989, pág. 51). La porción intermedia entre ambos incorpora elementos de los dos extremos, promueve el desarrollo y el funcionamiento sanos. Los pares bipolares son los siguientes (DiCaprio, 1989, pág. 51):

Optimismo	Pesimismo
Credulidad	Desconfianza
Manipulatividad	Pasividad
Admiración	Envidia
Engreimiento	Autodesprecio

Figura 9. Rasgos de un carácter oral (DiCaprio, 1989, pág. 51).

En la siguiente etapa, la etapa anal se logra el control de los esfínteres, el niño deriva placer en la acumulación, retención y expulsión de las heces, con lo cual el niño pequeño tiene la percepción de poseer algo que en realidad le pertenece y que por medio de ello puede controlar al objeto en beneficio propio; y de expulsarlo mientras ya no obtenga beneficio de él. Este sentido de pertenencia le otorga el sentimiento de poder sobre las otras personas.

Las conductas adultas que se asocian con una posible fijación anal constituyen el comportamiento excesivamente “apretado”, controlado o hábitos “sueltos” o desordenados: las personas que son tacañas, obstinadas, muy ordenadas, interesadas en la limpieza o los pequeños detalles, y aquellas que son desaliñadas, desorganizadas y exageradamente generosas con su dinero, podrían considerarse como individuos que manifiestan características anales.

Los rasgos anales se expresan por las tendencias de dar o retener. Los extremos se encuentran a continuación:

Mezquindad	Generosidad excesiva
Estrechez	Expansión
Obstinación	Conformidad
Orden	Desorden
Puntualidad estricta	Informalidad
Meticulosidad	Desaseo
Precisión	Vaguedad

Figura 10. Rasgos de un carácter anal (DiCaprio, 1989, pág. 52).

En la etapa fálica los órganos genitales son una fuente destacada de placer. Aquí el niño se da cuenta de las diferencias entre hombres y mujeres. Esta etapa se establece entre los tres y seis años de edad.

Existe el complejo de Edipo en el varón y el complejo de Electra en la niña. En éste último la niña ve a su padre como objeto sexual y a su madre como rival; el rasgo patológico principal de esta etapa es la envidia al pene, minimizando el papel femenino y sobrevalorando el masculino.

Durante la etapa fálica (de los 3 a los 5-6 años) el pequeño empieza a experimentar deseos sexuales hacia la madre y quiere hacer a un lado la competencia de su padre. Se le llamó a esta, situación edípica debido a que ofrece una recapitulación del argumento de la tragedia griega, Edipo Rey, quien mató a su padre y se casó con su madre.

El varón vive como que estuviera enamorado de su madre y es agresivo con el padre. Después el niño se identifica con el padre con lo que se configura el

superyó y la ansiedad de castración, debida a la sensación de peligro sin que exista de forma real o perceptible. “Esta ansiedad de castración promueve un estado de agitación y manifestaciones neurovegetativas, debido al temor fantástico a la lesión o pérdida de los órganos genitales, como reacción al sentimiento reprimido de un castigo ante los deseos sexuales incestuosos y prohibidos dirigidos hacia la madre; que afecta la masculinidad o feminidad de una persona y establece el sentimiento de la pérdida de poder” (Ansiedad de castración, 2013), que había experimentado en las fases anteriores, lo cual puede expresarse en la relación odontólogo-paciente.

Debido a que el niño teme ser castrado como castigo a sus deseos incestuosos y asesinos hacia la madre, el complejo edípico y su ansiedad concomitante se resuelve normalmente a través de la represión de los deseos sexuales hacia la madre y la imitación o identificación con el padre.

En el complejo de electra en términos ideales concluye en la identificación del papel femenino y la selección de un compañero aprobado del sexo masculino.

Se ha venido hablando del aparato psíquico en otros apartados. Este está constituido por el ello, el yo y el superyó y en este momento se hace necesario reconsiderar algunos elementos de su funcionamiento, esencialmente de la constitución de las funciones del superyó en la relación estomatólogo-paciente.

El ello como se dijo, es el depositario de los impulsos instintivos en forma de representaciones mentales de algo que se desea o se necesita. Estos impulsos instintivos pueden o no aparecer en la consciencia. Cuando no aparecen en la consciencia son inconscientes y cuando la persona puede acceder a los contenidos mentales, los contenidos del ello pueden llegar a adquirir la capacidad de conciencia o ser conscientes. Por ello las representaciones mentales pueden ser conscientes, preconscientes (en latencia) o inconscientes.

En los estados de neurosis los contenidos mentales son con predominancia inconscientes debido a una “fuerza mental” que se opone al acceso de algunos contenidos mentales que son amenazantes para el yo. Este mecanismo es conocido como represión el cual es ejercido de forma inconsciente, tal como se observa cuando la persona es expuesta al tratamiento dental y sus implicaciones

en ella y es capaz de producir la ansiedad persecutoria y de castración. Sin embargo, los contenidos mentales conscientes que producen rechazo y repugnancia son rechazados y “sacados de la mente” (por medio de los mecanismos de defensa) como ocurre con algunas fantasías de tipo sexual que remiten al complejo de Edipo y al complejo de Electra y a algunos contenidos interpretados como agresivos.

Como resultado se puede deducir que en el paciente reprime los deseos incestuosos hacia la madre por miedo a la castración y los reprime también por la amenaza a la integridad física sintetizados en la relación odontólogo-paciente. Así mismo algunos contenidos mentales luchan por ser conscientes -aún con el esfuerzo consciente de la persona-. Esta lucha consume energía libidinal y se manifiesta por medio de lapsus, olvidos, actos fallidos, inclusive en alteraciones de la consciencia y significan parte de la esencia del conflicto psicológico.

Cuando la represión ejercida por el yo falla los contenidos de ello se manifiestan en forma de síntomas patológicos, tal como ocurre con las neurosis al proporcionar información valiosa cuando se logra interpretar el significado de los síntomas que la persona manifiesta durante la atención odontológica.

Cabe decir que la manifestación de síntomas y de mecanismos de defensa durante el tratamiento dental están influidos por la fragilidad y dependencia afectiva y física del ser humano desde el nacimiento (aunque se piensa que desde antes del nacimiento también) debido a la influencia del objeto primario y de los otros objetos durante el desarrollo de la persona, en forma de funciones parentales. La madre “presta su yo” al bebé, quien lo va incorporando y utilizando de base para la formación del suyo. Además influye también la exposición de la persona al trauma psicológico en la clínica dental.

Como resultado se reprimen los deseos incestuosos hacia la madre por miedo a la castración y los reprime también por la amenaza a la integridad física. Así mismo algunos contenidos mentales luchan por ser conscientes -aún con el esfuerzo consciente de la persona-. Esta lucha consume energía libidinal y se manifiesta por medio de lapsus, olvidos, actos fallidos, inclusive en alteraciones de la consciencia y significan parte de la esencia del conflicto psicológico.

Cuando la represión ejercida por el yo falla los contenidos de ello se manifiestan en forma de síntomas patológicos, tal como ocurre con las neurosis al proporcionar información valiosa cuando se logra interpretar el significado de los síntomas que la persona manifiesta.

Cabe decir que la manifestación de síntomas y de mecanismos de defensa están influidos por la fragilidad y dependencia afectiva y física del ser humano desde el nacimiento (aunque se piensa que desde antes del nacimiento también) debido a la influencia del objeto primario y de los otros objetos durante el desarrollo de la persona, en forma de funciones parentales. La madre “presta su yo” al bebé, quien lo va incorporando y utilizando de base para la formación del suyo.

En relación al superyó y sus funciones de juicio moral o ético (aún antes de producirse la acción) y en estrecha relación con el complejo de Edipo castiga y premia la conducta de las personas. El juicio ejercido por la persona misma es capaz de producir autocastigo cuando el juicio sobre sí misma es negativo, es responsable de la autoestima, el pudor, el asco y la vergüenza, como el resultado de las relaciones de objeto desechadas al final del complejo de Edipo (los deseos incestuosos y prohibidos hacia la madre)

> “El superyó punitivo se manifiesta cuando predomina el autocastigo en detrimento de la autoestima del sujeto, influido por factores constitucionales, genéticos y ambientales, este último en estrecha relación con las relaciones afectivas de los primeros objetos, además de los estándares sociales interiorizados de los padres, la consciencia y el yo ideal” (Morris & Maisto, 2001).

De acuerdo al “Currículo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala”, el perfil de ingreso y de egreso de los estudiantes de odontología carece de los elementos necesarios para evaluar las características de la personalidad, conducta, manejo de situaciones de estrés y el cuidado de la persona humana mientras se prepara técnica y académicamente al estudiante para el ejercicio profesional posterior.

Durante la atención odontológica en las clínicas dentales de las Facultades de Odontología del país y en la práctica profesional privada, se ha observado

empíricamente que el paciente percibe el ambiente de la clínica dental, el servicio y el tratamiento dental como un escenario confrontativo y hostil en virtud de las amenazas percibidas (reales o imaginarias) y las regresiones a las etapas pregenitales y la activación del complejo edípico observado, capaz de remitir a la formación del núcleo de la personalidad (y a sus las fantasías concomitantes); escenarios en los cuales el estomatólogo juega un rol vital en la manifestación de síntomas y signos de comportamientos desadaptativos conscientes e inconscientes en el paciente, configurados a partir del nacimiento en las relaciones objetales, durante el desarrollo evolutivo, por medio de los patrones de crianza (machismo y victimización) y la exposición a la violencia intrafamiliar y al trauma físico y psicológico, a los que se considera irrisorio relacionarlos con el comportamiento observado en el paciente odontológico niño y adulto, inclusive del adulto mayor, durante el tratamiento dental.

La relación que el paciente establece con el odontólogo tiene connotaciones inexplicables para aquél. Se oye decir “no sé por qué me pongo tan tenso cuando vengo a verlo”; “entiendo lo que me va a hacer, pero no puedo evitar ponerme nerviosa”; “he aplazado el tratamiento por años porque me da miedo venir con usted y ahora el dolor de los dientes no me deja comer” y expresiones similares.

Debido a la proximidad física y psicológica entre las dos personas involucradas directamente en el tratamiento dental propiamente dicho (un promedio de 60 centímetros con la cara de ambos) , al significado del órgano dentario en la interiorización del mundo psíquico y lo primario en el mantenimiento de la vida orgánica del ser humano y la percepción del superyó del odontólogo asociado a las partes agresoras del objeto primario del paciente fundamentalmente, este asocia el rol del odontólogo como un superyó punitivo y como consecuencia, cuando el paciente alucina los imagos terroríficos de la infancia, la ansiedad persecutoria y de castración de las cuales no puede huir, irrumpe el material reprimido debido a la situación de vulnerabilidad experimentada, momento en el cual psíquicamente vuelve a los patrones de

crianza interiorizados en los cuales recuerda selectivamente las agresiones percibidas.

Si se parte del hecho de que el superyó es la sede de la moral (para algunos conciencia) que contiene todas aquellas prohibiciones, normas, reglas e ideales recibidos de los padres o personas mayores, la autoridad en la clínica dental es el odontólogo que hace vivenciar la culpa, la desidia, la indiferencia, la negligencia, el descuido y la despreocupación relacionados o no con el cuidado de la salud bucal.

“Debería” o “no debería” se vuelve parte de la autocondena proyectada en la persona y al rol del odontólogo.

De acuerdo al desarrollo de la persona, del conocimiento del tratamiento dental y de sus creencias con respecto a él; y de las experiencias previas, la censura del superyó es fundamental en la configuración del conflicto experimentado por la persona durante el tratamiento, el cual remite a los comportamientos neuróticos observados. Si el odontólogo proyecta un superyó punitivo asociado a rasgos narcisistas, el tratamiento dental será caótico tanto para el profesional como para el paciente, con la expresión por parte del paciente de la resistencia al tratamiento y la manifestación de psicopatologías y la manifestación de mecanismos de defensa desadaptativos.

Más allá de la fase fálica y luego del periodo de latencia, ya en la etapa genital (12 años en adelante) surge la unificación completa y el desarrollo de los instintos sexuales de cara a la adolescencia, dejando intacta indefinidamente la dinámica manifiesta durante el tratamiento odontológico, la cual puede recibir exacerbaciones si es alimentada por el trauma.

En la etapa genital surge la competencia y dominio en ciertas actividades como las profesionales, recreativas y sociales; también en la mujer surge la capacidad en ciertos atributos femeninos como la emotividad, interés maternal y creatividad. Por lo tanto, es en ésta etapa en donde se desarrolla completamente la feminidad (o en caso de los hombres, masculinidad). Es muy importante que no existan fijaciones en las etapas anteriores, ya que esto causa que el individuo tenga problemas aún mayores en las etapas posteriores.

Tabla 2
Desarrollo psicosexual freudiano (Colaboradores de Wikipedia, 2010)

Fase	Rango de edad	Zona(s) erógena(s)	Consecuencias de la fijación psicológica
Oral	0-1 años	Boca	Oralidad Agresiva: Signos que incluyen mascar chicle o lapiceras. Oralidad Pasiva: Signos que incluyen fumar/ comer/ besar/ fellatio/ cunnilingus La fijación a esta fase puede dar como resultado pasividad, credulidad, inmadurez y una personalidad fácil de manipular.
Anal	2-3 años	Eliminación intestinal y urinaria	Retención anal: Obsesión con la organización y pulcritud excesiva. expulsividad anal: Imprudencia, negligencia, rebeldía, desorganización, coprofilia
Fálica	4-6 años	Genitales	Complejo de Edipo (tanto en niños como niñas de acuerdo a Freud) Complejo de Electra (solo en niñas, desarrollado por Carl Jung)
Latencia	7-10 años (hasta la pubertad)	Sentimientos sexuales latentes	(Las personas no tienden a fijarse a esta etapa, pero si lo hacen, tienden a ser sumamente frustrados sexualmente.)
Genital	11+ años (Pubertad en adelante)	Intereses sexuales maduros	Frigidez, impotencia, relaciones insatisfactoria

1.6.4 Mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa se describen como las “formas de operar del yo al encarar afectos, pulsiones, excitaciones, u otros estímulos internos o externos, pudiéndose considerar como mecanismos de adaptación al mundo interno y externo del individuo. Estos prevalecen según el estímulo que provoca su intervención, según el grado del conflicto psíquico y el estadio del desarrollo individual. Son susceptibles de ser observados y analizados sistemáticamente. En la obra freudiana la represión es el mecanismo de defensa prototipo y paradigma de su obra” (Freud, 1980, págs. 27-33).

La represión constituye el mecanismo defensivo fundamental de la histeria. Aunque existe una gran variedad de mecanismos de defensa, el yo los utiliza de acuerdo a la amenaza percibida y de la disponibilidad y acceso que tenga de ellos. La introyección, proyección, la vuelta contra lo reprimido, la negación, la transformación en lo contrario y la regresión constituyen algunos mecanismos de defensa; Klein incluye otros mecanismos de defensa entre los que se encuentran la identificación proyectiva, el control omnipotente del objeto, la renegación de la realidad psíquica y la disociación, entre otros.

Los mecanismos de defensa se utilizan para la supervivencia del yo para liberarlo de su aniquilación real o imaginaria a cualquier edad, su manifestación depende de la psicodinámica situacional y de los conflictos emocionales.

En la psicoterapia los mecanismos defensivos fluyen en la asociación libre (aunque no es privativo de ella en vista de que muchos de ellos se observan en la atención odontológica) y expresan, de acuerdo a lo primitivo de ellos y lo masivo de su uso, los miedos, ansiedades y las psicopatologías que la persona encierra. Su uso comienza y se mantiene durante todo el desarrollo evolutivo hasta el final de la existencia en la búsqueda de la adaptación de la persona a sí misma y al medio en el cual realiza sus actividades.

La protección desplegada por ellos se realiza en oposición a los impulsos inmaduros y primarios del ello; la adaptación que proveen puede ser precaria, transitoria, inestable, insegura y escasa en la persona neurótica, en concordancia con la integración del yo y la resolución de conflictos psicológicos.

En Inhibición, síntoma y angustia, Freud indica que la defensa “es una designación general de todas las técnicas de que se sirve el yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a la neurosis, reservando el nombre de “represión” para uno de estos métodos de defensa” (Freud, 1980, pág. 52).

En este contexto “la represión es la operación mediante la que el yo repele, empuja y desaloja de la mente pensamientos, imágenes recuerdos o cualquier otra forma de representación mental, satisfacción pulsional satisfactoria o placentera, a la vista de exigencias procedentes del interior; es un mecanismo de defensa normal y que simultáneamente puede ese un mecanismo patológico” (Evans Bolaños, 2008, pág. 17).

Con respecto a los mecanismos de defensa existen diversas clasificaciones, aquí “se empleará la categorización de acuerdo a las funciones que realizan en la persona, las circunstancias, el ambiente, la personalidad y la situación a la que se encuentra expuesto el individuo para utilizarlos.

1. **Mecanismos que provocarán una óptima adaptación ante acontecimientos estresantes (adaptativos)**
    a. **Afiliación**: El individuo, ante una amenaza interna o externa, busca ayuda y apoyo en los demás.
    b. **Altruismo**: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales dedicándose a satisfacer las necesidades de los demás.
    c. **Anticipación**: El individuo, ante una amenaza interna o externa o conflicto, anticipa las consecuencias y considera de forma realista soluciones alternativas.
    d. **Autoafirmación**: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales expresando directamente sus sentimientos de forma no manipuladora.
    e. **Autoobservación**: El individuo se enfrenta a amenazas internas o externas reflexionando sobre sus propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, y actuando de acuerdo con ellos.
    f. **Sublimación**: El individuo se enfrenta a las amenazas canalizando sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos en comportamientos socialmente aceptables (deportes).

g. **Supresión**: El individuo se enfrenta a los conflictos emocionales evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos que le producen malestar.

2. **Mecanismos que permiten mantener fuera de la consciencia lo desagradable**
   a. **Abstención**: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales empleando palabras con el propósito simbólico de negar o plantear enmiendas a pensamientos, sentimientos o acciones.
   b. **Disociación**: El individuo se enfrenta mediante una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia.
   c. **Formación reactiva**: Se enfrenta sustituyendo los comportamientos, sentimientos, pensamientos inaceptables por otros opuestos.
   d. **Intelectualización**: Se enfrenta generalizando o implicándose en pensamientos excesivamente abstractos para minimizar sentimientos que le causan malestar.
   e. **Represión**: Se enfrenta expulsando de su consciencia (haciendo inconscientes) sentimientos o deseos que le producen malestar.
3. **Nivel de distorsiones de la imagen de uno mismo de los demás para no perder autoestima o ganarla**
   a. **Devaluación**: En momentos de conflicto emocional, el individuo se enfrenta atribuyendo cualidades exageradamente negativas a los demás.
   b. **Idealización**: El individuo se enfrenta a situaciones de amenaza interna o externa atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás.
   c. **Omnipotencia**: El individuo actúa ante conflicto pensando o actuando como si dispusiera de poderes o capacidades especiales y fuera superior a los demás.
4. **Mecanismos que permiten mantener situaciones de estrés fuera de la consciencia sin ser atribuidos a causas erróneas**

a. **Negación**: El individuo se enfrenta negándose a reconocer aspectos dolorosos de la realidad externa o de nuestro interior. En caso de darse una total negación de la realidad se denominaría Negación Psicótica.
b. **Proyección**: El individuo se enfrenta atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos o pensamientos propios que le resultan inaceptables.
c. **Racionalización**: El individuo se enfrenta inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos o acciones.

5. **Nivel caracterizado por una enorme distorsión de la realidad**
   1. **Racionalización:** El individuo se enfrenta inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos o acciones.
   2. **Polarización**: El individuo tiende a verse a en o a los demás como totalmente buenos o malos sin conseguir integrar las cualidades positivas y negativas de cada uno.
6. **Mecanismos de enfrentamiento o amenaza mediante acción o retirada**
   a. **Agresión pasiva**: El individuo se enfrenta con reacción agresiva interna sin que el otro llegue a percibirla, es como una máscara que esconde hostilidad y resentimiento. Puede ser simplemente una respuesta de supervivencia de un subordinado ante un jefe, que no tiene otra forma más abierta de autoafirmación.
   b. **Quejas o rechazo de ayuda**: El individuo expresa quejas o peticiones de ayuda que esconden rechazo y hostilidad, y que luego se expresan con un rechazo o desagrado a cualquier ofrecimiento de ayuda" (Evans Bolaños, 2008, págs. 17-19).

1.6.5 Neurosis

"Se refiere al resultado de la incapacidad para resolver adecuadamente los conflictos inconscientes que existen en el psiquismo" (Coderch, 1990, pág. 98). Estos conflictos inconscientes son la base de la neurosis. Fundamentalmente el conflicto neurótico se refiere a "la pugna entre uno o más impulsos que tienden a

su descarga, por una parte, y las fuerzas psíquicas que se oponen a ella, por otra" (Coderch, 1990, pág. 98). Los impulsos instintivos provienen del ello, "las exigencias normativas y prohibitivas del superyo" (Coderch, 1990, pág. 98) y el yo representa las presiones de la realidad externa con la realidad interna (mundo externo – mundo interno) y el papel mediador entre el ello y el superyo; también (el yo) decide si los impulsos deben ser satisfechos o no, en concordancia con las órdenes que emanan del superyo. En consecuencia, las neurosis implican el fracaso del yo en llevar su labor de síntesis e integración entre estas tres instancias y significa que "el conflicto neurótico tiene lugar entre el yo y el ello. Por lo tanto, es posible ampliar la definición anteriormente dada diciendo que la neurosis es una relación particular del yo a ciertas exigencias pulsionales. Bajo la influencia del superyo, el yo intenta defenderse contra los impulsos prohibidos por aquel, de una manera característica para cada tipo de neurosis" (Coderch, 1990, pág. 98).

Las neurosis son desencadenadas por frustraciones, sufrimiento o decepciones y por cambios en el ciclo vital que son críticos en el desarrollo de la persona. Muchas de estas situaciones pasan desapercibidas mientras que para las personas neuróticas cualquier evento trivial o no puede desencadenar síntomas de neurosis. Esto indica que es necesario la presencia de algún factor interno previo el cual es determinado en la infancia (evolución infantil) que es "determinado por la frustración interna o conflicto neurótico. Por lo tanto, la frustración interna y la frustración externa se complementan (….) el traumatismo (el evento trivial o traumático) realmente importante es el interno o intrapsíquíco" (Coderch, 1990, pág. 99).

> "en las neurosis, el yo intenta defenderse de los impulsos amenazadores de una manera peculiar para cada forma de aquellas. El motivo de esta defensa es la ansiedad que origina la pulsión instintiva peligrosa. Siendo el yo demasiado débil para manejar adecuadamente las enérgicas pulsiones libidinosas y agresivas, queda abrumado por la ansiedad que las mismas despiertan, y ello le obliga a utilizar todos los mecanismos de defensa posibles. Esta situación en que el yo se siente incapaz de hacer frente a las pulsiones que experimenta como peligrosas, es una situación traumática

interna, y la ansiedad que ante ella se genera es la ansiedad traumática. Así, podemos considerar que el traumatismo que se halla en la base de las neurosis es una magnitud de excitación que no pude ser dominada por el yo. Esta concepción del traumatismo resuelve todas las contradicciones relativas a su papel, en tanto que factor etiológico de las neurosis. Aun cuando esta situación traumática puede ser originada por los estímulos externos, como sucede en el caso paradigmático del trauma del nacimiento, por lo corriente se origina por un exceso de estímulos internos que dan lugar a la excitación ante la cual el yo se siente impotente. Por lo tanto, no es erróneo decir que la teoría traumática de la neurosis subsiste, pero con la importante modificación de que, mientras el traumatismo exterior no se considera indispensable, el traumatismo intrapsíquico, en el sentido de un peligro pulsional, debe existir siempre (…) la fijación pulsional instintiva y la experiencia exterior se hayan en relación inversa (en la causalidad de las enfermedades psíquicas); es decir, si la fijación es débil, se precisa una experiencia traumática fuerte para el desencadenamiento de la neurosis, mientras que, si la fijación es muy intensa, el terreno para las neurosis se encuentra preparado incluso en usencia de toda experiencia traumática externa" (Coderch, 1990, pág. 100).

Se puede pensar entonces, que la histeria y la neurosis confabulan contra el paciente en la atención odontológica. La primera instalada por traumas repetitivos durante la vida que remiten a cualquier edad que remiten a un trauma primario que mantiene en alerta a la persona por la amenaza real o imaginaria percibida por la persona; y en el caso de la neurosis la presencia de oposiciones inconscientes entre las tres instancias, sobre todo entre el ello y el yo.

La neurosis de ansiedad consiste en un patrón repetitivo de síntomas de un conflicto inconsciente en el que el paciente siente un miedo inexplicable e irracional de origen desconocido (ansiedad persecutoria y ansiedad de castración). El síntoma esencial de la neurosis, según lo expuesto y dicho por Freud es la ansiedad.

La ansiedad se define como un miedo inconsciente que se manifiesta como una sensación de peligro (el cual puede ser inminente), inquietud psicomotora o virtualmente hasta llegar a estados de pánico y terror. Los síntomas de la neurosis incluyen un arousal (molestias somáticas, palpitaciones, sudoración, enrojecimiento de la cara, lipotimia, respiración suspirosa, náuseas, síncopes, temblores y sudoración, disfunciones neurovegetativas, inhibiciones por medio de las cuales se manifiesta el malestar de los conflictos internos del yo que no ha podido tramitar).

Explicar lo dicho en arousal en la automaticidad de la respuesta de la medula espinal, cómo lo psíquico influye en lo orgánico en forma de síntomas y signos que el paciente no logra controlar. Acetilcolina neurotransmisores involucrados en la respuesta automática. Instintiva protectiva de la vida y de la especie. Como se establece la defensa y la huida.

El miedo puede definirse como una respuesta ante un estímulo claro y concreto de una realidad objetiva, mediado por la secreción de adrenalina cuya finalidad consiste en proteger la vida ante una amenaza real percibida. Mientras que la ansiedad es subjetiva y es vivenciada como la sensación de un peligro inminente el cual puede ser real o imaginario y cuya respuesta está mediada por respuestas neurovegetativas. Ambas, miedo y ansiedad permiten a la persona adaptarse a una realidad y preservar la vida ante las amenazas del mundo. Sin embargo, en la forma como se asimilan los estímulos ya sea en forma de sensación (ansiedad) y percepción (miedo) de los eventos de la vida cotidiana se encuentra el sustrato fundamental de la ansiedad y el miedo.

En una situación odontológica tanto el miedo como la ansiedad irrumpen en el comportamiento del paciente vulnerando su capacidad de respuesta, la cual abruma a la persona dejándola vulnerable y casi a merced de las circunstancias, sobre todo en aquellas personas con personalidad oral y anal y con escaso desarrollo interior. Aunque esto no exime a las personas desarrolladas interiormente, lo que se explica por las experiencias traumáticas previas y por el modelo de apego familiar. Tanto síntomas y signos de ansiedad y miedo tienden

a confundirse y en muchos casos solamente pueden diferenciarse dentro del contexto de la historia del paciente.

Dentro de los trastornos de ansiedad (neurosis) según el DSM IV, se encuentran las crisis de pánico y las crisis de angustia.

Las crisis de pánico muestran cómo el ser humano atiende a las sensaciones internas con evasión o enfrentamiento para informarse sobre la integridad de las funciones vitales. Información que será modificada por sus esquemas afectivos dominantes (psiquismo). El paciente en crisis de pánico atenderá las señales que provienen de su mente (psiquismo y subjetividad), cuerpo o impulsos.

> "Las crisis [de pánico]. son vivencias singulares, distintas a otras que se pudo haber sentido con intenso temor o peligro. No sólo las sensaciones propias sino también las percepciones del mundo externo están modificadas en su apariencia, adquiriendo propiedades que las tornan diferentes, irreales. A estas diferencias se agrega el comienzo brusco de los síntomas y la intrusión de ideas catastróficas de descontrol o de muerte" (Di Battista, 2003).

"Los componentes somáticos de las crisis de pánico incluyen dolor precordial, falta de aire con sensación de ahogo, taquicardia, palpitaciones, visión borrosa, opresión en la cabeza y debilidad en las piernas" (Di Battista, 2003).

Las características propias de una crisis de pánico circunscriben crisis de angustia dentro de cuyos componentes se encuentran sensaciones somáticas de angustia intensas, presentación brusca de síntomas somáticos intensos y perturbadores. Se desarrolla en un breve lapso de tiempo, asociada con ideas de muerte, vivencias de locura o muerte inminente, incapacidad de razonar, estado de agitación, descontrol (pérdida del control), terror, miedo intenso, inesperado y sobrecogedor e intentos desesperados por encontrar ayuda y protección.

La crisis de angustia se define como la aparición súbita, temporal y aislada de síntomas de aprensión, miedo pavoroso, terror o malestar intensos que inicia bruscamente y alcanza su máxima expresión en una media de 10 minutos o

menos. Los síntomas desaparecen entre 3 y 10 minutos luego de haber aparecido la crisis.

Estos ataques pueden ocurrir con miedo a los espacios abiertos (agorafobia), con miedo al encierro (claustrofobia) o con la llamada odontofobia (fobia dental o miedo dental) la cual consiste en fobia específica y se define como un persistente, anormal e injustificado miedo a los odontólogos y a acudir a sus consultorios a menos que un problema físico se torne insoportable. También se conoce como fobia dental o miedo dental.

Según el DSM IV acompaña de al menos cuatro (o más) de un total de los siguientes síntomas:

• Despersonalización. • Desrealización. • Escalofríos o sofocaciones. • Inestabilidad emocional, mareo o desmayo. • Miedo a “volverse loco”. • Miedo a morir. • Miedo a perder el control. • Miedo a sufrir un infarto. • Opresión o malestar torácicos.	• Palpitaciones, sacudidas del corazón o aumento de la frecuencia cardíaca • Parestesias. • Ruborización. • Sensación de ahogo (asfixia) o falta de aliento. • Sensación de atragantarse. • Sudoración. • Temblores o sacudidas. • Trastornos gastrointestinales: náuseas o molestias.

Figura 11. Síntomas de las crisis de angustia (Psicomed, 2007).

Las neurosis no poseen ninguna base orgánica demostrable; en ellas la persona puede tener un considerable poder de autoobservación y una sensación adecuada de la realidad; lo más común es que no se confundan las experiencias patológicas subjetivas y sus fantasías con la realidad externa. La conducta puede ser afectada seriamente, aunque es común que se mantenga dentro de límites sociales aceptables; esto se debe a que la personalidad no está desorganizada.

La conducta neurótica es repetitiva, conduce a una mala adaptación y es insatisfactoria. La neurosis se encuentra relacionada a reacciones inadecuadas vinculadas a las causas del estrés.

Los síntomas que incluyen son la ansiedad, angustia e hiperactividad de los mecanismos que el paciente emplea comúnmente para resolver su angustia y el estrés, esto en relativo aumento. Para visualizarlas mejor se puede decir que estas pueden ser de tipo recurrente manifestándose de la misma forma a través de toda la vida del paciente. Puede variar de gravedad, en episodios leves hasta una enfermedad que incluya una hospitalización.

Di Mascio en 1970 menciona que: “Las neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que presentan las personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada” (Fenichel, 1984).

Para establecer el diagnóstico de la neurosis debido a que esta constituye un desequilibrio a nivel individual de adaptación, este mismo desequilibrio sirve como línea de referencia cuando se descubren estos trastornos. Cuando persisten los patrones crónicos de mal adaptación que simulen una neurosis, se debe tomar en cuenta la posibilidad de un trastorno de personalidad.

Los cuadros clínicos en el neurótico (persona afectada por alguna neurosis) pueden variar caracterizándose por dolor de cabeza, pérdida del deseo de trabajar y sueño alterado. Muchos hombres y mujeres que padecen estos síntomas neuróticos sufren una serie de reacciones nerviosas (muchas veces silenciosas) suscitadas por el ambiente que lo rodea.

Los factores que se deben de tomar en cuenta para el diagnóstico de las neurosis son el examen mental, la historia personal del paciente (historia de vida), la evaluación médica y las observaciones del curso clínico de la enfermedad. Además de las pruebas psicológicas proyectivas resultan útiles en la identificación de la neurosis y lograr diferenciarlas entre otras como la psicosis y otros trastornos de tipo orgánico.

Las manifestaciones principales de las neurosis incluyen una angustia exagerada, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivos y compulsivos y una depresión grave, condiciones que pueden ser originadas por distintas causas.

Funcionalmente las neurosis son reacciones inadecuadas a las causas del estrés pudiendo ser causadas por algún trauma o alguna situación percibida como amenazante y fuera del control de la persona. En el siguiente cuadro aparecen las particularidades fundantes de las neurosis.

1. El conflicto intrapsíquico que se manifiesta en transformación de síntomas y signos
2. Los síntomas se expresan mediante mecanismos de defensa
3. La represión que aplaca la pulsión
4. El sujeto tiene una adecuada interacción son su realidad y ambiente
5. Percepción de sí mismo y del entorno adecuada
6. Claridad de la realidad (prueba de la realidad: confrontación del paciente en la relación terapéutica.

Figura 12. Características de las neurosis (Lara, 2011).

Para Freud la ansiedad se produce como una señal de alarma que aparece como reacción ante un peligro pulsional (agresivo). En otras palabras, es una señal de alarma que aparece frente al exceso de excitación interior que no puede ser manejada adecuadamente por el yo.

La reactivación de los impulsos orales sádicos y sádicos anales (impulsos pregenitales) obligan al yo a reforzar las defensas represivas para evitar estos impulsos y su irrupción en la conciencia.

La ansiedad se convierte en consecuencia en una alarma frente al peligro que impulsa al organismo a actuar frente a las amenazas externas percibidas.

Las situaciones típicas de peligro que experimenta el bebé dan lugar a la ansiedad de alarma siendo estas:

1. La pérdida del objeto amado (mujer)
2. El temor a la castración (hombre)
3. El temor a la censura y la crítica por parte del superyó.

Los impulsos sádico masoquistas experimentados por el bebé frente a la imposibilidad de descarga de la líbido producen una defusión dejando a los impulsos sádico masoquistas en libertad.

Con la finalidad de comprender el origen de la ansiedad se ampliará y se profundizará en seguida sobre la Teoría de las Posiciones desarrollada por Melanie Klein y que según ella el ser humano se enfrenta a la vida con la posición esquizo-paranoide y depresiva que incluyen:

1. La ansiedad básica
2. La ansiedad persecutoria y
3. La ansiedad depresiva que es la pauta originaria de toda ansiedad.

Cuando existe frustración a las necesidades se producen los impulsos agresivos exacerbados (agravados y enfurecidos) que son proyectados hacia el objeto.

Si las necesidades de cuidado y alimento son satisfechas se les introyecta como formas gratificantes y la experiencia se organiza como buena.

Si las necesidades de cuidado y alimento no son satisfechas se les introyecta a través de la fantasía con los objetos y contrastada con la realidad. La pérdida o descuido hacia el bebé genera una descarga de ansiedad que se le atribuye al objeto al que se le introyecta como:

1. No gratificante
2. Persecutorio y
3. Malo

Si la fantasía (experiencia no gratificante) es mayor respecto a agredir al pecho que alimenta, el bebé experimenta persecución y ataque, convirtiéndose el pecho en el objeto perseguidor y malo.

El mecanismo primitivo de la neurosis es la escisión (corte), mecanismo por el cual el bebé disocia al objeto como bueno y como malo. Para la formación del núcleo del yo deben coexistir el objeto bueno y malo introyectados en uno solo (objeto primario).

La posición depresiva a la que se refiere Klein aparece a los 3 meses del desarrollo infantil cuando el bebé está en condiciones de introyectar totalmente al objeto como bueno y malo a la vez y de reconocer que es capaz de sentir que ha sido atacado y destruido debido a sus fantasías (pecho malo) colmadas de impulsos agresivos exacerbados por lo que experimenta la pérdida del objeto

amado de quien depende su vida, lo que da como resultado fuertes sentimientos de culpa y la necesidad de reparar el daño producido al objeto.

Esquizo-Paranoide	Depresiva	Neurosis
1. Disociación 2. Proyección 3. Identificación proyectiva 4. Idealización 5. Negación 0 – 3 meses de edad Ansiedad persecutoria Yo – superyó Objeto parcial Mecanismos defensivos Fantasías: mundo interno Realidad: mundo externo No elaboración: psicosis	Reparación	Represión

Figura 13. Mecanismos de defensa, Melanie Klein (Palencia, 2011).

En la neurosis fóbica incluida la odontofobia, la fobia es la expresión externa del conflicto instintivo y reprimido y conscientemente desconocido. Se caracteriza por el desplazamiento de la ansiedad sobre los estímulos fóbicos (animales, objetos, personas, el odontólogo, el equipo dental) que producen terror intenso irracional y absurdo que se enfrenta por la huida. La fobia se constituye en la etapa fálica o en el complejo de Edipo. El carácter fóbico tiene dos rasgos fundamentales

1. Estado de alerta fóbico frente al mundo que le rodea
2. El individuo se siente dominado por el temor.

Sus mecanismos de defensa son el desplazamiento y la evitación.

La finalidad de la fobia es el deseo de evitar la ansiedad provocada por un conflicto instintivo mediante el desplazamiento del estímulo que provoca la ansiedad. La fobia depende de las fuentes de ansiedad, de la represión, el

desplazamiento y la evitación, de la elección del objeto fóbico, del simbolismo, de la proyección, de la regresión y la agresividad.

De acuerdo a Freud y Melanie Klein la neurosis fóbica está relacionada con la pérdida del objeto amado. Si se analiza bajo el punto de vista de la represión de lo temido, se observa una vuelta a lo reprimido; es decir que aquello que la persona teme es lo que inconscientemente desea y provoca de forma inconsciente.

Si se analiza la fobia en relación al desplazamiento, una emoción es transferida desde su fuente original a un sustituto más fácilmente aceptable (al objeto fóbico).

La fobia expresa la realización del deseo prohibido y el castigo a consecuencia de lo deseado (complejo de Edipo). La fobia se realiza y se castiga por lo que continúa reprimida.

El estímulo fóbico debe de ser capaz de expresar todo el significado inconsciente de la fobia, los impulsos reprimidos, su satisfacción y el castigo temido.

Según Melanie Klein la relación que hacen los niños con las fobias a los animales es una defensa que involucra la proyección contra las ansiedades ligadas a fantasías canibalísticas; se trata de expulsar el superyó y el ello al mundo exterior y asimilar el superyó al objeto real. El segundo movimiento es desplazar a un animal el miedo que siente al padre.

La neurosis obsesivo-compulsiva se caracteriza por la presencia de ideas y sentimientos e impulsos no deseados (intrusos) que integra obsesiones y compulsiones. El paciente trata de borrar con los actos las ideas persistentes con la esperanza de anular los pensamientos o ideas que le agobian.

La fijación de esta neurosis se da en la etapa anal sádica con la característica de que cuando se llega a la etapa fálica se genera una regresión a la etapa anal sádica es decir que, la evaluación de la líbido transita por el periodo oral, pasa al periodo anal en donde se da toda la experiencia del control de esfínteres y pasa de ese periodo a la etapa fálica.

En la etapa fálica se encuentran elementos relacionados con el complejo de Edipo. La vinculación edípica está determinada por las pautas y rasgos de comportamiento adquiridos en la etapa anal.

Con las pautas tramitadas en la etapa anal (los aprendizajes aprehendidos) se va a abordar la etapa edípica. El individuo ya en la etapa edípica utiliza los mismos comportamientos de la etapa anal. La relación amorosa del hijo con la madre será de oposición, terquedad, exigencia, control, sometimiento, obediencia, desobediencia, orden, de tal manera que el amor está determinado por estas pautas.

La conducta de los neuróticos incluye síntomas de angustia, hiperactividad de los mecanismos que emplea la persona, pero dependerá de la estructura de la personalidad para la canalización de los estímulos ante el estrés y presión.

En contraste con lo expuesto por Klein con respecto a las neurosis, tal como lo narra Reich “Ya es hora de reconocer la real clasificación de las neurosis, teniendo en cuenta todos y cada uno de los síntomas para no equivocarnos, pues la verdad que son ochos los tipos de neurosis que hoy afectan al mismo” (Harrison, 1971).

Clasificados según sus características existen ocho importantes entre ellas están:

Tabla 3

Clasificación de las neurosis (Cala, 2000)

Clasificación	Características
Neurosis de angustia	Se caracteriza por angustia episódica difusa en ataques, molestias sintomáticas parestesias, mareos y pesimismo.
Neurosis fóbicas	Caracterizada por miedos intensos irracionales hacia objetos o situaciones; ataques de angustia que pueden coincidir con síntomas físicos.
Neurosis obsesivas	Está caracterizada por pensamientos persistentes de obsesivo compulsivos, contenido angustioso y actos incontrolables, se observa depresión y sentido de culpa.

Clasificación	Características
Neurosis depresivas	Se observa autocrítica excesiva en forma episódica, disminución de la confianza y de la autoestima; se acompaña de molestias físicas.
Neurosis neurasténicas	Hay presencia de debilidad, fatigabilidad, con un bajo grado de autoestima.
Neurosis de sentimientos de irrealidad y de despersonalización	Caracterizado por extrañeza hacia determinadas partes del cuerpo, hacia sí mismo y hacia el ambiente, se pueden presentar episodios de pánico.
Neurosis hipocondríacas	Este tipo de neurosis esta vista por reocupación con respecto a los procesos orgánicos, acompañados de quejas múltiples de tipo físico, es común la depresión.
Neurosis Histérica dividida en	○ **Tipo conversivo** esta va desde parálisis paradójicas, crisis convulsivas, diferencias sensoriales y dolor; hasta una actitud de indiferencia. ○ **Tipo disociativo** con características de alteraciones de la conciencia y del sentido de identidad, la angustia no es evidente.

La histeria de conversión (somatización) es el proceso inconsciente por medio del cual determinados conflictos intrapsíquicos causantes de ansiedad intensa alcanzan una expresión simbólica externa. Los impulsos agresivos son convertidos en signos y síntomas motores, sensoriales, fisiológicos y psicológicos.

El aparecimiento de los síntomas somáticos por un lado gratifica lo reprimido y por el otro lo castiga; esto indica que existe una transformación de los impulsos reprimidos cuyo paso es a través de síntomas somáticos.

La interpretación de las somatizaciones depende de la profundidad de los impulsos reprimidos. El cuadro clínico de las histerias de conversión se acompaña de crisis paroxísticas, crisis lipotímicas y ataques catalépticos

Los síntomas motores de la histeria de conversión son transformados en hemiplejías o paraplejías en los que se utiliza la musculatura como forma de

expresar los deseos y sentimientos que el individuo no puede expresar directamente ni pueden ser admitidos en la conciencia.

Los mecanismos de defensa utilizados con predominancia en la neurosis histérica son la disociación y la conversión.

La histeria de disociación consiste en un aislamiento o escisión de algunos elementos de la personalidad. Se produce la separación inconsciente de una idea, un impulso, una función, un comportamiento y conocimiento del conjunto de la vida psíquica.

Como estado patológico altera globalmente toda la personalidad y el comportamiento de forma masiva, franca y clínicamente evidenciable.

La histeria de disociación es causada por traumas o situaciones de estrés individualmente intolerables de naturaleza orgánica o psicológica lo que produce una huida psicológica (fuga).

En las psicosis la histeria de disociación son disociaciones masivas que incluyen una desintegración del yo. Esta disociación permite que el yo mantenga su esfuerzo por equilibrar el ello, el superyó y la realidad externa.

Existen cinco grupos principales de histeria de disociación:

1. Disociación fragmentaria
    a. Despersonalización
    b. Amnesia histérica
2. Disociación simultánea
3. Disociación alternante
    a. Sonambulismo
    b. Fugas
    c. Doble personalidad
4. Estados disociativos en trance
5. Disociación hipnótica.

En la psicodinamia de la histeria de disociación Freud presupone

- Una fijación del desarrollo psicosexual en la fase edípica
- La inadecuada o incompleta superación de los impulsos incestuosos propios de la situación edípica que origina un conflicto agudo ulterior.

- La manifestación de lo reprimido es a través de modificaciones corporales

En la fijación del desarrollo psicosexual en la fase edípica existe la imposibilidad del sujeto de liquidar el complejo de Edipo y evitar la ansiedad de castración por lo que el individuo se defiende con el mecanismo de la represión.

Los dolores histéricos están asociados al sufrimiento físico y a la excitación producida por el impulso reprimido (mientras más represión más sufrimiento) de manera que la sensación dolorosa sustituye la sensación placentera.

Tabla 4

Mecanismos de defensa presentes en las histerias (Palencia, 2011)

Trastorno	**Mecanismos de defensa**	**Definición**	**Psicodinamia**
Neurosis de ansiedad	Escisión Disociación	Patrón repetitivo de síntomas de un conflicto inconsciente en el que el paciente siente un **miedo inexplicable e irracional de origen desconocido**.	La reactivación de los impulsos orales sádicos y sádico-anales (impulsos pregenitales) obligan al YO a reforzar las defensas represivas para evitar estos impulsos y su irrupción en la conciencia.
Histeria de conversión	Disociación Conversión	Determinados conflictos intrapsíquicos causantes de ansiedad intensa	Los impulsos agresivos que no puede tramitar el yo son

Trastorno	Mecanismos de defensa	Definición	Psicodinamia
		alcanzan una **expresión simbólica externa**.	convertidos en signos y síntomas
Histeria de disociación	Disociación	Consiste en un aislamiento o escisión de algunos elementos de la personalidad	Incapacidad de liquidar el Edipo: ansiedad a la castración
Neurosis fóbica Animismo: Trasladarles a los otros la apreciación de nuestras experiencias, atribuir la carga energética propia a las cosas o seres. (proyección) En la fobia se sustituye un temor por otro: la proyección se transforma ante un peligro instintivo interno	Desplazamiento Evitación Represión Huida (m. típico) Regresión Condensación Proyección	Desplazamiento de la ansiedad sobre los estímulos fóbicos (animales, objetos, personas) que producen terror intenso irracional y absurdo que se enfrenta por la huida. (miedo a la castración) La fobia es la expresión externa del conflicto instintivo reprimido y conscientemente desconocido.	Deseo de evitar la ansiedad provocada por un conflicto instintivo mediante el desplazamiento del estímulo que provoca la ansiedad. Según Melanie Klein la relación que hacen los niños con las fobias a los animales es una defensa que involucra la proyección contra las ansiedades ligadas a

Trastorno	Mecanismos de defensa	Definición	Psicodinamia
que es reemplazado por un peligro exterior que conecta con la amenaza de castración. La fobia se constituye en la etapa fálica o complejo de Edipo.			fantasías canibalísticas; se trata de expulsar el superyo y el ello al mundo exterior y asimilar el superyo al objeto real. El segundo movimiento es desplazar a un animal el miedo que siente al padre.
Neurosis obsesivo compulsiva	Formación reactiva Aislamiento Anulación	Presencia de ideas y sentimientos e impulsos no deseados (intrusos) que integra obsesiones y compulsiones. El paciente trata de borrar con los actos las ideas persistentes con la esperanza de anular los pensamientos o	La fijación se da en la etapa anal sádica con la característica que cuando se llega a la etapa fálica se genera una regresión a la etapa anal sádica es decir que, la evaluación de la líbido transita por el periodo oral, pasa al periodo anal en donde se

Trastorno	Mecanismos de defensa	Definición	Psicodinamia
		ideas que le agobian.	da toda la experiencia del control de esfínteres y pasa de ese periodo a la etapa fálica. En la etapa fálica se encuentran elementos relacionados con el Edipo. La vinculación edípica está determinada por las pautas de comportamiento adquiridas en la etapa anal. Con las pautas tramitadas en la etapa anal (los aprendizajes aprehendidos) se va a abordar la etapa edípica. El individuo ya en la etapa edípica utiliza los mismos comportamientos

Trastorno	Mecanismos de defensa	Definición	Psicodinamia
			de la etapa anal. La relación amorosa del hijo con la madre será de oposición, terquedad, exigencia, control, sometimiento, obediencia, desobediencia, orden, de tal manera que el amor está determinado por estas pautas.

1.7 La familia

El niño va a establecer un vínculo o varios vínculos con cada miembro de su ambiente más próximo que es el familiar. Dado que la vida psíquica se desarrolla en una trama vincular que preexiste al nacimiento de cada sujeto, la familia es un objeto de estudio privilegiado para su comprensión.

El origen de la familia se da a través de un proceso histórico evolucionista, donde se instituían progresivas regulaciones que dieron lugar a la forma actual de la familiarización de las sociedades avanzadas. Para comprender al ser humano, se analiza a la familia, por ser el sitio donde se dan las primeras relaciones y vínculos entre sus miembros, y posteriormente en la sociedad.

La interacción entre los miembros de la familia es la más significativa siendo la contribución a la formación de la personalidad del niño. Los padres y maestros no están a menudo conscientes de cómo sus acciones fortalecen lo que el niño

interpreta que es un papel en la constelación familiar representado en algunas de sus actitudes.

Especialistas en psicología dividen a las familias en dos grandes tipos y a su vez pueden ser en diversos grados: las funcionales que son aquellas en las que sus miembros se muestran seguros acerca de quiénes son, tienen una auto-imagen positiva, y se comunican libremente.

La familia se considera como el grupo primario por excelencia, es el seno donde se desarrolla la primera identidad personal y social de los individuos (el primer yo y el primer nosotros), que en muchas ocasiones resulta ser también la identidad primordial (Martín Baró, 1989).

La familia funcional está compuesta por miembros que poseen buena comunicación y seguridad personal, que les permite desenvolverse favorablemente, por el contrario, la familia disfuncional.

Freud explica el origen de la familia en función de la desaparición del período de celo y la instalación biológica de la posibilidad de apareamiento sexual, donde los machos deseaban retener junto a sí a la hembra objeto de su deseo, mientras ellas se quedaban porque necesitaban de él su protección y por amor a sus crías. Freud se basa en la sexualidad, y el lazo familiar se construye a partir de las experiencias eróticas de satisfacción.

Freud centra su atención en la sexualidad ya que es a partir de ella, que se desarrolla el amor y las relaciones entre cada miembro de la familia, su observación la hizo con animales. Se considera a una familia como un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por consanguinidad, matrimonio o adopción.

Lo que el ser humano será a lo largo de la vida desde el nacimiento hasta el momento de su muerte se configura dentro de la familia, en la constelación familiar (en las relaciones interpersonales y transgeneracionales), incluido el vínculo del apego. De acuerdo a las relaciones objetales, al establecimiento del núcleo de la personalidad, al progreso en el desarrollo psicosexual, al desarrollo epigenético y otras cualidades que deben de ser completadas, en su crecimiento y desarrollo físico y psíquico.

Todo este complejo progreso es influido por las características genéticas, patrones de crianza, machismo, el ambiente social, económico, cultural y el medio en el cual la persona adquiere las herramientas para constituirse un ser capaz de resolver las necesidades por sí mismo, haciendo ejercicio de su libertad como ser único e irrepetible, adaptándose al medio en el cual realiza su vida.

En consecuencia, la familia es un sistema constituido por personas que provienen de una misma sangre, linaje y morada; integrada por el padre, la madre y los hijos. Así mismo es una organización única, es el primer y más importante agente socializador; es el ente privilegiado para el establecimiento de "la primera identidad personal y social de los individuos (el primer yo y el primer nosotros), que en muchas ocasiones resulta ser también la identidad primordial" (Martín Baró, 1989), que de acuerdo a Freud se basa en la sexualidad y el lazo familiar a partir de las experiencias eróticas de satisfacción.

No obstante en el núcleo familiar se expresan los conflictos infantiles, las reacciones agresivas y depresivas, la rivalidad edípica y los mecanismos de defensa, con lo cual se realizan las primeras experiencias de adaptación; "de tal manera que los trastornos psicógenos que se producen en la esfera afectiva o en la intelectual, siempre están relacionados con los conflictos edípicos y con la rivalidad fraterna" (Hernández Catalán, 1996).

Existen diferentes tipos de familia y de acuerdo a sus características específicas y únicas se determina su estructura y su dinámica. La relación entre los cónyuges, la de estos con cada uno de los hijos y el lugar que la persona ocupa dentro de los hermanos adjudica roles, estatus y poder y las formas de convivencias entre todos los miembros que la integran.

"En la familia normal el padre es un individuo masculino y maduro que acepta su papel de padre y es consciente de las responsabilidades que tiene. La madre es femenina, acepta y satisface sus funciones como esposa y madre. Ambos conservan su independencia" (Leiva Medina, 2013).

Existen diversas clasificaciones de las familias que salen de los fines del presente estudio, sin embargo existen en esencia" la familia monoparental formada por el padre o la madre y los hijos; la nuclear por ambos padres y los

hijos; la extendida que consta del padre o la madre, una posible compañera (o), los hijos y otros familiares o parientes próximos con contacto frecuente" (Leiva Medina, 2013, pág. 11).

> "La familia funcional permite el crecimiento intelectual, físico y emocional de sus miembros para garantizar al niño un apego de base segura que le fortalezca y le ayude a integrarse a la misma, a crear relaciones interpersonales adecuadas y su integración a la sociedad. Estas familias permiten el desarrollo continuo ante la presencia de aspectos antagónicos capaces de producir un conflicto en los cambios de ciclo vital, presentes durante todo el desarrollo; las conductas de sus miembros influyen en la de los otros de forma adaptativa; brinda afecto, expectativas para el desarrollo, desempeñando un rol positivo y saludable" (Leiva Medina, 2013, pág. 12).

En cambio, la familia disfuncional es opuesta a la funcional. Es aquella en la que "los conflictos, la mala conducta y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a los otros miembros a acomodarse a tales acciones. A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal" (Leiva Medina, 2013, pág. 15).

De acuerdo a la historicidad de la familia desde la perspectiva de la antropología humana, el ser humano ha evolucionado cronológicamente desde el hombre silvícola y agrícola hasta el hombre tecnícola que es el que predomina en las sociedades avanzadas en la actualidad. En relación a esta evolución la familia ha ido transformándose en consonancia con el avance en los medios de producción y de comunicación entre las personas.

En países como Guatemala prevalecen los patrones agrícolas en los que la familia está integrada por ambos padres y los hijos, con algunas modificaciones sustanciales que le dan el carácter actual. En sus inicios este tipo de familia se caracterizaba por la ausencia del padre por cortos periodos de tiempo para proveer a la familia de los recursos materiales para su manutención. La madre permanecía en el hogar para transmitir los valores culturales a los hijos.

En la actualidad debido a los cambios económicos y sociales en el país derivados fundamentalmente del conflicto armado interno, la generalización de la violencia, el narcotráfico, la presencia de gavillas (maras) y la globalización de la economía, se ha observado alteración en los roles familiares y el debilitamiento de los vínculos familiares de forma acelerada, los que promueven su disfuncionalidad y como resultado afectan la conducta de todos sus miembros, profundizando la ansiedad, el miedo, las fobias, las neurosis, las histerias y otros trastornos que afectan las dinámicas familiares y en específico la conducta de las personas cuyos patrones desadaptativos se observan en el consultorio dental.

La pérdida de la confianza básica, la falta de uno o ambos progenitores, la presencia de los abuelos o de algún otro miembro de la familia extendida en la dinámica familiar o haber sido víctimas de la violencia, altera la dinámica familiar debido a que la madre, por ejemplo, en la necesidad de agenciarse de más recursos económicos para mantener la economía familiar, se ha visto obligada a salir a la calle a buscar más recursos y el padre debido a la influencia de la cultura permanece emocionalmente ajeno a la interacción familiar. Estos cambios vertiginosos y repentinos generados en la actualidad afectan de manera sustancial a los niños y la forma en que estos se relacionan con los miembros de la familia y demás actores sociales.

La confusión creada tanto a los niños como a los adultos se proyecta en la relación odontólogo-paciente e influye directamente en el tratamiento odontológico y en los modos de comunicación en los protagonistas de dicho tratamiento -el niño que se siente amenazado a causa de la disfuncionalidad familiar y su entorno inseguro-; -y el odontólogo agresor que se sublima en el trabajo; que realiza y que perpetúa los patrones culturales-.

En el seno de la familia se organizan las bases de los trastornos que la persona padecerá más adelante si los patrones de crianza y el ambiente en el cual se desarrolla y crece la persona son desadaptativos. En general para el niño el agresor (victimario) y la víctima son el padre, la madre, o ambos o algún otro personaje que sea significativo en la dinámica familiar, incluido él mismo.

En general entre los miembros de la familia se presentan constantes agresiones. En países con una cultura consistentemente violenta como la guatemalteca, los victimarios suelen venir de hogares encolerizados, enérgicos, desintegrados, impetuosos, impulsivos, abusivos, intolerantes, discriminativos, aislados, arbitrarios, apasionados, celosos, sectarios e intransigentes, con daños psicológicos y emocionales, y con historias transgeneracionales de trastornos psicológicos y de dependencias a sustancias como el alcohol y las drogas que favorecen la potenciación de la agresividad dentro de la familia.

El agresor en general es inmaduro (personalidad pregenital), presenta dependencia afectiva, inseguridad, es emocionalmente inestable, impaciente e impulsivo. Una de sus características es que transfiere la propia agresión hacia las personas con las cuales se relaciona, en especial con los miembros de la familia a los que somete por los medios a su alcance por medio de la violencia física, psicológica, patrimonial y sexual.

Una familia que además de patrones de confianza desadaptativos, apego de base insegura, baja autoestima y violencia, presenta machismo y tendencia a la victimización, internaliza la violencia como la única forma conocida de vida. Por ello sus miembros utilizan el chantaje, la manipulación, el rechazo, el desprecio, la crítica y la censura entre ellos (superyó punitivo), ambiente que propicia el medio adecuado para que el niño corra el riesgo de perder la salud mental y aprenda conductas que le dificulten su progreso como persona, rechazo al medio social en el cual se desenvuelve, dificultades en las relaciones interpersonales y como efecto la presencia de defensas maniacas.

La familia es el medio en el cual la persona aprende a ser amada y a amarse; es el lugar en el que integra, desarrolla y manifiesta la personalidad, aunque ésta se comienza a revelar al final de la adolescencia.

Los patrones de crianza en consecuencia son las estructuras inconscientes y conscientes que fomentan la adaptación social de la persona con su medio, transmitidos transgeneracionalmente y regulados por la familia, la escuela, la iglesia y los grupos sociales a los cuales la familia y sus integrantes pertenecen.

Estos patrones motivan acciones y actitudes de la persona hacia los diferentes roles de la vida. El hombre como beneficio cultural obtiene el control y dominio (el poder) en el hogar en detrimento de los otros miembros de la familia, marginando y sometiendo a las mujeres y maltratando y abusando de los descendientes. Esto es conocido como machismo en el que el estereotipo que domina es que el varón es activo, agresivo y dominante; la mujer pasiva, sumisa y dominada y los hijos utilizados en beneficio de quien despliega el poder.

La suma de los anteriores factores deja una huella imborrable en cada miembro de la familia, en particular en los pequeños. El maltrato infantil, la violencia intrafamiliar y el desapego provocan ansiedad, problemas emocionales y trauma psicológico.

1.7.1 Violencia familiar, machismo y victimización

Dentro de la familia se configuran los victimarios (agresores) y las víctimas. De acuerdo a la documentación los agresores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad.

Cuando entre los miembros de la familia se presentan constantes agresiones, surgen los agresores pues tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impaciente e impulsivo. El ambiente donde han crecido y los daños psicológicos y emocionales que han recibido los hacen inestables e impulsivos. Así que los agresores trasladan habitualmente la agresión que han acumulado en otros ámbitos hacia sus mujeres.

En la mayoría de los casos, la agresión acumulada la proyectan hacia la mujer. Al hablar de un mal tratador, frecuentemente es una persona aislada, no tiene amigos cercanos, celoso (celotipia), baja autoestima que le ocasiona frustración y debido a eso se genera en actitudes de violencia.

En el ámbito familiar es donde se desarrolla la personalidad del niño, es el primer lugar donde los niños aprenden a ser amados y amarse, es la escuela de ciertos patrones de crianza, éstos pueden definirse como las estructuras encargadas de fomentar la adaptación de la persona a su medio, los patrones de

crianza son regulados por las diversas instituciones sociales como lo son la familia, escuela, iglesia y diversos grupos sociales (García & Suazo, 1998).

Dicho con otras palabras, son estructuras conscientes e inconscientes que se transmite de una generación a otra, con adaptación al entorno social, provocando actitudes y acciones hacia la persona por su género, favoreciendo a los hombres y marginando a las mujeres, asumiendo responsabilidad y roles distintos. Dando inicio el proceso de adaptación a los estereotipos masculino y femenino. El varón activo, agresivo y dominante, así como la mujer pasiva, sumisa y dominada. Los estereotipos son ideas, prejuicios, creencias y opiniones preconcebidas, impuesto por el medio social y la cultura (De Beauvoir, 1995).

Los estereotipos son ideas impuestas desde la infancia, influenciados por la cultura y el entorno social, donde se desenvuelve. Son principios que rigen el cuidado, la instrucción, la educación de los hijos para la formación de carácter y desarrollo de su personalidad, así como los métodos de disciplina necesarios para su aplicación.

En Psicología se puede decir que son prácticas cotidianas dentro de la familia, orientadas hacia la enseñanza de los valores, costumbres, normas y prácticas religiosas para que los niños puedan desenvolverse en la sociedad en que vive (Papalia, 2009, pág. 134). Son modelos aprendidos cotidianamente en la familia, utilizados en la educación de los hijos.

Aquí se transmite la cultura, como también relaciones interpersonales, adecuadas como inadecuadas. Los problemas de comportamientos y conductas impactan tanto al niño que luego proyectan violencia intrafamiliar, provocando ansiedad y problemas emocionales.

En el plano social los patrones de crianza son influenciados y reforzados por los medios de comunicación, representan el rol clásico del hombre, dominante, decidido, aventurero, competitivo, seductor, macho, disimulado con sus emociones, objetivo, lógico, práctico. Y la mujer como sumisa, sufrida, ama de casa, dócil, dependiente, poco aventurada, susceptible, insegura y utilizada como objeto sexual (García & Suazo, 1998, pág. 32). En el ámbito social, existe la

influencia de la cultura y de medios de comunicación donde el hombre es el dominante y la mujer es vista como sumisa.

1.8 Conflicto psicológico en la clínica dental

Lo primero que hace un niño en el momento de nacer es respirar. En el acto de inspirar va implícito la forma de mantener la vida al buscar de forma instintiva el alimento en el pecho de la madre nutricia. Es el pecho de la madre el que inicialmente lo va a incorporar a la vida.

Primeramente, el niño y la madre son una unidad simbiótica. Esto significa que el niño percibe que él no puede vivir por sí mismo y que necesita a la madre para hacerlo. Es de ella quien lo obtiene todo.

Cuando se presenta alguna necesidad el niño demanda atención inmediata; demanda que todas sus necesidades sean satisfechas en el momento que aparezcan. En el acto de succionar están presentes la boca, los huesos maxilares, las mucosas, la lengua y los dientes que, aunque no se tienen en el medio oral están presentes entre los maxilares.

Se sabe que cuando el embrión tiene 11 mm de longitud se comienza a formar el estomatodeum, que es una invaginación que se hace en la porción anterior, desde el procencéfalo y el cordón neural. Luego a la octava semana de vida intrauterina se empieza a formar el germen dentario dentro de las láminas dentarias; estas son precursoras del maxilar superior y del maxilar inferior.

Se puede entender que desde el vientre materno el embrión tiene representaciones mentales de los dientes y de la función masticatoria. Se ha observado que el feto cuando siente inseguridad y cuando siente miedo, succiona el dedo. En el acto de succionar tanto dientes como mucosas bucales están presentes. El niño ya está configurado en la parte libidinal, es decir que se configura desde el vientre.

Al nacer el niño carece de toda la información sobre el mundo en el cual tendrá que vivir, está provisto con todas las herramientas necesarias para realizar aprendizajes para mantener la vida física y psíquica. Del objeto primario (la madre) fundamentalmente recibe lo que necesita en relación con las características ambientales en las cuales se desarrolle. Con el paso de los años y con el paso de

la vida irá constituyéndose como un yo, como una persona independiente que puede satisfacer sus propias necesidades en relación con los otros.

Durante el primer año de vida el infante conoce el mundo por medio de la boca, del placer que le produce succionar para proveerse de alimento utilizando el sistema estomatognático. En estas condiciones y según Freud se tiene establecida la fase anal; luego de acuerdo a Melanie Klein desde el momento que el niño nace se empieza a configurar el núcleo de la personalidad.

Ella explica que el núcleo de la personalidad se forma a partir de la posición esquizo-paranoide y de la posición depresiva. Simbólicamente en la primera posición la madre o es completamente buena o es completamente mala; de ahí que Melanie Klein enseña que existe un pecho gratificador, y un pecho brujo o un pecho bueno y un pecho malo, respectivamente.

El pecho bueno y el pecho malo se mantienen separados desde el nacimiento hasta el mes y medio de vida. Cuando la madre alimenta, cuida y protege al bebé, el niño recibe una gratificación; se siente satisfecho al resolver las necesidades; mientras que cuando la madre no alimenta, no cuida, ni protege, ni le cambia el pañal, ni le da de comer, está presente el pecho brujo. Esta percepción promueve la interiorización de las pulsiones agresivas.

Al final del mes y medio de vida se espera que el niño logre interiorizar a la madre como buena y como mala, porque a la vez que satisface sus necesidades, puede causarle displacer. En algún momento dejará que tenga llanto y gratificará.

Si la madre es una madre psicológicamente adecuada para el bebé, éste tenderá a relacionarse con amor, con seguridad y con confianza, con las otras personas, interiorizando las pulsiones libidinales. Pero si la madre es una madre que rechaza al niño, que no lo quiso tener, que no lo quiere alimentar y que busca los medios para no estar en contacto con él, el niño interiorizará en mayor grado las pulsiones agresivas -de ahí- la relación del pecho bueno con el pecho malo dependiendo si se desarrolla más el pecho malo, es decir las pulsiones agresivas, el niño será más agresivo y ansioso, y se configurarán las diferentes psicopatologías que se pueden manifestar durante toda la vida.

Luego del mes y medio hasta los tres meses Melanie Klein enseña que el niño entra en una posición depresiva. Cuando el niño sabe que la madre es buena y que es mala a la vez, a él lo que le molesta y lo que le inquieta es que la madre sea mala, porque el niño quiere que inmediatamente antes de que él detectara una necesidad, la madre ya tuviera el biberón y se lo pusiera en la boca, para no sentirse el desprotegido.

Lo que el niño hace si no es alimentado de inmediato, es comenzar a morder el pezón -castiga a la madre y la devora- en un intento de destruirla al no satisfacer las necesidades cuando aparecen. Llorará.

Cuando la madre da el pecho el niño empieza a morder el pezón para cobrárselas en contra de la madre; el niño se culpabiliza por destruirla psíquica y físicamente, y luego de haber mordido el pezón, intenta simbólicamente reparar el daño que ha cometido contra la madre. En este momento el niño conoce que él también puede ser bueno y que puede ser malo a la vez y necesita reparar el daño infringido a la madre. Con lo cual queda establecida la función depresiva y estructurado el núcleo de la personalidad.

Esto se relaciona directamente con la odontología en virtud de que sería de esperarse que, de acuerdo con los cuidados del objeto primario, (sumados al patrón de crianza que el niño haya tenido, es decir las normas y las reglas y el modelo de educación que el niño ha tenido en la casa) va a reaccionar en la clínica odontológica.

Si el niño ha sido protegido, ha sido cuidado y ha sido respetado en su dignidad humana tenderá a expresar un apego de base segura; mientras se tenga un apego de base segura y un patrón de crianza adecuado, que permita que el niño se desarrolle como ser humano (de forma progresiva de acuerdo a su desarrollo evolutivo) se espera que tenga menos problemas en la clínica dental. Interpreta que el odontólogo existe para cuidarlo y protegerlo, comprende que no lo va a lastimar ni a herir “porque papá y mama cuidan de él”.

En la clínica dental el odontólogo significa la figura de autoridad el niño mientras está en un sillón dental y -un adulto también-, se encuentra en un estado de indefensión hacia el odontólogo, porque desconoce lo que se le va a acontecer,

y además, se le van a realizar agresiones y mutilaciones al cuerpo (castraciones), esta situación logra que la persona exponga sus instintos de conservación de la vida, a los cuales reacciona porque recibe una amenaza (miedo, ansiedad) y el niño está entre huir o recibir la atención (conflicto psicológico). Algunos huyen y otros se quedan.

A los niños que se les explica, que se les comunica lo que se les va a hacer; cómo se les va a ayudar, soportarán de mejor modo la experiencia, de otra manera si el niño no recibe la información va a exponer sus mecanismos de defensa para protegerse a sí mismo de la agresión y la amenaza. Es en este momento cuando la persona y el rol del odontólogo tienen importancia fundamental en el éxito o fracaso de la relación odontólogo-paciente dental pediátrico.

El odontólogo debe de ser una persona que se conozca a sí misma, que sepa quién es, y por excelencia debe de ser un comunicador, si el niño viene con patrones de apego desadaptativos, y si el niño viene con un apego de base insegura, el odontólogo debe de ayudar al niño a que reestructure esa parte, proveyéndole un modelo, es decir, modelar la conducta de un padre idealizado, para que el niño pueda desarrollar ese vínculo de confianza y seguridad, mientras se le realiza el tratamiento.

Si el niño ha recibido trauma, por trauma me refiero a que el niño ha sido violentado, si el niño en algún momento se ha sentido en un estado de indefensión, es decir, que el adulto lo va a lastimar o lo hiere o castiga sin posibilidades de defenderse, el niño recibe un trauma (acontecimiento traumático), es decir, un daño que queda guardado en su memoria durante toda la vida, aun así haya recibido psicoterapia toda la vida, pero está en un estado de latencia, y en cualquier momento puede expresarse el trauma.

Mientras al niño se le agrede en la clínica dental tiene regresiones a la fase oral, a la fase anal, donde quedó fijado de acuerdo a su desarrollo psicosexual y va a adoptar actitudes de una persona pregenital, es decir, se va a comportar como lo que es, como un niño, -y el adulto también tiene este tipo de regresiones-, y además de eso, la persona se siente abrumada, porque además de tener esas fijaciones y regresiones, el trauma que se le ha creado a la persona lo remite a

otros traumas que ha tenido en otras etapas, donde el padre ha sido el castigador (significado por el odontólogo), y donde se han alimentado las frustraciones, y en consecuencia tendrá mucho más pulsiones agresivas interiorizadas. El niño regresa inconscientemente a donde quedó fijado, sumado a ello la huella traumática que, de acuerdo a la experiencia de vida, se siguen sumando continuamente. Por ello, las reacciones de un adulto son más intensas en virtud de la reexperimentación del trauma que significa la clínica dental, y sus constantes regresiones a etapas pregenitales, sin poderlas controlar y sin poderlas explicar, ni conocer su origen –por haberlo olvidado-.

Por eso cuando el paciente llega a la clínica dental está en un estado de ansiedad, y no sabe por qué se siente así, lo que ocurre es que todo quedó grabado en el inconsciente y aunque se sienta seguro respecto al odontólogo, no deja de sentirse ansioso y miedoso.

El odontólogo debe de estar capacitado para manejar a estos niños, no es amarrando a un niño como se va a lograr su colaboración ni controlándolo, ni alimentando las agresiones dirigidas hacia él, ni agrediéndolo ni victimizándolo, causándole angustia y sufrimiento a nivel espiritual; sino todo lo contrario, el niño que manifiesta problema en la clínica dental, debe de ser abordado por un psicólogo y un odontólogo, para que esté en capacidad de comprender y entender, de acuerdo a su grado de desarrollo, y en concordancia con Erick Erikson, en qué etapa se encuentra para poderlo enriquecer incrementalmente para que el niño de acuerdo a su edad pueda ser ayudado por un adulto; estos son los llamados aprendizajes mediados en los cuales el niño va a superar sus conflictos cuando es guiado por un adulto, en este caso el odontólogo.

Se dice que el niño supera la fase de desarrollo próximo cuando el mediador, el educador, el padre, el encargado, la tía, el abuelo, lo va a ayudar para que pueda comprender nuevas situaciones y que pueda modificar su conducta, con lo cual el niño va a crear nuevas estructuras mentales que lo liberen, y le ayuden a manejar los traumas y los conflictos que ha tenido cuando ha sido más pequeño.

Para hablar del significado que tienen los dientes, es necesario hablar de los dientes en relación con las estructuras bucales, específicamente con la mucosa oral. Se sabe que el placer que el niño recibe inicialmente, como se ha dicho, es el placer a través de la mucosa.

Inicialmente en el niño no hay un yo ni hay un superyó, el niño es un ello en donde están los instintos de conservación de la vida e irrumpen en cualquier situación. A un niño no le importa si va a hacer pasar a la madre en un ridículo, el niño tiene hambre y el niño llora aun así estén en un teatro, o estén en un lugar comprometedor para los padres, porque es el ello el que gobierna todas sus situaciones de vida. En esa etapa el niño lo recibe a través de la mucosa bucal que significa el placer que se expresa cuando la persona sonríe, que es cuando la persona muestra satisfacción en relación con los otros músculos, que están más alejados de la boca, luego inmediatamente después, los dientes irrumpen en el medio oral. Estos no representan una satisfacción libidinal, sino que significan satisfacciones agresivas, las pulsiones agresivas. Con los dientes la persona tritura y devora lo que tiene a su alcance, porque la función primaria del ser humano es mantener la vida, por ello mastica, ensaliva, deglute.

Los dientes y la boca significan la puerta de entrada al organismo, haciendo en pedazos más pequeños la comida para que pase al sistema digestivo, para que se convierta en energía; por ello simbólicamente los dientes sirven para triturar, devorar, digerir, asimilar y excretar a los seres humanos.

Para que la persona pueda interiorizar el mundo en el cual vive, padre, madre y todas las personas alrededor, necesita devorarlos psíquicamente para que puedan ser integrados a la propia persona, luego de haber extraído todo aquello que lo alimenta y luego sacar el desecho y excretarlo.

Por ello se hace importante conocer a donde llegan las percepciones en el cerebro sobre las pulsiones libidinales y agresivas, sobre todo las agresivas, en las cuales están involucrados los dientes simbólicamente, se necesita conocer los propioceptores en los dientes para ubicar en que área se localizan los centros en los cuales estas percepciones son decodificadas en el cerebro, porque probablemente en la integración del sistema límbico que es donde están

configuradas las emociones y el tálamo donde radican todos los instintos de conservación de la vida, los instintos de vida y de muerte, probablemente en esa medida se pueda hacer un enlace desde el funcionamiento orgánico del cuerpo, específicamente del sistema nervioso central, y se puedan hacer interpretaciones de la complejidad que representan los dientes bajo el punto de vista de la persona.

1.9 Teoría del apego

Se han planteado aspectos acerca de la influencia que tiene tanto la cultura, el género en el desarrollo de los niños, pero también existe otro tema importante, relacionado con el cuidado de los niños y se da en un ámbito familiar.

Es una gran responsabilidad tener hijos, por lo tanto, supone correr un gran riesgo. Además como la paternidad exitosa es una clave importante para la salud mental de la generación siguiente, es necesario saber todo lo posible acerca de su naturaleza y las diversas condiciones sociales y psicológicas que influyen en su desarrollo positiva o negativamente (Bowlby, 1995, pág. 23).

En la mayoría de casos el primer contacto del niño es con su progenitora, si la relación funciona bien, produce alegría y una sensación de seguridad. Si resulta amenazada, surgen los celos, la ansiedad y la ira. Si se rompe, habrá dolor y depresión (Bowlby, 1995, pág. 16).

Cuando algún niño manifiesta determinada conducta, al hablar con la madre, ella proporciona información muy valiosa acerca de su primer vínculo que nos amplía el panorama y nos ayuda a comprender para poder abordar la problemática.

La naturaleza del vínculo del niño con la madre hace referencia a la dependencia la cual se manifiesta como el resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte pre-programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna (Bowlby, 1995, pág. 15).

Dentro de la crianza de un niño, al hablar de pre-programada, esto indica que está relacionada al instinto tanto de la madre al hijo, como viceversa, por mencionar la madre le da alimento a través del pecho y él responde con la succión,

aquí se inicia un vínculo y a través de esté se pueden agregar también las caricias provocando entonces algo más significativo porque se da una interacción física y emocionalmente.

La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo (Bowlby, 1995, pág. 40), Es una interacción a través de experimentar la cercanía con otro, con quien se identificará. La conducta de apego del niño es activada especialmente por el dolor, la fatiga y cualquier cosa atemorizante, y también por el hecho de que la madre sea o parezca inaccesible (Bowlby, 1995, pág. 15).

Es por eso que cuando el niño se enferma no encontrará nada mejor que los brazos y el pecho de su madre, para sentirse seguro. De allí, radica en que el niño desarrolla un estrecho vínculo con su madre, ya que ella lo alimenta. Ella es quien satisface la necesidad de sobrevivencia, a través de su pecho.

El psicoanálisis postula una relación de objeto primitiva; Melanie Klein expone que el pecho de la madre se representa como el primer objeto, y se coloca el acento en el alimento y en la oralidad (etapa oral), y en la naturaleza infantil de la dependencia.

Definitivamente el primer contacto será a nivel oral al experimentar el bebé en su boca el pecho de la madre, que lo hará dependiente de ella. La autora habla de que el niño será capaz de diferenciar entre pecho bueno o malo, como resultado de esa interacción física y emocional, al experimentar ya sea gratificante o por el contrario desfavorable que terminará de influir cuando establezca futuras relaciones interpersonales.

Luego de la observación de la conducta, surge la Teoría del Apego, que es un intento por explicar tanto la conducta de apego con su episódica aparición y desaparición como los apegos duraderos que los niños y otros individuos tienen con otras personas determinadas. En esta teoría el concepto clave es el del sistema conductual (Bowlby, 1995, pág. 40).

Durante la infancia se dan acontecimientos y se presentan diversos personajes con quienes el niño establecerá relaciones, por ejemplo: padres,

abuelos, tíos, hermanos, amigos., de quienes aprenderá conductas y compartirá experiencias.

Las amenazas de abandono no sólo crean una intensa ansiedad sino que también ira, el niño experimenta la separación por perder a alguien amado, siente temor, tristeza, etc. Existen casos de madres que tuvieron una infancia difícil y luego sobreprotegen a sus hijos o establecen una figura de apego con su hijo, y luego éste tiene que cuidar de ella.

Por otro lado, también el niño experimenta un duelo que es una reacción habitual ante la pérdida una vez que ésta ha ocurrido.

Los psicoanalistas identifican las pérdidas ocurridas durante la infancia como perturbaciones emocionales que desencadenan trastornos depresivos. Klein afirmaba que el objeto por el cual se hacía el duelo era el pecho perdido; y, además, atribuía al niño una compleja vida fantasiosa (Bowlby, 1995, pág. 46). Se da en un caso que la madre falleciera o que por motivo ajeno a ella, no pudiera seguir dándole pecho al niño, éste percibiría la situación con tristeza que puede ser seguida de la depresión.

La teoría del apego subraya el status primario y la función biológica de los lazos emocionales íntimos entre los individuos cuya formación y conservación se supone que están controladas por un sistema cibernético situado dentro del sistema nervioso central, utilizando modelos operantes de sí-mismo (self) y de la figura de apego en la relación mutua. Estos están relacionados a nivel fisiológico con la tensión sanguínea y la temperatura corporal, provocando un equilibrio ambiental interno que favorece la conexión entre una persona y la figura de apego, donde permanece cierta distancia y accesibilidad (externo). El niño elabora en su mente una conexión entre las experiencias propias y que ha tenido con la(s) figura(s) de apego que permite el funcionamiento de la personalidad durante su vida.

El apego también acentúa la poderosa influencia que ejerce en el desarrollo de un niño el modo en que es tratado por sus padres, especialmente por la figura materna y cuando existe un patrón de apego seguro, el niño sentirá confianza con

sus padres, pues ellos le brindarán protección y satisfacen sus necesidades cuando lo necesite, porque son sensibles y accesibles.

En la teoría del apego se destaca el hecho de que los actuales conocimientos sobre el desarrollo del bebé y el niño exigen que una teoría de los caminos del desarrollo reemplace a las teorías que recurren a las bases específicas del desarrollo, en las que se afirma que una persona puede quedar fijada (Bowlby, 1995, págs. 141-142).

En este contexto Bowlby se refiere a que durante el desarrollo del niño en un momento dado puede tener regresiones a etapas que ya había superado (etapas pregenitales). La presencia de un sistema de control del apego y su conexión con los modelos operantes del sí-mismo y de la figura o figuras de apego que elabora la mente durante la infancia, son características centrales del funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida (Bowlby, 1995, pág. 145). El ser humano en su mente construye un lazo entre su experiencia propia y la que tiene con las personas significativas para él, las que motivan a la labor de la personalidad en su evolución.

La persona necesita de alguien más fuerte, que se haga responsable de ella con el propósito de obtener seguridad y protección, y evitar el sentimiento de vulnerabilidad para enfrentar una realidad percibida como amenazante. Debido a la necesidad de amparo este es uno de los apegos más resistentes.

De acuerdo con la historia personal afectiva, la educación recibida, los valores inculcados y las deficiencias específicas, cada cual elige su fuente de apego. El origen de este apego está en la sobreprotección parental durante la niñez y en la creencia aprendida de que el mundo es peligroso y hostil. Para establecer la estabilidad o confianza el niño ante el ambiente al que se encuentra expuesto y a las creencias de peligro siente miedo y se percibe indefenso, desprotegido, dependiente del cuidado de alguien. El miedo al abandono y el apego a la estabilidad y confiabilidad son dos situaciones a las cuales el ser humano debe hacer frente en la búsqueda de adaptarse al mundo en que vive, siempre cambiante.

Por naturaleza el ser humano busca sentirse amado; en este acto busca la estabilidad y como consecuencia una autoestima adecuada, sin embargo una cosa es que guste recibir amor y otra muy distinta quedar adherido a las manifestaciones de afecto (Bowlby, 1995, pág. 16).

1.10 Trauma

El tratamiento odontológico es capaz de confrontar a los pacientes consigo mismos. La psicodinámica que se establece en el consultorio dental reproduce la del núcleo familiar. Los patrones de crianza interiorizados, el modelo de disciplina familiar, el tipo apego establecido, son solamente algunos factores que inciden en la conducta expresada por los pacientes dentales, quienes se exteriorizan por medio del lenguaje verbal y no verbal.

Las ansiedades y miedos percibidos por el paciente dental en el hogar son reproducidos durante el tratamiento por medio de los síntomas y de los mecanismos de defensa empleados sean estos adaptativos o desadaptativos configurados originalmente en la conformación del núcleo de la personalidad, así como en las neurosis, histeria y trauma psicológico.

De acuerdo a los criterios establecidos por el DSM IV TR, la experiencia traumática o trauma se define como la “exposición a un acontecimiento estresante donde el individuo se ve involucrado en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o persona cercana de acontecimientos que implican muertes inesperadas, o violentas, daño serio o peligro de muerte. Esta experiencia debe de estar acompañada de terror, desesperanza y horror.

Existe otra condición llamada **Trastorno por Estrés Postraumático**, el cual de acuerdo a lo establecido por el DSM IV TR se define de acuerdo con los siguientes criterios:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que:
   1. La persona ha experimentado, presenciado o le han confrontado con uno o más eventos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
   2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso.
B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
   1. Recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
   2. Sueños sobre el acontecimiento, de carácter recurrente que producen malestar.
   3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de “flash back”, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
   4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
   1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
   2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
   3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción marcada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (Ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (Ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia, o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación ("arousal"; ausente antes del trauma), tal como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
   1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
   2. Irritabilidad o ataques de ira.
   3. Dificultades para concentrarse.
   4. Hipervigilancia.
   5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

De acuerdo a lo dicho por Judith Herman "la dialéctica central del trauma psicológico consiste en la verdadera voluntad de negar los acontecimientos horribles y la voluntad para de desvelarlos" (Herman, 1997, pág. 25).

Cuando el trauma no se expresa por medio de la narración se manifiesta como síntomas de angustia en los que aparecen alteraciones de la conciencia (pensamiento doble, disociación o doble conciencia) que no se limita a las víctimas directas sino también a los testigos de las atrocidades. Cuando el padre maltrata a la madre, por ejemplo, el niño interioriza el acontecimiento como una vivencia en la que podría visualizarse como la misma víctima. Cuando prevalece el abuso prolongado y repetido la persona pierde la seguridad en sí misma y la confianza básica de un apego de base segura.

El perpetrador o victimario es la persona que causa las agresiones. El secreto y el silencio es el medio que utiliza para defenderse procurando que nadie escuche a las víctimas, justificándose en virtud de su poder sobre la víctima, el cual puede ser ejercido desde cualquier rol, ya sea como padre de familia, como "amigo" o hasta como el profesional de la odontología.

Algunos profesionales cuando abusan de los pacientes, sobre todo de los niños minimizan su poder, indicándoles a los padres, cuando permanecen fuera de la clínica dental, y por las quejas del niño que fue atendido, elaborando frases como nunca ocurrió, miente, exagera, se lo buscó, es mejor olvidar lo sucedido y seguir adelante, en consonancia en algunos casos con los patrones de crianza instalados en el ambiente familiar.

En este contexto la víctima es infravalorada e invisibilizada, aunque la realidad traumática se mantiene en silencio por la propia víctima, por los padres o encargados del niño e incluso por los padres quienes dan su consentimiento para que los niños sean agredidos (en lugar de ser atendidos), en virtud de que es lo que se acostumbra en casa: someter por la fuerza "la mala conducta de los niños" por no obedecer las demandas de los progenitores o de los hermanos mayores. Con estas actitudes por parte de las figuras de autoridad del chico se siente sin apoyo y sin ninguna protección emocional.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: "El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Se entiende como violencia intrafamiliar a "toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno o varios de sus miembros que de forma ocasione daño físico, psicológico y /o sexual a otros de sus miembros que menoscabe la integridad y cause un serio daño a su personalidad y/o a la estabilidad familiar" (Tipos de maltrato intrafamiliar, 2012).

Mientras que el maltrato infantil se refiere a "El maltrato o la vejación de menores que abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales,

abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder" (Secretaria de Salud, 2006).

Existen varios tipos de violencia entre ellos la violencia física, psicológica, sexual y la patrimonial. Así mismo existen varios tipos de maltrato infantil intrafamiliar capaces de producir conflicto psicológico cuando el paciente es sometido a un tratamiento dental.

El maltrato físico incluye "los actos cometidos por padres o adultos cuidadores contra el niño que les generan lesiones físicas temporarias o permanentes" (Tipos de maltrato intrafamiliar, 2012).

El maltrato psicológico o emocional comprende conductas de indiferencia, ofensas, insultos, desprecios "triangulación en conflictos parentales, u otros producidos por los padres o adultos cuidadores y que los dañan en su esfera emocional" (Tipos de maltrato intrafamiliar, 2012).

El maltrato sexual incluye abusos deshonestos en el área sexual hasta el cuadro límite de violación. El abandono físico incluye las omisiones causadas por los padres o los adultos que cuidan a los niños, que abarca la falta de respuesta a las necesidades físicas de los niños (Tipos de maltrato intrafamiliar, 2012).

El abandono emocional se refiere a las situaciones de desidia, apatía, indolencia y negligencia de los padres o cuidadores de los niños. Ellos no responden para satisfacer las necesidades de los chicos aun habiendo tenido la oportunidad de responder a las mismas.

En la respuesta al trauma no es necesario que las personas experimenten en sí mismos las situaciones de violencia familiar. Basta con ser testigo de las escenas, sin ser los protagonistas directos, es suficiente observar los actos violentos.

En la clínica dental el paciente refleja el tipo de apego establecido en el seno familiar en relación directa con la violencia intrafamiliar y el maltrato ejercido en contra de él que se extiende a lo largo de la vida. Los síntomas observados durante el tratamiento odontológico son consistentes con los temas tratados con

anterioridad en este estudio de tesis, por lo que en una situación odontológica tanto el paciente como el estomatólogo y el personal auxiliar interactúan de forma inconsciente, reproduciendo los patrones conductuales interiorizados, en los cuales el odontólogo es suficiente para crear o perpetuar el trauma, que al final se expresará como la evitación del dentista y lo que signifique cada vez que se expone a la situación estresante. En consecuencia, se puede decir que en general la violencia en cualquier forma produce diferentes grados de trauma. El estudio del trauma inició como un desorden arquetípico, el que enseguida se estudió como una neurosis de combate y trauma de guerra. En un tercer momento el trauma se aprendió desde la perspectiva sexual y doméstica incluyéndose la violencia y maltrato intrafamiliar.

La histeria de la que ya se trató antes, surge en este contexto derivado de un patrón de violencia constante y de explotación, así como de la violación hacia la persona sin importar el contexto en el cual se den. Estos factores producen parálisis motrices, pérdidas sensoriales, convulsiones, amnesia, sumado a ello la pérdida del interés por la vida interior, lo que predispone al niño cuando sea adulto a sentirse sin posibilidades de defensa y desamparado.

Janet y Freud definieron a la histeria como acontecimientos intensamente perturbadores que habían sido borrados de la memoria, Janet sugirió “las ideas subconscientes fijas” con evocación de los recuerdos o memorias traumáticas (reminiscencias).

Si se siguen hacia atrás las historias de vida de las personas, se encuentran los inicios de los hilos que configuraron en el pasado de la persona, los condicionantes de la conducta actual, en hechos traumáticos de la infancia escondidos bajo experiencias recientes y relativamente triviales dentro de los cuales se incluyen actos endémicos contra los niños.

El trauma remite al estrés emocional de estar expuesto de manera prolongada a la muerte violenta o, a la percepción de ella ya sea de forma real o imaginaria. Se puede pensar en este orden de ideas que el conflicto armado interno que inició en 1958 y cuya supuesta finalización ocurrió en 1996 con la firma de Los Acuerdos de Paz Firme y Duradera, la población guatemalteca en general

fue expuesta a este estrés emocional el cual se mantiene consistente dentro de la cultura guatemalteca, expresada en la violencia infiltrada en todos los estratos sociales y cuyas manifestaciones y actos violentos se ven traducidos en bullying, crueldad familiar y la pérdida de los valores.

En el trauma existe inquietud, irritabilidad, pesadillas, las personas sucumben a un miedo interior superado únicamente por uno mayor a veces por principios morales, el hacia los otros y en muchos casos exacerbados por la forma desnaturalizada, despiadada y violenta conque los pacientes niños o adultos son tratados.

En la población del país se observa pobreza, hambre, descuido, violencia doméstica (intrafamiliar), separación del padre o de la madre, quienes ya sea por la ignorancia, por influencia social y/o cultural no tratan con dignidad y respeto a los niños. Este patrón de crianza es suficiente para crear un síndrome neurótico.

El niño sometido a una gran presión por parte de las personas adultas o de los pares (bullying) no puede acostumbrarse a las agresiones intensas. De acuerdo a la presión percibida el individuo se derrumbará en proporción directa la intensidad y duración de la exposición al estímulo. J.W Appell y G.W Beebe, expusieron que la protección más fuerte era la solidaridad y el apoyo hacia la persona.

“El trauma psicológico se refiere al sentimiento de intenso miedo, de indefensión, de pérdida del control y amenaza de aniquilación” (Herman, 1997) “con aumento en la percepción de ser dañado, cogido por sorpresa, atrapado, expuesto hasta llegar al agotamiento” (Green, y otros, 1990); puede ser producido por violación, daños físicos, exposición a la violencia extrema o ser testigo de alguna muerte violenta.

Un acontecimiento traumático experimentado por la persona en su integridad u observado en otro ser humano, es capaz de producir profundos y duraderos cambios en la respuesta fisiológica, las emociones, la cognición y la memoria al desintegrar y afectar el reconocimiento de las respuestas; se puede estar en un estado constante de activación y de irritabilidad, sin recordar el evento que lo causó o recordarlo con todo detalle sin emoción. En otras palabras, es un

estado de activación e irritabilidad constante sin conocer el motivo. Su característica fundamental es el poder para provocar una sensación de indefensión y de terror.

Estas incitaciones provocan una reacción al estresor el cual desencadena un sistema complejo e integrado de reacciones que abarcan el cuerpo y la mente, lo cual ya fue expuesto cuando se habló de la respuesta fisiológica al miedo y la ansiedad. Físicamente está mediado por el sistema simpático y la adrenalina; en el cual la amenaza hace que la persona se concentre en la situación inmediata. Al enfocarse en lo inmediato se puede alterar la percepción sobre el hambre, el cansancio y/o el dolor que al final de cuentas despierta el sentimiento de ira y de miedo con cambios en la reacción normal al peligro, esto incluye cambios en la reacción, atención, percepción y emoción, los cuales en condiciones de normalidad movilizan hacia la acción siendo esta de huida o de lucha (conflicto).

Las reacciones a los traumas se manifiestan cuando la acción no sirve para nada, el sistema de autodefensa se siente sobrepasado y desorganizado; la respuesta persiste en un estado alterado y exagerado aún al haber terminado el peligro real. Por consiguiente, los síntomas traumáticos acaban desconectándose de su origen y cobran vida por sí mismos. El recuerdo del trauma permanece inconsciente.

El trauma psicológico es la aflicción de los que no tienen poder. En el momento del trauma la víctima se ve indefensa ante una fuerza abrumadora.

Los acontecimientos traumáticos destrozan los sistemas de protección normales que dan a las personas una sensación de control, de conexión y de significado. Destruyen los patrones de apego seguros.

La violación, los malos tratos y otras formas de violencia sexual y doméstica son tan habituales en la vida de las mujeres y de los niños que no pueden ser descritas como fuera del ámbito de la experiencia habitual. Los acontecimientos traumáticos son extraordinarios no porque ocurran raramente, sino porque superan las adaptaciones habituales de los seres humanos a la vida. Las amenazas contra la vida o la integridad física o un encuentro personal con la violencia y la muerte, hacen que los seres humanos se tengan que enfrentar a los

extremos de la indefensión y del terror, y evocan las respuestas de una catástrofe. El denominador común del trauma psicológico es un sentimiento de inmenso miedo, de indefensión, de pérdida de control y de amenaza de aniquilación del yo.

Las reacciones traumáticas tienen lugar cuando la acción no sirve para nada. Cuando no es posible ni resistirse ni escapar, el sistema de autodefensa humano se siente sobrepasado y desorganizado.

La gente traumatizada puede sentir y actuar como si su sistema nervioso hubiese quedado desconectado del presente. Los síntomas del desorden de estrés postraumático pueden catalogarse en tres categorías principales. Hiperactivación, intrusión y constricción. La hiperactivación refleja la persistente expectativa de peligro; la intrusión refleja la huella indeleble del momento traumático; la constricción refleja la respuesta embotadora de la rendición (indefensión).

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Enfoque y modelo de investigación

El método que se utilizó para el presente estudio es el de la investigación cualitativa cuya característica consiste en investigar los fenómenos dentro de un contexto aplicado de forma transdisciplinaria. En ella los fenómenos emergen de forma heterogénea y multiforme, los cuales se escudriñan de forma más responsable y reflexiva en el entorno en que ocurren; valiéndose de la fenomenología para lograr sus propósitos, sin perder de vista las percepciones individuales y la realidad subjetiva de cada persona.

El investigador que se aproxima a la realidad individual está en condiciones de describir de mejor manera el escenario social y cultural en el cual ocurre el fenómeno a estudiar, procurando problematizar la forma cómo los individuos construyen e interpretan la realidad que tienen ante sí.

La teoría fundamentada es un método inductivo de investigación en el que la teoría explicativa emerge desde los datos obtenidos del fenómeno estudiado. Este método es utilizado para identificar los procesos sociales básicos de relevancia en forma de conceptos y relaciones del mismo fenómeno, examinados continuamente hasta la finalización del estudio.

La razón por la cual fue escogido este método radica en que el sufrimiento, la ansiedad y el miedo identificado en la relación clínica dental -y lo que ello implica- con el paciente dental pediátrico, influye directamente y es primario en el conflicto psicológico, cuya esencia es la ansiedad y el miedo, y a la vez, son capaces de alterar y modificar la conducta durante toda la vida.

El aporte más relevante de este método hace referencia a su poder explicativo en relación a la conducta observada dentro del consultorio y la emergencia de significados desde la información lograda, en consonancia con la teoría existente.

2.2 Técnicas

2.2.1 Técnica de muestreo

El muestreo que se utilizó en la investigación fue no aleatorio intencional o de juicio en la que se eligieron 6 niños comprendidos entre los 7 y 12 años de edad, de ambos sexos, procedentes del área metropolitana de la ciudad de Guatemala, escolarizados o no, de cualquier grupo socioeconómico, escogidos conforme fueron asignados a los odontólogos practicantes, de acuerdo al banco de pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con o sin alguna experiencia previa en cualquier clínica dental y sus procedimientos; que estuvieron en cualquier etapa del tratamiento odontológico y que presentaron miedo y ansiedad y manifestaciones conductuales desadaptativas relacionadas con la atención odontológica, atendidos en abril, mayo y junio de 2018.

2.3 Técnicas de recolección de información

2.3.1 Observación directa no participante

La observación significa enfocarse deliberadamente de forma total o parcial en la realidad de un fenómeno, el cual se registra de modo mental, gráfico y descriptivo para su posterior análisis.

En la técnica de la observación no participante el investigador permanece ajeno al contexto en el que se realiza la investigación. No se introduce dentro del grupo de estudio y no llega a formar parte de él. Da descripciones de los acontecimientos, de la forma de actuar de las personas y de interacciones entre ellas. Esta técnica es importante en el estudio porque brinda información pertinente sobre los aspectos del fenómeno mientras se da la relación odontólogo paciente y sobre la conducta manifiesta de los niños atendidos individualmente.

La ventaja de su utilización consiste que se tienen vivencias de primera mano que permiten al investigador comprender la situación o el comportamiento del grupo y las expresiones verbales y no verbales. Incluye el relato de las sensaciones y percepciones del investigador. Mientras la información se va obteniendo se plasma en un cuaderno de campo o en un libro diario los datos obtenidos.

Durante todo el proceso el investigador realizó observaciones anotando en los instrumentos de recolección de la información correspondientes las observaciones relevantes acontecidas durante las sesiones odontológicas. Se anotó lo percibido en el niño y en el odontólogo-practicante en la situación odontológica, procurando enfatizar en la comunicación verbal y no verbal que se estableció entre los actores e identificando lo que pudiera haber atrás de las reacciones entre ellos.

Objetivos de la investigación que fueron abordados con esta técnica:

1. Identificar la ansiedad y el miedo que se manifiestan durante el tratamiento odontológico para comprender su irrupción durante el tratamiento dental.

- **Indicadores**
    - Síntomas y signos de las neurosis de ansiedad.

2. Identificar los mecanismos de defensa implicados antes, durante y después del tratamiento odontológico

- **Indicadores**
    - Represión, negación, identificación proyectiva, formación reactiva, disociación, abstención, devaluación, idealización, omnipotencia. Afiliación, altruismo, anticipación, autoafirmación, autoobservación. Incapacidad para relajarse, reacciones de rechazo al equipo odontológico.

2.3.2 Observación directa participante

La observación participante es aquella en la cual el investigador participa en los acontecimientos del grupo investigado llegando a ser una figura familiar en medio del grupo observado con la finalidad de que los observados actúen como son y el investigador participe externa e internamente en los sentimientos del grupo. Esta observación permite obtener información de los hechos tal y como ocurren en la realidad y permite además percibir formas de conducta que en ocasiones no son demasiado relevantes para los sujetos observados. En este momento es pertinente destacar que el investigador del presente estudio, dado el hecho que es cirujano dentista de carrera con la experiencia suficiente en la odontología clínica, se constituyó como el instrumento para la recolección de la

información en esta técnica, lo que permitió enfocarse en el fenómeno observado y hacer las anotaciones procedentes considerando la presencia de factores que en otras condiciones no se hubieran podido controlar y de acontecimientos que potencialmente podrían dificultar la observación.

Una de las grandes ventajas de la investigación cualitativa es que permite la incorporación de procesos que se dan durante la investigación. De esa cuenta es que con la aplicación de esta técnica se logró identificar el procedimiento de ingreso de los pacientes dentales pediátricos a las clínicas de FOUSAC, el comportamiento del personal administrativo, de los docentes del área clínica, de los odontólogos practicantes, el de los padres o encargados del niño y la interacción que se estableció entre ellos en los diferentes procesos de la atención odontológica, tomando como punto central el manejo del niño y el cuidado o descuido del que pudiera ser objeto.

Con esta técnica también se enriquecieron los antecedentes de la atención odontológica a través del tiempo con respecto al comportamiento observado en los distintos niveles de atención. Además, la aplicación de esta técnica fue valiosa porque permitió hacer anotaciones sobre las condiciones y el ambiente en el cual se realizó el presente estudio.

2.3.3 Entrevista semiestructurada

La entrevista psicológica es una conversación entre dos personas, el entrevistador con el entrevistado (informante, sujeto investigado) con la finalidad de obtener información de primera mano sobre un problema determinado. La entrevista semiestructurada o semidirectiva es una mezcla de la entrevista estructurada o estandarizada y de la forma no estructurada o libre. En la primera las preguntas están previamente elaboradas y estandarizadas. El investigador solamente procede a hacer las preguntas y el entrevistado responde a las preguntas de forma puntual.

En la entrevista no estructurada se hace un bosquejo de los aspectos básicos del tema como un guion que servirá para orientar la conversación. La ventaja de la técnica de entrevista semiestructurada es que al combinar la entrevista estructurada y no estructurada permite nutrir y enriquecer la información

con aspectos no previstos que surgen de la dinámica del proceso. En el presente estudio se entrevistará al padre, madre o encargado del niño (a)

- **Objetivo de la investigación que fue abordado con esta técnica:**

  Identificar la presencia de síntomas y signos que afectan la atención odontológica para apoyar emocionalmente al paciente dental pediátrico mientras se realizan los procedimientos odontológicos.

- **Indicadores**

  Fijaciones y regresiones etapas del desarrollo psicosexual (impulsos orales sádicos y sádicos anales es decir impulsos pregenitales, oralidad, analidad).

2.4 Técnicas de análisis

El presente trabajo es una investigación particularmente cualitativa que incluye algunos aspectos cuantitativos en relación con la edad, sexo y procedencia de los niños participantes y algunos otros aspectos de interés que contribuyeron a identificar el miedo y la ansiedad durante el tratamiento odontológico.

La información que se obtuvo por medio de la entrevista semiestructurada se utilizó para obtener una visión general de la historia de vida de cada paciente. Se analizaron los aspectos más relevantes sobre las esferas del sujeto y se realizó, además, un genograma familiar. Toda esta información permitió realizar una jerarquización de los focos conflictivos para elaborar una impresión clínica y luego, con la información obtenida, realizar análisis de casos. Se incluyó también una descripción de la sesión odontológica para observar el comportamiento desadaptativo del niño. Todo esto admitió cruzar la información para identificar las regresiones a las etapas pregenitales del desarrollo psicosexual y establecer rasgos del carácter oral y anal. La observación directa no participante se utilizó para identificar tanto los síntomas neurovegetativos de ansiedad como los mecanismos de defensa utilizados por cada sujeto, observaciones que fueron presentadas en el estudio dentro de la entrevista semiestructurada. En seguida se hizo un análisis global integrativo con la finalidad de elaborar inferencias de alto nivel en relación con el significado del sistema estomatognático, privativamente lo relacionado con la valoración de las piezas dentarias y las estructuras asociadas,

en la configuración del miedo y de la ansiedad desde la historia de vida del paciente y su irrupción durante el tratamiento odontológico.

2.4.1 Procedimiento para la recolección de la información

Al identificar y observar dificultades comportamentales en el paciente dental pediátrico durante la atención odontológica y habiendo conocido la edad del paciente, el investigador solicitó la firma del consentimiento informado a la persona encargada del sujeto. Lo primero que se hizo fue anotar en las listas de cotejo los mecanismos de defensa observados durante el tratamiento dental a la vez que se realizaba la observación de la situación odontológica. Se llenaron las escalas de Likert con la información obtenida luego de observar al niño. Luego de concluido el tratamiento dental se efectuó la entrevista semiestructurada con la información suministrada por el encargado. Por último, se le pidió al paciente que respondiera a las preguntas de las escalas de Likert de acuerdo con las instrucciones anotadas en el instrumento. Esto para corroborar la información obtenida en la observación hecha por el investigador, dada la pertinencia de obtener información verbal que no se podía obtener de otra manera.

2.5 Instrumentos

- **Listas de cotejo**

  Se elaboró un formato que incluyó los datos demográficos generales del sujeto de la investigación. Entre los mecanismos de defensa que se observaron se encuentran la abstención, disociación, formación reactiva, represión, negación, devaluación, idealización, omnipotencia, proyección, racionalización, polarización, quejas o rechazo de ayuda.

- **Entrevista semiestructurada**

  Se le indicó al padre, madre o encargado el propósito de la entrevista. Se elaboró una anamnesis. Se hizo una lluvia de ideas hasta obtener las respuestas específicas que dieran información a fin de conocer al niño en la esfera personal, educativa, social y sexual y para identificar el tipo de familia, la dinámica y comunicación familiar y el tipo de relaciones entre sus miembros. Además de establecer con la información obtenida los rasgos de oralidad y analidad.

- **Escalas de Likert**

  El instrumento que se elaboró consta de un encabezado, los datos generales de la persona observada. Tiene 25 ítems. Del ítem 1 al 17 evalúa los síntomas autonómicos de la ansiedad; del 18 al 19 agorafobia; del 20 al 24 estrés postraumático; y 25 fobia específica.

2.6 Operacionalización de los objetivos

	Categorías conceptuales/ Variables	**Técnicas**	**Instrumentos**
Identificar los mecanismos de defensa implicados durante el tratamiento odontológico para obtener pautas conductuales que faciliten la atención odontológica en la niñez.	**Mecanismos de defensa:** Estrategias defensivas del yo manifiestas durante el tratamiento odontológico.	Observación directa no participante	Protocolo de listas de cotejo.
Identificar la ansiedad y el miedo que se manifiestan durante el tratamiento odontológico para comprender su irrupción durante el tratamiento dental.	**Respuestas neurovegetativas:** Manifestaciones físicas, emocionales, cognitivas y conductuales que se manifiestan durante el tratamiento odontológico.	Observación directa no participante	Protocolo de Escalas de Likert
Identificar la existencia de síntomas y signos que afectan la atención odontológica para apoyar emocionalmente al paciente dental pediátrico mientras se realizan los procedimientos odontológicos.	**Regresiones del desarrollo psicosexual:** Rasgos orales y anales del carácter.	Entrevista semiestructurada	Protocolo de Entrevista semiestructurada

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la muestra

3.1.1 Características del lugar

Los primeros indicios sobre los estudios formales de la ciencia odontológica en Guatemala comienzan con la fundación del Instituto Dental en 1895, como una dependencia de la Facultad de Medicina.

En 1926 producto de una reorganización interna en la universidad, se funda la Escuela de Odontología como una unidad de la Facultad de Ciencias Médicas. En 1940 se creó por el decreto gubernativo 2336 la Facultad de Odontología, conocida en la actualidad con el acrónimo de FOUSAC.

En 1968 al desaparecer el Departamento de Estudios Generales de la USAC, luego de un convenio entre ambas facultades se incorporó a los estudiantes de los dos primeros años de la Facultad de Odontología a la Facultad de Ciencias Médicas.

En 1995 se aprobó la readecuación curricular con el cual la Facultad de Odontología se separó definitivamente de la Facultad de Medicina, con el objetivo de buscar y promover el mejoramiento de la salud bucal a nivel curativo y preventivo para favorecer con ello la calidad de vida de la población guatemalteca, con los principios éticos y de servicio social , y culturalmente adecuados para el país con la formación de profesionales propositivos con proyectos de impacto social en materia de salud bucal y comprometidos con la ciencia, la técnica, el arte y la ética que demanda la profesión.

En la actualidad FOUSAC está ubicada en la Ciudad Universitaria, zona 12 de la Ciudad de Guatemala con los siguientes espacios

“Edificio M-1: Primer Nivel: Se encuentran instaladas las clínicas generales de atención al público y áreas de Cirugía y Exodoncia, Radiología, Dirección y Subdirección de Clínicas, Dispensario 1. Segundo Nivel: Clínicas de Prótesis Total, Prótesis Fija y Removible, Diagnóstico, Emergencia, Áreas de Diagnóstico, Prótesis Total, y Removible y Dispensario 2.

Edificio M-3: Primer Nivel: Compartido con la Escuela de Ciencia Física y Tecnología de la Actividad Física y el Deporte (ECTAFIDE), Bibliocafé, Salones de Clase y clínicas de posgrado. Segundo Nivel: Oficinas del área de Operatoria Dental, Departamento de Educación Odontológica y Salones de Clase. Tercer Nivel: Laboratorio Multidisciplinario, Prótesis Total, Prótesis Fija, Prótesis Removible, Operatoria, Anatomía, oficinas de Anatomía Dental, Restaurativa, Coordinación Docente de Laboratorios y Biblioteca.

Edificio M-4: Primer Nivel: Departamento de Odontología Socio preventiva, Unidad de Planificación y Desarrollo Académico, Unidad de Postgrado, Auditórium, 2 Salones de Clase. Segundo Nivel: Oficinas Administrativas, Decanatura, Secretaría, Secretaría Adjunta, Tesorería, Control Académica, Impresiones, Delegados de Personal y Auditoria, Departamento de Compras, Área de Odontopediatría, Médico Quirúrgica, Periodoncia, Endodoncia, Cirugía, Patología y 2 Salones de Clase. Tercer Nivel: Laboratorio de Anatomía, Histología, Biología, Estadística y Bioquímica, Química y Físico-matemática, Estadística, Oficinas Administrativas del Director y Coordinador de los cursos del Área Básica, Salón de usos múltiples y 2 salones de clases.

Edificio del Paraninfo Universitario zona 1: Se utiliza para prácticas extramurales (clínicas odontológicas que atienden a público en general) y como bodega. 7. Servicio de Biblioteca o Centro de Documentación y su ubicación física.

Servicio de biblioteca y su ubicación física: Está localizada en el tercer nivel del edificio M-3, ala norte. Actualmente cuenta con un área de 252.70 mts. Cuadrados. Con un sistema parcialmente automatizado en donde los estudiantes se les facilita tener acceso a los servicios que presta esta Unidad por medio del programa de código de barras. La colección general y la sección de referencia cuentan con 2024 libros y 4315 tesis con 2024 títulos diferentes. A la fecha contamos con dos suscripciones de revistas periódicas permitiéndonos recibir revistas mensuales, anuales, etc. Y con 25 hasta el año pasado. La Biblioteca tiene un equipo computarizado, el cual incluye siete computadoras que en un futuro se pondrán al servicio de estudiantes y docentes. Existe también un sistema de seguridad para el material bibliográfico, el cual consiste en una puerta

detectora, cintas sensibilizadoras y un bookcheck, para sensibilizar y desensibilizar el material bibliográfico. El horario de atención es de 7:30 a 15:30 horas de lunes a viernes” (Mendizabal, 2010).

Como se explicó, el primer y segundo nivel del Edificio M-1 funcionan las clínicas generales de atención al público (clínicas dentales) en las que se atienden a niños y adultos. El área en la cual están las clínicas dentales tienen piso cerámico; está construidos con paredes y techo de concreto. Con ventanearía y demás servicios en buenas condiciones. En este edificio se observa que existen servicios sanitarios para hombres y mujeres, siendo de uso común para el personal docente y administrativo, estudiantes y pacientes. No existen servicios sanitarios para uso exclusivo de los niños y niñas que reciben atención odontológica

Lo primero que se encuentra al ingresar a las clínicas dentales es la sala de espera, común tanto para pacientes adultos y niños como para los acompañantes de los pacientes. Aquí se encuentra un espacio dividido en tres áreas. En un área cerrada y con una ventanilla se encuentra la secretaria de la sala de espera cuya función consiste en entregar y recibir las fichas clínicas de los pacientes. También es quien se encarga de vocear a los pacientes y odontólogos practicantes que se encuentran en las clínicas dentales.

La otra área está dividida por una pared que hace las funciones de un biombo con los extremos libres, cuyo propósito consiste en delimitar el área de espera propiamente dicha y dejar del otro lado un pasillo que permite la circulación de las personas que entran y salen de las clínicas y que requieren los servicios de la persona encargada de la sala de espera. Aquí se encuentran 52 sillas prefabricadas en bloques de 4 sillas unidas en una solo estructura metálica, dispuestas en filas en las cuales permanecen los pacientes de las clínicas y los acompañantes.

El ingreso al área de clínicas y a las otras áreas del primer nivel está restringido por un agente de seguridad que limita el ingreso de personas ajenas a FOUSAC, autorizando el ingreso únicamente a los pacientes citados y voceados

por la persona encargada de la sala de espera, además de los docentes, estudiantes y personal administrativo.

Las clínicas para adultos están ubicadas en el primer y segundo nivel. Las de odontopediatría se encuentran únicamente en el primer nivel. Tienen dos accesos. El ingreso se debe hacer desde el área de pacientes adultos el cual está contiguo a los servicios sanitarios. El otro ingreso está al fondo y a un lado de las clínicas para niños, el que da al patio interior del edificio, ubicado en el centro del primer nivel, el cual tiene acceso a la sala de espera igual que el área de radiología y clínicas de exodoncia. Las clínicas para niños tienen un área aproximada de 200 metros cuadrados en las que se acomodaron 28 unidades dentales en un único espacio abierto y una clínica exclusiva para pacientes que muestran un comportamiento desadaptativo, el “quiet room”.

Las clínicas de niños y adultos están separadas por el área en la que los estudiantes revelan las radiografías y un dispensario de materiales dentales que surte tanto a las clínicas de niños como de adultos. Entre el área de revelado y el dispensario se encuentra un espacio abierto con una mesa y varias sillas que los estudiantes utilizan para el llenado de fichas clínicas y otros propósitos.

Todas las instalaciones permanecen limpias y ordenadas, con iluminación natural y artificial, están bien ventiladas. Se escuchan los ruidos que provienen de los alrededores, del equipo odontológico que está siendo utilizado, así como las voces de los odontólogos practicantes, docentes del área clínica, personal administrativo y de los niños que están siendo atendidos. También se escucha continuamente el ruido de los compresores de aire con el cual funcionan los equipos odontológicos.

Las clínicas de adultos y de niños de manejan de forma independiente. Para dar atención odontológica las clínicas tienen 130 sillones dentales para atender a los pacientes. De los cuales existen 28 sillones y 28 unidades dentales para atender a igual cantidad de niños simultáneamente.

Se puede decir que el área en la cual están las clínicas para niños no es privada, sino que las unidades dentales están contiguas unas con otras de manera que lo que ocurre en un área de trabajo es visualizado y escuchado por las

personas que utilizan las clínicas incluidos los pacientes. De forma intermitente y constante se escucha el sistema de voceo interno común para las clínicas de niños y adultos y el ruido que causan los compresores dentales que se encuentran en el patio interior.

En el área de las clínicas pediátricas hay ventiladores de pared, existe un área para cepillado adecuada para esta población, las paredes están decoradas con motivos infantiles, se observan lockers de madera pintados de rojo, en los cuales los practicantes guardan su equipo odontológico de mano, frente a los sillones dentales.

Existe el servicio exclusivo de rayos X para niños el cual no funciona en la actualidad. Deben de ir a las áreas para adultos para la toma de radiografías.

3.1.2 Características de la muestra

Con la finalidad de identificar plenamente el comportamiento desadaptativo de los niños en cuestión se presenta una descripción de la población que exhibe un comportamiento normal, interpretando como norma todo aquel comportamiento habitual en los niños que se atiende regularmente en las clínicas dentales de FOUSAC; con la intención de contrastarlo con el comportamiento de difícil manejo observado en la muestra de este estudio.

3.1.3 Caracterización de la población infantil de FOUSAC

Los niños que son atendidos en las clínicas dentales de FOUSAC están comprendidos entre los 5 y los 12 años de edad. Representan un grupo heterogéneo de la niñez del área metropolitana de la Ciudad de Guatemala, aunque eventualmente se observa a niños que proceden del interior de la República. Según instructores del área clínica provienen de los más diversos grupos étnicos, sociales, económicos y culturales de la sociedad guatemalteca.

Se debe señalar que con respecto a la atención odontológica existen dos categorías. La primera categoría es aquella que está integrada por niños que nunca han recibido atención odontológica. Y la segunda por aquellos niños que ya han sido expuestos previamente a la dinámica de la clínica dental. El comportamiento varía en ambas categorías. En la primera exposición a la clínica y el primer contacto que el niño tiene con el odontólogo el comportamiento tiende

a ser colaborativo mientras que cuando el niño ya ha sido expuesto habrá en su mayoría un comportamiento defensivo de acuerdo a cómo hayan sido percibidas las experiencias previas. Su respuesta está condicionada.

En la generalidad de los casos el paciente dental pediátrico guatemalteco típico atendido en FOUSAC es en esencia curioso, inquieto, vivaz, sencillo, amigable, alegre, servicial, temeroso, hipervigilante, receptivo y confiado; muestra un comportamiento colaborativo. Se muestra especialmente receptivo a estímulos dolorosos. El paciente es comunicativo mientras toma confianza y se siente seguro. Si esto ocurre se relaja y permanece seguro y confiado. Sin embargo, la población de pacientes pediátricos manifiesta diferencias de grado con respecto al comportamiento colaborativo del no colaborativo, los cuales están directamente relacionados con el control que el niño ejerza sobre sí mismo, el cuidado de los padres en casa, el acompañamiento adaptativo de los padres y la calidad de la atención odontológica. En este caso la población está constituida por pacientes que predominantemente manifiestan un comportamiento adaptativo.

3.1.4 Caracterización de la muestra

Se estudió a seis niños: cinco niños y una niña; 4 niños de 7 años de edad, uno de diez y una de once; cinco procedentes de la Ciudad Guatemala (área metropolitana) y uno de Patzún, Chimaltenango, que asisten a escuelas públicas y que presentaron difícil manejo conductual durante la atención odontológica; conductas consistentes de llanto, berrinches, pataleo, chantajes emocionales, conducta manipuladora, quejas frecuentes, pérdida del control sobre sí mismos, conducta desafiante y retadora, rabietas, ira y otros que se expresan durante el tratamiento odontológico en la muestra seleccionada. Pautas conductuales que mantienen en vigencia síntomas autonómicos de ansiedad, agorafobia, estrés postraumático y fobias; uso masivo de mecanismos de defensa y expresión de rasgos del carácter oral y anal.

3.2 Presentación e interpretación de resultados

En esta sección se hace en primer lugar una observación directa participante sobre la ruta de ingreso del paciente dental pediátrico al servicio odontológico proveído por FOUSAC y de los procesos para su ingreso enriquecido

por las comunicaciones verbales del personal que labora en la institución sobre los incidentes observados a través del tiempo y en tiempo presente con respecto al servicio y tratamiento odontológico. Enseguida se presenta un análisis individual de cada caso presentado a manera de un informe psicológico, luego un análisis global de los seis casos integrando los distintos aspectos de los fenómenos observados durante el tratamiento dental y datos estadísticos con respecto a la historia de vida, los síntomas y signos de ansiedad y mecanismos de defensa observados en los pacientes que muestran un comportamiento desadaptativo y al final de esta sección, una síntesis del análisis integrando los aspectos académicos e información obtenida por expertos, que aparecen documentados en el marco teórico.

Los odontólogos practicantes (op) que atienden a los niños son estudiantes de cuarto y quinto año. Además, están los estudiantes llamados “pasantes” los cuales ya aprobaron todos los cursos teóricos y están pendientes de concluir los requisitos clínicos previo a promover al 6to año de la carrera, año en el que se realiza el Ejercicio Profesional Supervisado.

Los odontólogos-practicantes de quinto año que atienden niños están uniformados con filipina azul marino, pantalón y zapatos o tenis blancos, y un gorro celeste para cubrir la cabeza. Los estudiantes de cuarto año usan filipina gris y los pasantes uniforme blanco completo. De acuerdo con los rótulos colocados en áreas visibles los acompañantes de los niños deben permanecer en la sala de espera, norma que no se cumple debido que a juicio del director de clínicas se permite o no el ingreso a la madre, al padre o acompañante de algún niño que presente dificultades con respecto a su conducta desadaptativa durante el tratamiento.

Al trabajar los practicantes lo hacen sin personal auxiliar (asistentes dentales), algunas veces los compañeros de estudio colaboran con los op que estén trabajando.

La atención odontológica está debidamente calendarizada para atender a los pacientes niños. Los lunes y viernes cuarto año; martes, miércoles y jueves los op de 5to. año y pasantes. En la jornada vespertina por lo regular se atienden más

pacientes que en la matutina y en dos épocas del año la atención a los pacientes niños se intensifica. Esto ocurre debido a que los practicantes que irán al Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) “están corriendo” para concluir los requisitos clínicos pendientes. Esto en los meses de mayo y octubre. De acuerdo a observaciones de instructores los “problemas” para atender a los pacientes niños aumentan en estos dos meses. Los sábados hay mayor afluencia de pacientes niños.

La asesoría clínica de los pacientes niños está a cargo de los docentes clínicos del Departamento de Odontopediadría llamados instructores. Todos llevan una gabacha blanca y se organizan de manera que la asesoría docente sea continua y se atiendan emergencias clínicas si ocurrieran, mientras las clínicas estén disponibles.

En las clínicas de odontopediatría se atienden niños desde los cinco años de edad hasta que pierden el último diente de la dentición primaria (diente de leche). Se realizan todos los tratamientos necesarios que incluyen las diversas áreas de la odontología como periodoncia, operatoria, prótesis fija y removible, exodoncia, y endodoncia.

Previo a iniciar el proceso de admisión y atención odontológica a los pacientes niños de acuerdo con el documento “Registro Clínico del Paciente Niño” elaborado en mayo de 2011, por la doctora Nancy Lissette Maldonado Rosales, profesora titular del Departamento de Odontopediatría de FOUSAC todo candidato niño a atención odontológica debe ser admitido por un docente del área de odontopediatría, con la comparecencia de un op interesado en atender a un niño en particular. Esto asegurar que el niño aceptado debe necesariamente ser un caso docente.

Luego de haber pasado por este filtro el practicante deberá cubrir los trámites administrativos correspondientes entre los que se encuentran, presentar el documento único de identificación de los padres o encargados y del niño si lo poseyeran, en su defecto certificación de nacimiento o fe de edad. También se solicita la firma de un contrato entre FOCUSAC y el padre, la madre o encargado

del niño, el cual se realiza en el área de Trabajo Social de la facultad y el pago de la ficha clínica en el área de Caja para obtener la ficha clínica del niño.

También se observa que por cuenta propia un practicante sugiere un paciente. En ambos casos el niño es evaluado por un docente de odontopediatría y si reúne las características necesarias es dado de alta.

En otros casos a solicitud del op, la trabajadora social cuando se presenta la oportunidad de atender a un niño, localiza al practicante quien le ha solicitado un paciente pediátrico. El op revisa la boca del niño para identificar si el candidato tiene las necesidades de atención odontológica que le sirvan para completar sus requisitos clínicos y de ser positivo lo propone al docente clínico.

Los niños acompañan a los padres o encargados durante todo el proceso administrativo. Desde la sala de espera, el cubículo de trabajo social, área de radiología y el área de caja.

En determinados casos se ha observado de acuerdo con comunicaciones del personal que labora en la institución, que algunos niños durante el proceso de admisión son vulnerados en su seguridad emocional debido a que, en muchos casos, no son visualizados en su dimensión humana sino son vistos únicamente como “oportunidades” y “medios” para llenar requisitos clínicos para optar al EPS.

En la generalidad de los casos los niños son inquietos. A decir del personal son colaboradores, curiosos, les gusta “llamar la atención”, “vienen con mucho miedo”, además que creen que “les va a doler”, lloran, algunos hacen berrinche. Por otra parte, los estudiantes, indican, no tienen experiencia, no saben “manejar a los niños”, les da miedo poner anestesia, les trabajan lentamente. Esto hace que, al estar a medio procedimiento a decir del personal, se vean en la necesidad de volver a colocar anestesia y el niño dada su impaciencia tienda a rechazar el tratamiento con lo que algunos practicantes pierden el control sobre el niño y sobre sí mismos.

Un fenómeno que se observa es que cuando se tiene a un niño previamente aceptado como caso docente y a otro que sin más llega con sus padres o encargado a trabajo social, y el practicante con necesidad y la presión de realizar los requisitos clínicos, sin considerar la humanidad tanto del niño como de los

padres, de forma irresponsable verbaliza frases como “este niño no me sirve”, “no tiene lo que necesito”, “¿habrá otro que sí me sirva?, “quiero que tenga más requisitos” o “búsqueme uno que tenga tales requisitos porfa", con lo cual muestra su enfado y pone a los padres y al niño en una situación incómoda que en este caso predispone al paciente contra la atención odontológica. En otros casos casi sin mediar palabra el estudiante se comporta de forma indiferente, se da la media vuelta y se va.

Por observaciones directas de diversas personas que laboran en la institución en el área de clínicas (personal administrativo, docentes y técnicos dentales y personal de limpieza), que prefieren permanecer en el anonimato, comunican que ocurren varios fenómenos alrededor de los diferentes niveles de atención pediátrica y en el manejo que se hace de ella.

Es frecuente que los practicantes amenacen a los niños diciéndoles “le voy a decir a tu papá que no te querés dejar y que no te estás portando bien” con lo cual los pacientes cambian el comportamiento hasta estar relativamente quietos, pero no tranquilos.

“Los estudiantes no tienen paciencia”, “son muy bruscos para tratar con los niños”, “regañan mucho a los niños”, son los comentarios más comunes que se oyen con respecto al manejo de los niños. Otros trabajadores de las clínicas indican que los niños llegan tranquilos. Ellos “quieren sus casquitos”, que les “limpien los dientes”. Esto lo dicen los niños mientras miran fijamente a sus padres lo que hace suponer que ellos les han dicho qué decir mientras son evaluados. En otros casos es la madre quien solicita que se le haga a su niño los tratamientos que ella desea.

Sea lo que sea con respecto al trato del niño, se puede ver que desde su ingreso a las clínicas dentales el niño es vulnerado emocionalmente. Corolario a esto, siguen relatando los trabajadores informantes que, los padres toman partido y se ponen en contra de sus propios hijos amenazándolos con castigos cuando lleguen a casa.

En otros niños se observa que al ver a los practicantes y a los instructores con batas y filipinas blancas sueltan el llanto, por eso muchos practicantes con tal

de tener cierta garantía con respecto a concluir los tratamientos en los niños, los llevan al área de radiología para tomarles unas cuantas radiografías. Si el niño colabora es como prácticamente darle ingreso y darlo de alta para iniciar el proceso de restauración dentaria.

Se oye frecuentemente decir a los practicantes “no me gustan los niños”, “no me gusta trabajarles”, “prefiero hacer más requisitos con adultos que con niños” por el alto grado de dificultad para realizar los trabamientos dado que la boca de los niños es más pequeña que la de los adultos y por la complejidad que implica además de hacer los tratamientos dentales, lidiar a la vez, con el manejo emocional de los pequeños.

En las clínicas se observa que las niñas son más colaboradoras y más amigables que los niños. Una niña por lo regular establece más vínculos con una practicante que con un practicante, se agarran de la mano, se dan un beso cuando se saludan y se despiden. Esto también sucede con los niños, aunque con menos frecuencia.

Cuando los pacientes niños están sentados en el sillón y están solos juegan, tocan los instrumentos, suben y bajan el sillón dental, se ven amigables. Cuando el practicante inicia la relación odontólogo-paciente dental pediátrico, utiliza por lo general términos que le ayuden al niño a comprender lo que le está sucediendo con el afán de lograr un mejor manejo. Utilizan diversas estrategias para premiar el comportamiento. Colocan estrellas en la frente, les dan calcomanías, les prestan el teléfono celular o tablet para que jueguen con lo cual se observa, se logra que el niño sea más colaborativo.

Como se dijo mientras se está en una situación odontológica algunos practicantes acostumbran dar obsequios a los niños con tal de lograr una mejor aceptación del tratamiento por parte del niño. Se le da un premio al inicio la sesión odontológica y otro al final. Frecuentemente los niños “necesitan mayores estímulos para colaborar” porque si no son reforzados con más y mejores premios se niegan a colaborar. En algunas ocasiones indican “si no me das aquello que te pedí no voy a abrir la boca”.

3.2.1 Análisis de casos

3.2.2 Caso 1

Entrevista semiestructurada

Datos generales

Fecha de la entrevista: 8 de abril de 2018

Código del paciente: 1

Género: Masculino

Lugar y fecha de nacimiento: Ciudad de Guatemala, 14 de enero de 2013

Edad: 7 años 3 meses

Escolaridad: Preprimaria

Procedencia: zona 21

Motivo de Consulta

La madre al ver el estado de los dientes de Mariano[1] observó que “mucho le dolían las muelas y están bien picadas” por lo que buscó atención en las clínicas dentales de FOUSAC. Paciente seleccionado intencionalmente de la población de pacientes dentales pediátricos que asisten a las clínicas de FOUSAC por exhibir comportamiento desadaptativo durante el tratamiento odontológico.

Historia del problema actual

La madre del paciente señala que cada vez que Mariano come presenta dolor dentario. Este problema comenzó “hace bastante tiempo”. Se fue acentuando con el paso del tiempo por lo que buscó ayuda. Cuando la madre lo llevó a las clínicas dentales nunca pensó en la gravedad de los problemas dentarios de él. “Me quedé espantada” dijo al ver como estaban las piezas dentarias. El padre le dijo que no le gustaba ver sufrir a su hijo, aunque la madre hizo la salvedad que “no le pone interés a lo que sienten” sus hijos.

Historia personal

La madre narra que Mariano fue un hijo deseado; al nacer presentó ictericia. Pesó 5 libras con 5 onzas. Le dio de lactar hasta que el chico tenía un año y 2 meses de edad. La pacha se la dio hasta el año y medio. Le dio semisólidos inducidos

[1] Todos los nombres de las personas son ficticios.

hasta los 8 meses. La madre continúa narrando que Mariano “es loco para dormir. No le gusta taparse, todo lo tira”. No gateó, se puso en pie a los 10 meses y caminó a los 11. El balbuceo comenzó al año. Con respecto al control de esfínteres tuvo control anal al año y medio junto con el vesical. Dice la madre que “no lo sentamos en el baño, él avisó”. Indica que existe chupeteo del pulgar desde pequeño. Duerme con ella. En la actualidad en relación con la alimentación prefiere el huevo y la salchicha. Aunque es “poco para comer”. No le gusta comer pollo. Muchas veces Mariano hace berrinches, hace poco comenzó a comerse las uñas, es mentiroso, también se roba algunas cosas. Le gusta morder objetos. Le gusta jugar pelota, “carritos y cincos”. Igual juega con niños y con niñas. Se pelea con los niños de su edad cuando identifica que “los otros hacen mejor las cosas” que él. Le hace feliz que los demás estén con él; le entristece cuando “se queda solo”. Le disgusta que no le pongan atención cuando hace alguna cosa. Disfruta ser el centro de atención. Su atención está puesta en los estudios y lo que va a ser cuando sea mayor. A veces dice “yo voy a ir al instituto” indicando que no se va a quedad ahí, sino que “va a ser alguien”. En su tiempo libre le gusta jugar solo, le enoja levantarse temprano. Le gusta jugar de “escuelita” y ver caricaturas: “scooby doo”.

Historia familiar

La familia es nuclear, constituida por el padre, la madre y cuatro hijos (el segundo un aborto espontáneo): un hermano de 19 años de edad que padece hidrocefalia, una hermana (la nena indica la madre) de 12 años y el paciente identificado 7. Comenta que entre hermanos “a veces se pelean”. El “hermano grande” tiene problemas de aprendizaje. Señala que cuando el hermano mayor tiene problemas con otros niños, Mariano lo defiende porque ella considera que ve a su hermano con desventaja frente a los otros niños. El padre tiene 40 años de edad, es ayudante de albañil, es alcohólico. La madre narra que su esposo tiene una relación inestable y conflictiva con su hijo y con “muy poca comunicación”, que es algo que a ella le preocupa. Observa que a Mariano no le gusta cuando el padre “toma”. Indica que ambos “no se llevan” con lo que quiere decir que la relación entre ellos es muy difícil. Continúa expresando que su hijo se distancia del padre

porque le tiene miedo, sobre todo a lo violento que es con él. Puntualiza que “no le gusta que bolo lo bese”. La madre es una mujer de 35 años, es ama de casa mantiene una relación estable y con mucha comunicación con su hijo. En un tono tranquilo dice “me llevo bien, soy la que más ando con él”. Menciona que su relación de pareja es regular y aparenta ocultar que en realidad es mala. “Regular porque toma… eso lo distancea a uno”, puntualiza. En casa ambos padres son los responsables de la disciplina familiar. Como al chico le gusta ver televisión cuando “se porta mal” no lo dejan verla con lo que consiguen que él se enoje. En la familia extendida hay antecedentes de convulsiones. En la familia nuclear gripes y tos frecuentes. A sus hijos les dio chinkungunya.

Historia escolar

El niño está en Preprimaria, su proceso de adaptación fue “re bueno” (adecuado), en la escuela; es “llevadero”, lo que más le gusta es hacer las tareas. Siempre está pendiente de hacerlas. Es aplicado y “muy ordenado”.

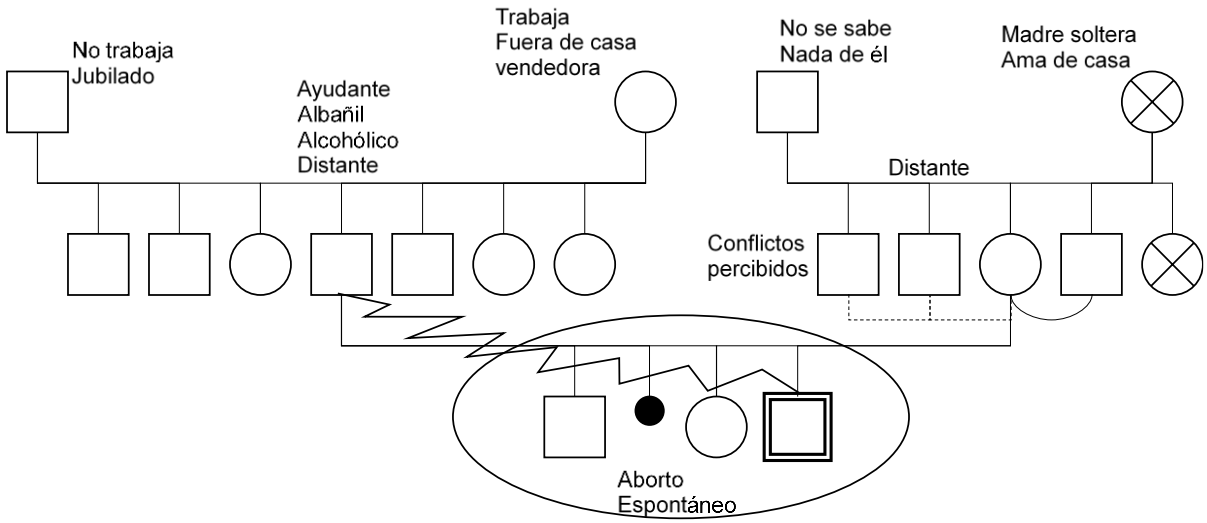
Historia sexual

La información sexual la ha obtenido en la escuela y con los padres. Cuando pregunta “le respondemos a lo que nos pregunta”.

Historia social

Con respecto a los aspectos de socialización y los afectivos hace amigos con facilidad, participa en grupo y es independiente.

Genograma familiar



Instrumentos de recolección de información utilizados

Síntomas autonómicos de ansiedad en la atención odontológica

Leves

1. Sensación de falta de aire
2. Desrealización
3. Despersonalización
4. Sofocamiento

Moderados

1. Palpitaciones o sacudidas en el pecho
2. Sensación de falta de aire

Severos

1. Sensación de ahogo
2. Deseos de vomitar
3. Sensación de pérdida de control
4. Sensación de falta de aire

Síntomas de agorafobia

Severos

1. Deseos de irse, pero no puede escapar
2. Dejar de ir con el dentista o que me acompañara mi mamá

Síntomas de estrés postraumático

Leve

1. Al recordar lo sucedido en la clínica se siente muy mal

Mecanismos de defensa utilizados

Abstención

Busca consistentemente que lo abracen, que le agarren las manos. Busca obtener la atención total durante toda la sesión odontológica. Al no conseguirlo utiliza el llanto. Tose repetitivamente.

Disociación

Presencia de síntomas autonómicos de ansiedad. Temblor en las piernas. Deseos de ir al baño. No escucha lo que se le dice, parece no comprender.

Formación reactiva

Por momentos permanece inmóvil en el sillón, trata de seguir instrucciones sin embargo rechaza el tratamiento, aunque quiere colaborar.

Represión

Parece no desear estar en la situación odontológica. Deseos de escapar. Intentos de huir. No lo hace por temor al castigo.

Distanciamiento

Está en la situación odontológica, pero se aleja de lo que percibe como perturbador.

Negación

Luego de haber mostrado un comportamiento desadaptativo indica que no le fue "tan mal"

Evitación

No desea ser atendido. Quiere irse.

Racionalización

Luego de haber concluido la atención odontológica trata de justificarse diciendo que el tratamiento "no es tan malo".

Quejas o rechazo de ayuda

Al buscar la atención sobre sí con el comportamiento observado rechaza o muestra desagrado con los ofrecimientos de ayuda que se le hacen. Obtiene llamadas de atención constantes por parte del op.

Desplazamiento

Presiona el zapato que se le cayó entre los muslos, cercano al área genital intermitentemente mientras el op realiza el tratamiento.

Regresión

Colocación del zapato entre los muslos cercano al área genital. Colocación del celular en el abdomen bajo. Muerde al op. Encogimiento de las piernas buscando posición fetal.

Comportamiento observado durante el tratamiento dental

1. Paciente agitado sin control
2. Llora, patalea, pide que la madre esté cerca
3. A veces se golpea a sí mismo
4. Hace preguntas con el afán de evitar el tratamiento
5. Evita abrir la boca

6. Muerde a la odontóloga-practicante
7. Necesita que se le digan frases de afecto. Luego de recibirlas colabora y sigue demandando atención por parte del op
8. Se queja continuamente
9. Coloca el eyector de saliva entre sus piernas
10. Constantemente encoje las piernas
11. Las manos permanecen en el área genital sin hacer más movimientos
12. Respiración agitada
13. Pide instrumentos dentales para tocarlos y conocerlos.
14. Luego de estar en llanto se duerme, se relaja.

Focalización y jerarquización

Edad: 7 años 3 meses

Esfera del sujeto

Emocional

Ansiedad	5
Inseguridad	5
Pierde el control cuando se enoja	5
Ansiedad en las relaciones afectivas	4
Ansiedad en la toma de decisiones	3
Paciente carece de atención paterna	5
Auto exclusión del padre	5
Falta de comunicación con el padre	5
Alcoholismo del padre	5

Esfera Familiar:

Estructura

Familia nuclear conflictiva

Dinámica Madre ejerce la autoridad familiar debido a los problemas de alcoholismo del padre. Este no participa en las actividades familiares lo que genera desestabilización de todo el sistema familiar.

Impresión Clínica

Problemas emocionales y familiares. Problemas relacionados con la figura paterna que le provocan sentimiento de abandono, inseguridad y desconfianza en las relaciones familiares. Esto afecta todo el sistema familiar y relacional. Baja autoestima.

Análisis y fundamentación teórica

Debido a los problemas de alcoholismo en el padre, la ausencia y falta de interés del padre dentro del contexto familiar, al rechazo percibido por parte del padre (y el rechazo del paciente hacia él); y a la inestabilidad en la relación de pareja percibida por el paciente de los padres, se desbordan e irrumpen el miedo y la ansiedad observados en el tratamiento odontológico. Estos son generados por la frustración de las necesidades pulsionales expresadas en la manifestación de los mecanismos de defensa, observados durante el tratamiento dental en forma de regresiones a estados pregenitales del desarrollo psicosexual. Las regresiones a la fase oral se observan en el chupeteo, el acto de morder al odontólogo practicante y las regresiones a la fase anal en la ambivalencia hacia la practicante y a la madre. También a la justificación de sentirse muy a gusto con el tratamiento dental, entre otras.

El paciente muestra conducta desadaptativa durante el tratamiento odontológico debido fundamentalmente al miedo y la ansiedad anticipatoria y de castración (neurosis) percibido de la figura paterna. Esta ansiedad activa los mecanismos de defensa desadaptativos actuando como signos y síntomas de alerta sobre un peligro real o imaginario que alertan sobre una amenaza de aniquilación del YO. La ansiedad generada se observa como un patrón repetitivo de síntomas de un conflicto inconsciente en el que el paciente siente este miedo inexplicable e irracional. Esta aflicción inconsciente interna y vaga es originada por la ausencia de la figura paterna, que al hacerse presente en esta situación amenazante actúa como un objeto persecutorio y castrante que se refleja simbólicamente en el superyo de la practicante. Los síntomas manifiestos por parte del paciente son propios de las neurosis siendo consistentes con la conducta observada durante el tratamiento odontológico. Comprenden respuestas

autonómicas de ansiedad y síntomas de agorafobia (arousal); registrados con la expresión fundamentalmente del mecanismo de disociación. Los síntomas más significantes corresponden a sensación de ahogo, deseos de vomitar y sensación de pérdida de control. Los primeros dos corresponden a rasgos del carácter oral. La sensación de pérdida de control corresponde a la presencia de una experiencia con el potencial de rebasar los mecanismos defensores del YO. Además de esto el paciente mostró deseos intensos de huir/escapar del tratamiento odontológico y la necesidad de contar con el apoyo emocional brindado por la figura materna como soporte al sentimiento de vulnerabilidad y desprotección afectiva percibidas desde la figura paterna. Los mecanismos mayormente utilizados en esta situación son el del distanciamiento y el de evitación, propios del carácter anal. La abstención es el mecanismo mediante el cual busca la seguridad y confianza perdida por el apego inseguro proporcionado por los progenitores. La formación reactiva, el desplazamiento y la racionalización son los mecanismos más utilizados en los rasgos de carácter anal.

Los rasgos del carácter oral propios de la fase oral canibalística se observan en las alteraciones para comer, morder objetos, comerse las uñas, la necesidad de ser el centro de la atención y necesidad de afecto; el displacer provocado por el sentimiento de abandono. Se evidenció también la presencia de tendencias sádico-orales con el hecho de “rogar” o solicitar en demasía no ser atendido.

Con respecto al chupeteo se puede decir que “La satisfacción sexual en la fase oral se da en forma simultánea con la actividad autoconservadora es decir la alimentación. Luego el instinto sexual se separa del nutritivo y busca su satisfacción por medio del chupeteo. La fase oral se divide en dos fases: Succión: satisfacción dada por el chupeteo; y sádico-oral o canibalística en la que el placer se encuentra en masticar y devorar. Se observa el placer en introducir objetos a su boca o tratar de destruirlos con los dientes (Cinat, 2013). En esta dinámica el deseo de amar y ser amado y de devorar al objeto con la finalidad de introyectarlo y ser devorado por él produce gratificación de la pulsión sexual con lo cual el objeto se retiene dentro de sí. La atención compulsivamente demandada es una

regresión a la fase oral y expresada predominantemente con la abstención y quejas o rechazo de ayuda.

El chupeteo en sí mismo es un acto de succión rítmico con la boca de alguna parte del cuerpo cuya finalidad no es la función alimentaria. El chupeteo sustituye la función de mamar, una función de naturaleza sexual con la cual según Freud el niño aspira a renovar el placer que le causaron las primeras experiencias de mamar el pecho materno (Cavalleri, 2010). “Al inicio, la pulsión sexual se satisface por medio de una función vital, la alimentación, pero posteriormente adquiere autonomía y a través del chupeteo se satisface en forma autoerótica” (Villalobos Guevara, 1999).

Se observó también en el niño durante el tratamiento dental la presencia de regresiones a las etapas pregenitales en virtud de la tendencia a buscar la posición fetal durante el tratamiento dental.

Se observa que el hecho de tener a un hermano con hidrocefalia corresponde a un factor protector para el paciente. Esto se debe a que el paciente tiene la oportunidad de sublimar las carencias afectivas y emocionales al constituirse la persona que, según él, protege y confiere seguridad a su hermano en el cual se ve reflejado.

3.2.3 Caso 2

Entrevista semiestructurada

Datos generales

Fecha de la entrevista: 10 de mayo de 2018

Código del paciente: 2

Género: masculino

Lugar y fecha de nacimiento: Guatemala, 17 de febrero de 2011

Edad: 7 años 3 meses

Escolaridad: primero primaria

Procedencia: zona 11 de Mixco, área metropolitana, Ciudad de Guatemala.

Motivo de Consulta

“Mi hijo necesita tratamiento dental” expresó la madre cuando buscó atención odontológica. Paciente seleccionado intencionalmente de la población de

pacientes dentales pediátricos que asisten a las clínicas de FOUSAC por exhibir comportamiento desadaptativo durante el tratamiento odontológico.

Historia del problema actual

El paciente según refiere la madre presentó dolor en algunas piezas dentarias por lo que buscó atención en las clínicas de FOUSAC. En lo que se refiere al tratamiento dental doña Luisa, madre del chico, comenta que Dorian le dice frases como “lloré un poco”, “no me dejé”, “lloré mucho”, “te prometo mami que no voy a llorar”. Continúa relatando que “toda la semana lo estamos terapiando” (ella y su esposo) para que colabore en la solución de los problemas dentales de su hijo, sobre todo en lo referente a la colaboración que se espera de él.

Historia personal

La informante, la madre del niño comenta que “no esperaba quedar embarazada”, (no lo deseaba), que “le costó el embarazo”. Dorian al nacer pesó 6 libras con 8 onzas; recibió lactancia materna hasta el año; tomó pacha hasta los 2 años, edad en la que “resultó melindroso”. Doña Luisa manifiesta que su hijo es a la vez tranquilo e inquieto; gateó a los 8-9 meses, se puso de pie a los 7-8; caminó al año y dos meses. Comenzó a balbucear a los 4-5 meses. El control anal se obtuvo a los 3 años, el vesical a los 2. Él buscaba la bacinica cuando “tenía ganas”. Comenzó a chuparse el dedo a los 3 años cuando recién comenzó a ir “al jardín” (el colegio). Padece de alergia a la humedad, al polvo, a los peluches; tiene problemas con la psicomotricidad fina y gruesa. “No puede dar vueltegatos”. Tiene dificultad al pronunciar la letra “R” y la letra “G”. En la actualidad Dorian recibe apoyo psicológico en terapia del lenguaje.

Historia familiar

La familia es extendida conformada por ambos padres, el paciente y su hermano menor de tres años de edad con quien a veces “tiene conflictos en el juego, al ver televisión”. Se deja entrever que hay rivalidad fraterna. Además de la familia nuclear una tía paterna de 44 años de edad vive con la familia. Don Pedro y doña Luisa tienen 14 años de matrimonio. Recuerda que hace 9 años cuando tenían 5 años de matrimonio tuvieron un accidente de tránsito. En ese percance murió el hermano mayor de Dorian. Tenía hidrocefalia recuerda doña Luisa. Don Pedro, el

padre del chico tiene 43 años de edad. Trabaja en ventas de productos de limpieza. Indica doña Luisa que es “bebedor social”. “Uno o dos traguitos nomás” cuando hay algún evento familiar o con los amigos de la familia. Se observa durante la entrevista que doña Luisa permaneció nerviosa, ansiosa, inquieta, preocupada, con conducta controladora durante toda la entrevista. Relata que mientras estuvo embarazada de Dorian “se mentalizaba para la perdida” dado que había sufrido mucho por la enfermedad y la muerte de su hijo primogénito. Revela que se mantiene preocupada y que su conducta cambió luego del accidente automovilístico. “Tengo miedo después del accidente” puntualiza. Se mantiene pensando “si va a haber otro accidente”. Don Pedro le pide orientación a doña Luisa cuando hay algo que puede interferir la comunicación entre la pareja y con la familia para buscar una mejor solución a las eventualidades que pudieran presentarse. Explica doña Luisa que “superamos los problemas platicando”. Don Pedro y Dorian platican bastante, en persona y por celular cuando hay distancia física entre ambos. La relación de Dorian con doña Luisa y con don Pedro y el resto de la familia es estable. Hay “mucha comunicación”. “Oran juntos”. El abuelo materno es diabético. La abuela materna murió de cáncer.

Historia escolar

Estudia primer año primaria en un colegio de la localidad. El proceso de adaptación al colegio fue “bastante bueno”. Inició con el estudio a los 3 años, “lloró una semana” durante el periodo de adaptación. Le dejan “demasiadas tareas”, a veces no le da tiempo para concluirlas. En el colegio le gusta la matemática, el recreo y la computación. Continúa contando doña Luisa que a su niño no mucho le gusta “el medio social y natural del colegio”. Cuando se le pregunta a ella sobre cómo se relaciona él con la maestra expresa que “responde a estímulos”. Casi no se relaciona con los compañeros del colegio. “No quieren jugar con él porque son mayores”, aunque es comunicativo y participa en grupo. Su comportamiento es pasivo y dependiente. Se relaciona con chicos de su edad, le gustan los juegos de mesa: dominó, rompecabezas. Y juegos en los que se hable sobre valores morales. “Trata de jugar” con los varones de su edad. “Quiere ser el líder”. Lo hace feliz “jugar con su papi” fútbol. Lo entristece que no lo vayan a dejar al colegio, se

enoja cuando su hermano “le pega” (lo golpee) o le quita sus juguetes. Pregunta por qué no puede participar con los adultos, pregunta si su hermano fallecido lo mira. No se baña bien. A doña Luisa se le dificulta que su hijo coma porque “es melindroso”. En su tiempo libre le gusta ver televisión, jugar y “ver compu”. Cuando está solo ve televisión, “las caricaturas que den”. Luego de jugar o hacer las tareas “no le gusta recoger su desorden”. Le gusta correr y el fútbol. Ha jugado al doctor. Quiere ser doctor. Prefiere comer tortitas de carne, pastas, zanahoria rayada, lechuga, en general “cosas suaves”. Tiene terrores nocturnos sobre todo a la oscuridad. Hace berrinches, tiene problemas del lenguaje, dice mentiras con frecuencia. En casa ambos padres ejercen la disciplina. A doña Luisa no le gusta cuando llama a comer y no se le obedece. Cuando esto se da se disciplina al chico: se lo “pone en la esquina…. parado” aunque esto “no es muy frecuente”.

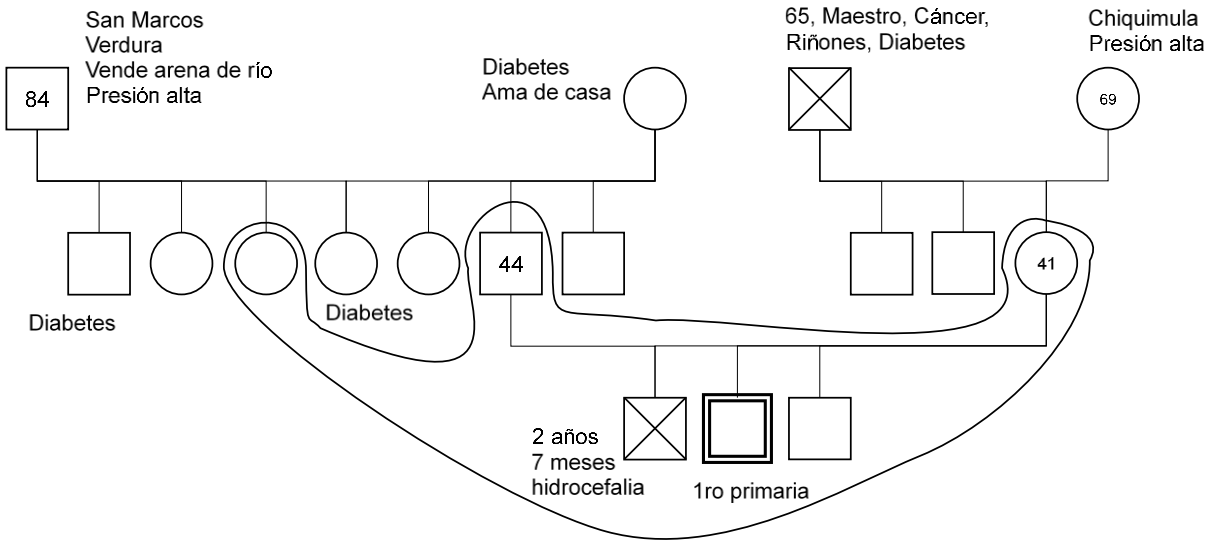
Historia sexual

Con respecto a los conocimientos sobre la sexualidad “le hemos hablado” y los ha obtenido en el colegio.

Historia social

Se le dificulta relacionarse con chicos de su edad. Prefiere estar solo.

Genograma familiar



Síntomas autonómicos de ansiedad en la atención odontológica

Leves

1. Temblores y sacudidas
2. Deseos de vomitar
3. Despersonalización
4. Sofocamiento
5. Sensación de que falta de aire

Moderado

1. Sensación de que no alcanza el aire

Severos

1. Sensación de ahogo
2. Opresión en el pecho
3. Sensación de mareo y desmayo
4. Sensación de pérdida de control
5. Miedo de morir

Síntomas de agorafobia

Severos

1. Deseos de irse, pero no puede escapar
2. Dejar de ir con el dentista deseo de acompañamiento por la madre

Síntomas de estrés postraumático

Severos

1. Sensación de recibir daño como en experiencias anteriores
2. Al recordar lo sucedido en la clínica se siente muy mal

Mecanismos de defensa utilizados

Abstención

En lugar de usar palabras utiliza el celular con el propósito de negar pensamientos, sentimientos y acciones. Trata de tranquilizarse tratando de hablar con la practicante.

Disociación

Presencia de síntomas autonómicos de ansiedad. Temblor en las piernas. Al llorar no deja de utilizar el celular. Su cuerpo permanece en el sillón, su mente divaga

para pasarla mejor. Deseos de ir al baño. Parece no comprender lo que se le dice. La luz de la lámpara dental sirve como estímulo para desconectarse de la experiencia actual.

Identificación proyectiva

No soy yo, es el dentista. Él me agrede.

Formación reactiva

Rechazo del tratamiento. No colabora. No pone atención. Indica sentirse bien con el tratamiento, aunque se observó lo contrario. En la atención rechaza a la madre y a la practicante. Luego dice sentirse cómodo con ellas.

Represión

Parece no desear estar en la situación odontológica. Deseos de escapar. Intentos de huir. No lo hace por temor al castigo. Comportamientos desadaptativos.

Distanciamiento

Está en la situación odontológica, pero se aleja de lo que percibe como perturbador. Toma distancia utilizando el celular, sobre todo los botones del celular los cuales presiona insistentemente. Casi de forma compulsiva.

Negación

Luego de haber mostrado un comportamiento desadaptativo indica que “me fue bien”. Negación de sentimientos de amor, afecto, confianza, seguridad.

Evitación

No desea ser atendido. Quiere irse. Hace todo lo que está a su alcance para que todo mundo se aleje de él. Se quita el babero, se levanta con la intención de escapar. Rehúye el tratamiento. Mueve la cabeza de un lado a otro cuando se necesita que esté inmóvil.

Idealización

Indica sentirse “muy bien” con el tratamiento y con la practicante.

Racionalización

Luego de haber concluido la atención odontológica trata de justificarse diciendo sentirse muy bien.

Polarización

Se es “bueno” con él cuando se le habla. Se es “malo” cuando se le trabaja.

Quejas o rechazo de ayuda

Pide que la madre esté presente para “portarse bien”. Al estar ahí la madre no colabora. Rechaza a la madre. Llamadas de atención constante de la madre y la practicante. Esfuerzos por quitar lo que tiene en la boca.

Desplazamiento

Trata de poner toda la atención en el celular. Presiona compulsivamente las teclas del celular. Excesiva atención, absorto.

Regresión

Posición fetal. Encogimiento de las piernas hacia el abdomen.

Comportamiento observado durante el tratamiento dental

1. Paciente con el celular en la mano durante toda la atención
2. Por momentos cuando no se le está atendiendo toma algunos instrumentos
3. Por momentos el niño logra controlarse en el tratamiento. Colabora
4. Se observa en la bandeja de instrumentos un premio para el niño
5. Repite veces “quiero a mi mamá”
6. El niño se quita el babero que tiene en el pecho
7. Ve fijamente hacia la luz de la lámpara dental
8. Tiene colocado el dique de goma durante todo el procedimiento lo que le impide expresarse
9. Cuando se le trabaja se queda quieto, en apariencia para sentir o tratar de sentir lo que se le está haciendo
10. Se sienta trata de tocar los instrumentos dentales con los que se le trabaja. Evita los punteagudos
11. Se observa que cuando se le tocan los dientes o la boca con suavidad colabora más
12. A veces trata de desviar el instrumental que está usando la practicante cuando observa que se dirigen hacia su boca
13. Cuando la practicante está trabajando cruza los instrumentos que utiliza a nivel del campo visual del niño. Este mantiene la atención en el celular, parece no reconocerlos. En apariencia por tener toda la atención en el celular
14. Ojos brillantes y muy abiertos
15. La practicante repite varias veces “ya vamos a terminar”

16. Por momentos agarra las manos de la practicante
17. Se premia la colaboración del niño
18. Al levantarse lo hace como que no hubiera pasado nada. Se levanta tranquilo y contento.

Observaciones adicionales

1. En la atención odontológica no se pierde la facultad de sentir y escuchar
2. La practicante logra controlar el comportamiento del niño
3. El paciente está en terapia del lenguaje
4. La practicante expresa “distraer es parte del éxito del tratamiento”
5. También expresa “la debilidad es el manejo (conductual) del niño”
6. El llanto en general no es por el dolor sino por la invasión percibida a su integridad psicológica,
7. Parece existir relación entre el tratamiento odontológico y la desprotección afectiva, el miedo a ser dañado, a ser mutilado.
8. Parece existir relación entre apego de base insegura, familias disfuncionales, adicciones en el núcleo familiar, dinámicas familiares transgeneracionales. Todo esto se refuerza mutuamente teniendo como base fundante el miedo y la ansiedad introyectada e interiorizada.

Focalización y jerarquización

Esfera del sujeto

Área biológica

Problemas dentales 4

Alergias 3

Área de funciones específicas

Psicomotricidad fina y gruesa 3

Dificultades en la movilidad 2

Dislalia selectiva: Rotacismo letra R 5

Área emocional

Inseguridad 5

Ansiedad en las relaciones afectivas con la madre 5

Sentimiento de vulnerabilidad e indefensión 5

Ansiedad infantil 5

Miedo 5

Chupeteo del pulgar 5

Aislamiento de los pares 3

Esfera Familiar:

Victimización de la madre 5

Duelo no resuelto de la madre 5

Madre controladora 5

Ansiedad materna 5

Familia extendida 2

Esfera social

Aislamiento 5

Estructura

Familia extendida disfuncional/conflictiva

Dinámica

El miedo y la ansiedad proyectada por el paciente durante el tratamiento odontológico son consistentes con la culpa, la ansiedad y el miedo inconscientemente consentidos por la madre en relación con el trauma por la enfermedad y la muerte del hijo primogénito que la obligan a un duelo no resuelto. Estos estados desencadenan en el paciente inseguridad, desconfianza e inestabilidad emocional que son percibidos como un apego de base insegura. El fortalecimiento de estas pautas vinculares presionan el cumplimiento de las altas expectativas que el paciente percibe de los progenitores sobre él.

Impresión clínica

Niño afectado por la angustia que causa la relación parental específicamente por el objeto primario. Falta de atención a las necesidades emocionales y psicológicas del niño. Negligencia infantil sospechada. Trastorno de ansiedad por separación exacerbado durante el tratamiento odontológico.

Análisis y fundamentación teórica

La ansiedad básica (Horney) y la ansiedad y el miedo excesivo y persistente que se observa en el paciente durante el tratamiento odontológico es inducido por el descuido y rechazo de los padres. Esta situación provoca hostilidad debido a la

imposibilidad de expresar su enojo por el miedo de ser castigado y a la necesidad de acercarse a ellos y rechazarlos a la vez. La ansiedad y el miedo generado por el estrés percibido de la madre logra que el paciente sobredimensione el peligro en las situaciones temidas o evitadas (DSM V), en este caso el desplazamiento al tratamiento odontológico y a la odontóloga practicante. El trastorno de ansiedad por separación (TAS) se configura durante la infancia tal como se observa en el rechazo de la madre hacia el embarazo debido a sus problemas personales y a la escasa disponibilidad afectiva de ella hacia su hijo a quien ama y rechaza, expresado en el mecanismo de defensa de formación reactiva, el cual es replicado por el niño. El miedo y la ansiedad del paciente se observa en el temor de perder o temer la separación de las personas por las cuales siente apego y el rechazo por separarse de estas figuras. Esta situación induce pesadillas y síntomas autonómicos de ansiedad, además de los trastornos del lenguaje observados en la historia clínica del paciente. El miedo y la ansiedad a estas pérdidas es proyectado hacia la practicante que en el tratamiento odontológico ejerce el rol de la madre persecutoria. Esto además del miedo a la castración que figura como una amenaza omnipresente en el tratamiento dental que se hace del control del yo. El superyo se expresa por medio de la ansiedad y el miedo de perder las figuras de apego por la consciencia de haber tenido un comportamiento desadaptativo durante el tratamiento odontológico que anticipa un castigo posterior y la pérdida del objeto de amor. Esto explica el uso masivo de los mecanismos de defensa que se expresan mediante la inseguridad sobre sí mismo, la odontóloga practicante y el ambiente de la clínica dental potenciando las insatisfacciones libidinales. A esto se suman las pulsiones propias de la fase oral y anal, y los mecanismos de defensa que incrementan las fantasías terroríficas, las que favorecen las regresiones a las fases pregenitales, a la ansiedad persecutoria y a la activación de los traumas psicológicos previos, con independencia de su origen. Los rasgos del carácter oral se expresan en el paciente en forma de chupeteo del pulgar, alergias, limitaciones del movimiento, dificultades en el lenguaje –entre otros. Además, se observa en forma de voracidad, dependencia, conducta demandante de atención constante,

satisfacción parcial y la intensa necesidad a ser querido y aceptado por los demás. Los rasgos del carácter anal se manifiestan como rebeldía, conducta oposicionista con exagerada conciencia moral y del “deber ser” que lo hace inflexible y estricto en el cumplimiento de normas (Weiner, 2015).

3.2.4 Caso 3

Entrevista semiestructurada

Datos generales

Fecha de la entrevista: 19 de mayo de 2018

Código del paciente: 3

Género: femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Guatemala, 25 de septiembre de 2006.

Edad: 11 años 7 meses

Escolaridad: 6to primaria

Procedencia: colonia El Amparo 1, zona 7, Ciudad de Guatemala.

Motivo de Consulta

Madre de la paciente busca atención odontológica porque necesita “arreglarle los dientes” a su hija. Paciente seleccionada intencionalmente de la población de pacientes dentales pediátricos que asisten a las clínicas de FOUSAC por exhibir comportamiento desadaptativo durante el tratamiento odontológico.

Historia del problema actual

Cristy asiste a las clínicas dentales de FOUSAC para “arreglarle los dientes” según expresa su progenitora, doña Lucy. Ella manifiesta que la primera experiencia dental de Cristy fue en el IGSS. “No hubo ningún cuidado”. “La trataron mal”.

Historia personal

Cristy es una adolescente de 11 años con 7 meses de edad. Nació al 7mo mes de embarazo, fue prematura igual que su hermano. Luego de mantener un noviazgo prolongado don Cruz, el progenitor, y ella “decidieron tener hijos”. La niña pesó 4 libras con 2 onzas al nacer; midió 49 cms; tuvo lactancia materna hasta los 3 años; tomó pacha hasta los 2 años de edad. Con respecto al control de esfínteres anal y vesical lo tuvo al año 6 meses. La madre indica que “la ponía a la fuerza en la bacinica” y la levantaba cuando “ya había hecho”. Reacciona con agrado a la

defecación. Cristy duerme sola. Expresa doña Lucy que Cristy tenía dificultades para dormir. “Tenía miedo, lloraba dormida”. Gateó a los 8 meses y medio, se puso de pie a los 9 meses y caminó a los 11. En la actualidad le gusta hacer todo lo que le llega a las manos. Le gusta el fútbol, la carrera con relevos. En la televisión mira “night Juniors”. Le gusta comer pulique y también le gustan los recados. Relata de forma espontánea que ella tiene un problema con su hija: “no habla”, no se expresa; “por eso es tranquila”. Sin embargo, más adelante expresa que su hija es comunicativa, aunque tiene tendencia al aislamiento. Manifiesta que su comportamiento es pasivo e independiente. “Come demasiado, agarró eso del papá”. Duerme bien. Le gusta jugar “atrapadera” y pelota. La hace feliz su hermano, su mamá y su papá. Le entristece ir al cementerio. Al preguntarle a la madre qué la enoja, Cristy interviene y exclama “que me regañen mucho”. Lo que más le inquieta conocer informa doña Lucy es sobre la familia. En su tiempo libre juega con su hermano. Cuando está sola “piensa en cosas” que la paciente no quiso revelar en la entrevista. Continúa manifestando doña Lucy que Cristy generalmente tiene pesadillas, tiene terrores nocturnos, sobre todo cuando llueve. Ha observado que algunas veces hay enuresis. Cuando se le pregunta a la madre sobre si Cristy tiene problemas con el lenguaje indica que “no se le entiende lo que dice”. Su conducta es muy tranquila, insiste. Vuelve a indicar que su hija come mucho. En casa es la madre quien establece las normas, “se hace lo que yo digo” indica. Ella es “guevona”, “tengo que presionarla, si no, no hace nada”. Para disciplinarla no usa castigos ni otro medio para orientar la conducta. “La dejo…. Que haga lo que quiera”.

Historia familiar

La familia es extendida; la abuela materna vive con la familia nuclear. Ella es comerciante, “vende cosas”. Don Cruz, el padre de la paciente, tiene 41 años de edad, es taxista. Según doña Lucy él come mucho, “padece de gula”. Estima que la relación que tiene con Cristy es inestable y conflictiva; aunque tienen mucha comunicación entre ambos. El problema según ella es que su esposo es impositivo, “regaña mucho”; es muy exigente con todos especialmente con Cristy. “Le gusta que se hagan las cosas como él quiere”, no acepta sugerencias de

ninguno. Le dice continuamente a Cristy “cuando está de buenas que va a parar de puta. Que no sirve para nada”. Según su esposa él necesita ser obedecido. Doña Lucy es comerciante y según ella también “tiene adicción a la comida”. La relación con su hija es estable y tiene mucha comunicación con Cristy. Doña Lucy considera que “tiene carácter fuerte”, que es detallista, le dice a su hija “así son las cosas… y así son” sin que nadie la mueva de su forma de pensar. “Creo que la sobreprotejo” expresa, y se sonríe. La relación de ella con don Cruz es regular. Aunque no están casados “estamos juntos”. Luego de expresar esto rectifica y dice que su relación con don Cruz es “buena”. Cristy tiene un hermano menor de 7 años de edad. La relación entre hermanos es estable y mantienen mucha comunicación entre ellos.

Historia escolar

La chica cursa sexto grado primaria en una escuela del sector. Con respecto a sus estudios, dice doña Lucy, el proceso de adaptación ha sido difícil. Esto por el rechazo de sus compañeros de estudio “todo el tiempo”. El problema que ella observa “es el bullying” que recibe en la escuela. “Es que se queda mucho callada, no dice nada”, “tiene dificultades para hablar” se queja. Cristy dice que le han “querido pegar” y algunas veces lo han hecho. Aunque “a pesar de todo le va muy bien”. Le gusta “ciencias” y “dibujo”. No le gusta la escuela porque “son muy pelioneros”, “todos están en el celular…”. Es ordenada con las tareas, es limpia con los útiles escolares, es cuidadosa. Le cuesta la matemática. La relación de Cristy con la maestra es regular. “Ella es pesada”. Les dice a sus alumnos “vaya a sentarse mico”, “mona”. Cristy expresa que es la más pequeña de la clase. La molestan diciéndole que tiene mucho dinero. Cuando quiere relacionarse busca en otras clases amigos y que sean de su edad. Se pelea con los otros niños porque “le viven diciendo que tengo todo”, que “tengo mucho dinero”, protesta.

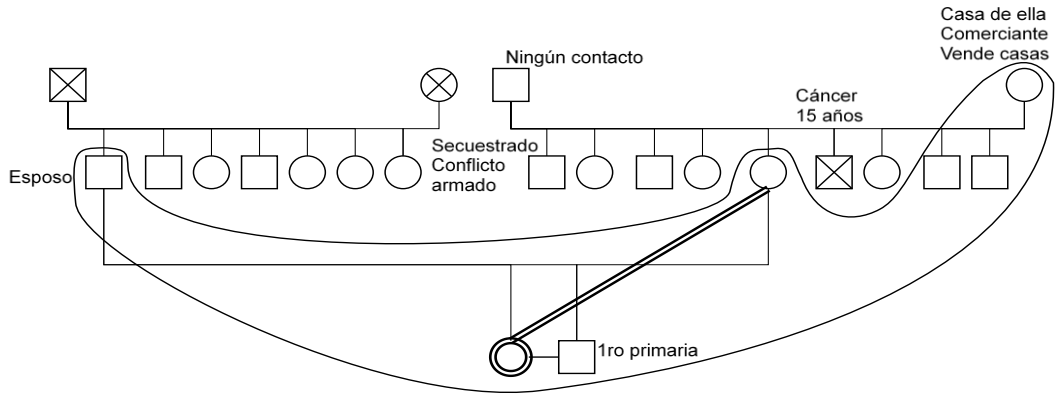
Historia sexual

De la educación sexual “se encargan en la escuela”. La madre omitió hablar sobre la menarquia y demás temas sexuales.

Historia social

Cristy no tiene amigos ni amigas, tiene dificultades para hacerlos. No se relaciona con los varones porque “pegan mucho”.

Genograma familiar



Síntomas autonómicos de ansiedad en la atención odontológica

Leves

1. Desrealización
2. Despersonalización
3. Escalofríos

Moderados

1. Palpitaciones, sacudidas en el pecho
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de falta de aire
5. Sensación de ahogo
6. Sofocamiento
7. Adormecimiento de manos y pies
8. Sensación que no alcanza el aire

Severos

1. Sensación de pérdida de control
2. Miedo a morir

Síntomas de agorafobia

Severos

1. Deseos de irse, pero no puede escapar
2. Dejar de ir con el dentista deseo de acompañamiento por la madre

Síntomas de estrés postraumático

Severo

1. Sensación de recibir daño como en experiencias anteriores

Mecanismos de defensa utilizados

Abstención

Demanda atención total. Deseos de ser abrazada, que la tomen de las manos.

Disociación

Presencia de síntomas autonómicos de ansiedad. Movimiento de ambas piernas. Hiperventilación. Deseos de ir al baño. Parece ausente. No escucha lo que se le dice. Parece que no comprende.

Identificación proyectiva

No soy yo, es el dentista. Él me agrede.

Formación reactiva

Rechazo del tratamiento, aunque se observan intentos de colaboración sin conseguirlo. Escucha instrucciones. No las ejecuta.

Represión

Parece no desear estar en la situación odontológica a la vez que teme ser castigada. Al llamarle la atención y trabajarle el instructor colabora, parece tranquilizarse.

Distanciamiento

Está en la situación odontológica, pero se aleja de lo que percibe como perturbador.

Negación

Luego de haber mostrado un comportamiento desadaptativo indica que “no fue tan malo”. Negación de sentimientos de amor, afecto, confianza, seguridad.

Evitación

No desea ser atendida. Quiere irse.

Racionalización

Luego de haber concluido la atención odontológica expresa que pensó que se iba a morir, pero al final “todo estuvo muy bien”.

Quejas o rechazo de ayuda

Pide ayuda deseando no obtenerla. La practicante le dice frecuentemente “tranquila, tranquila”.

Desplazamiento

Trata de poner la atención en algo que no sea el evento que está experimentando. Ve fijamente el techo.

Regresión

Colocación del zapato que se le cayó entre los muslos. Y del celular en el bajo vientre.

Comportamiento observado durante el tratamiento dental

1. Mueve constantemente las piernas como expresando ansiedad
2. Permanece con las manos en el pecho
3. Responde a lo que la practicante indica
4. Llora al sentir presión o fuerza sobre la boca
5. El resto del cuerpo permanece sin mayor movimiento
6. Trata de colaborar
7. Pasado un tiempo la paciente se relaja
8. Cuando se hace funcionar la turbina se incrementan los movimientos de las piernas extendiéndolas o meciéndolas más amplia y rítmicamente hacia los lados
9. Al estar con movimientos corporales agitados se le cayó un zapato. La paciente lo agarró y se lo colocó en los muslos cercano al área genital. Cuando la practicante trabaja en la boca, lo comprime contra los muslos.
10. Como que deseaba ir al baño
11. La paciente solicitó ir al baño
12. Trataba de toser para evitar el tratamiento.
13. Se usó dique de goma durante todo el proceso.

Observaciones adicionales

1. El instructor apoya directamente a la odontóloga practicante
2. El tratamiento es realizado por el instructor y la practicante trabajan en equipo. La practicante desarrolla el rol de asistente
3. Cuando el instructor trabaja en la boca de la niña se observa mayor tranquilidad que con la practicante la seguridad percibida parece tranquilizar a la paciente
4. Parece que la imagen paterna referida al instructor produce un efecto protector o represivo
5. El celular de la practicante permaneció en el pecho de la paciente
6. Se necesita trabajar con asistente dental al menos con pacientes que lloran o de difícil manejo
7. Mientras se le trabaja a la paciente tanto instructor y practicante platican. Al suceder esto también llegan otros instructores que repiten el mismo comportamiento. La paciente no responde a esta situación.
8. La practicante se ausenta constantemente de la paciente, la paciente permanece sola
9. La atención dura más de una hora y 30 minutos
10. A la paciente se le ve cansada, ojos llorosos y brillantes que revelan haber pasado una situación difícil, da la apariencia de estar ausente, mira extrañada para todos lados

Focalización y jerarquización

Esfera del sujeto

Área biológica

Problemas dentales	3

Área de funciones específicas

Dificultades en la pronunciación	2

Área emocional

Inseguridad emocional	5
Ambivalencia en las relaciones	5
Aislamiento	5
Comer en exceso	3
Pesadillas frecuentes	5
Terrores nocturnos	5

Enuresis nocturna ocasional 3

Tendencia a la depresión 2

Dificultad en la dicción 2

Baja autoestima 4

Miedo a expresarse 5

Demandas de atención 5

Esfera Familiar:

Familia extendida 2

Ambivalencia parental 5

Conducta victimizante de los padres

Conducta dominante y controladora de ambos padres 5

Padre maltratador 5

Agresiones verbales por parte del padre 5

Comunicación inestable y conflictiva con el padre 5

Madre solapadora 4

Esfera educativa

Builliyng 5

Esfera social

Aislamiento 5

Violencia de género 4

Estructura

Familia extendida disfuncional/conflictiva

Dinámica

La inseguridad emocional y afectiva de la paciente debida a las relaciones inestables con ambos padres promueven el miedo y la ansiedad que se expresa en comer compulsivamente, la tendencia al aislamiento, pesadillas, terrores nocturnos, baja autoestima y enuresis nocturna cuando la ansiedad aumenta en el núcleo familiar. Ante la escasa respuesta emocional y afectiva de sus progenitores demanda atención de ellos y de las demás personas para compensar la pérdida del objeto de amor percibida. La conducta agresora y victimizante del padre establece un circulo de violencia en las relaciones familiares. Esta dinámica

es interpretada por los pares y es devuelta en forma de bullying en la escuela. La ambivalencia de la autoridad parental, v.gr. la conducta represora del padre y la sobreprotectora de la madre, establecen la confusión en la paciente en las relaciones interpersonales, baja autoestima, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional. Conductas que son interpretadas mientras se realiza el tratamiento dental.

Impresión clínica

Ansiedad en las relaciones afectivas, maltrato psicológico, violencia intrafamiliar, Problemas familiares y sociales, baja autoestima. Problemas debidos al ambiente familiar inadecuado que no favorece el desarrollo integral de la paciente. Problemas en la relación paterno filiales. Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Problemas de comunicación y disciplina.

Análisis y fundamentación teórica

El escenario confrontativo y hostil percibido por la paciente del tratamiento dental genera el uso masivo de mecanismos de defensa desadaptativos, regresiones a las etapas pregenitales y al complejo de electra manifiestos al percibir la pérdida del objeto de amor en los cuales el machismo y victimización juegan un papel preponderante. La violencia intrafamiliar en las formas de trauma físico y psicológico, y en general de violencia en todas sus expresiones y el apego de base insegura promovido desde las figuras parentales, promueven el comportamiento desadaptativo observado durante el tratamiento odontológico. La inflexibilidad del padre de familia denota un perfil de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, inestabilidad emocional, impaciencia e impulsividad por lo que agrede a la hija. El varón dominante y agresivo obedece al estereotipo machista con lo cual las relaciones interpersonales son establecidas desde el núcleo familiar y son proyectadas al entorno social, y son a la vez generadoras de ansiedad y problemas emocionales. En la situación odontológica el padre de la paciente significa la odontóloga practicante quien es rechazada e investida de pulsiones agresivas. La violencia doméstica humilla, ridiculiza, atemoriza y debilita la autoestima de quienes la sufren (Sexta Conferencia de Esposas y Jefes de Estado y de Gobierno de las Americas:1996). El uso de fuerza y poder excesivo y violento

por parte de los progenitores de la paciente logran la presencia de heridas psicológicas (traumáticas) y que el ambiente familiar sea el obstáculo para su desarrollo de la paciente. Por otro lado, las mutilaciones que el profesional realiza en las piezas dentarias son generadoras de ansiedad de castración con lo cual la paciente se confronta con huir o encarar esta situación temida. Al no poder escapar se apodera de ella el sentimiento de vulnerabilidad e indefensión como un reflejo de la violencia intrafamiliar cimentado en el poder omnipotente de los progenitores (odontóloga practicante). El bullying del cual es objeto la paciente reproduce la deprivación afectiva, el apego inseguro, la violencia intrafamiliar, el trauma y la baja autoestima, todos generadores de miedo y ansiedad. se expresa en forma de “problemas para dormir, nerviosismo, cambios de humor, irritabilidad general, preocupaciones constantes, cambios exagerados en el apetito (o no come o come mucho). También la ansiedad produce síntomas psicosomáticos, aquellos que tienen un origen psicológico y que se reflejan en el cuerpo, el insomnio, los problemas gastrointestinales y los dolores recurrentes de cabeza son un ejemplo de ello”. Los rasgos del carácter oral observados durante el tratamiento fueron comer en exceso, necesidad de atención, escaso reconocimiento de lo que sucede en la realidad del tratamiento, omnipotencia incondicional, la ambivalencia, el deseo de atención inmediata, movimientos de brazos y piernas. Dependencia, demandante, necesidad de aceptación y de ser querida, De los rasgos orales la sublimación de la experiencia odontológica,

3.2.5 Caso 4

Entrevista semiestructurada

Datos generales

Fecha de la entrevista: 19 de mayo de 2018

Código del paciente: 4

Género: masculino

Lugar y fecha de nacimiento: Guatemala, 14 de mayo de 2011

Edad: 7 años

Escolaridad: Primero primaria

Procedencia: Colonia Búcaro, zona 12 Villa Nueva, área metropolitana Ciudad de Guatemala. Familia originaria de Tecún Umán, San Marcos, Guatemala.

Motivo de Consulta

La madre Doña Leticia llevó a Luis a las clínicas de FOUSAC “porque tiene malitos sus dientes”. Paciente seleccionado intencionalmente de la población de pacientes dentales pediátricos que asisten a las clínicas de FOUSAC por exhibir comportamiento desadaptativo durante el tratamiento odontológico.

Historia del problema actual

Cuando comenzaron a llevar a Luis las clínicas de FOUSAC se sintieron muy contentos porque vieron en ello una oportunidad para proveerle atención odontológica a su hijo.

Historia personal

Luis fue un hijo “coladito” expresa doña Leticia, “no esperaban tenerlo. Sin embargo “fue bien recibido”. Al nacer pesó 8 libras. Recibió lactancia materna hasta el año y medio. No tomó pacha. Le dieron compotas y sopas como semisólidos inducidos. En la infancia tenía muchas dificultades para dormir, “no respiraba mucho”. Padecía de alergias frecuentes hasta la fecha. Gateó al año, se paró a los 6 meses, caminó a los 9. Comenzó el lenguaje a los 6 meses de edad. Al año tuvo control anal y vesical. Para obtener el control anal ella le decía “tenés que hacer popó” y lo sentaba en la bacinica. Luis reaccionaba con asco, vergüenza y desagrado con la defecación. Recuerda que cuando era niño padecía de infecciones intestinales por lo que hubo necesidad de hospitalizarlo. Comenta doña Leticia que lo hace feliz comer y jugar. Se siente triste cuando no va a la escuela o no puede ver televisión. Le enoja que lo regañen y que le llamen la atención. Siempre anda preguntando “a dónde vas” cuando sus padres tienen que salir y lo dejan en casa. El tiempo libre lo emplea en jugar. Al estar solo se entretiene jugando o viendo televisión. No le gusta recoger sus juguetes ni las cosas que están tiradas. Le gusta jugar pelota y carritos. Doña Leticia se siente feliz porque él come de todo. En la actualidad duerme con su hermano. Hace berrinches, a veces es mentiroso. Le gusta aruñar a las personas. En casa la disciplina la ejercen ambos padres. Doña Leticia detesta que no le obedezcan y

que sus hijos “se porten mal”. Cuando castiga a Luis le impide ver televisión, no deja que juegue. Y le da “un cinchazo cuando se lo gana”.

Historia familiar

La familia es nuclear, constituida por ambos padres, el hermano mayor de 11 años de edad y Luis. El padre de Luis es don Cornelio, tiene 34 años de edad. Labora como vendedor ambulante. Era alcohólico. “Desde hace 3 años que dejó de tomar”. “Era muy abusivo”, eso le causaba mucho desagrado a Luis. Padre e hijo comenta doña Leticia “se llevan bien”. Doña Leticia tiene 30 años de edad, también de oficio vendedora ambulante. No están casados sino tienen una unión de hecho. Los padres tienen una relación estable con Luis. Sin embargo, la madre se contradice con respecto a lo dicho con anterioridad porque expresa que, aunque ella tiene buena comunicación con Luis no puede decir lo mismo con respecto a la comunicación entre don Cornelio y Luis puesto que considera que ellos se comunican poco, situación que hace inestable las relaciones entre padre e hijo. Tal vez porque él era alcohólico”, refiriéndose a don Cornelio, justifica. La relación entre ambos hermanos es estable. Se comunican muy bien. A su criterio doña Leticia Luis es tranquilo. Al preguntarle a doña Leticia sobre enfermedades familiares indicó que ella es diabética.

Historia escolar

Con respecto a su formación escolar, la adaptación a la escuela fue buena. Le gusta estar con sus compañeros. No le gusta que lo regañen, es cumplido con las tareas, es limpio y ordenado con el manejo de sus útiles escolares. La relación con la maestra y con los compañeros de clase es “normal”.

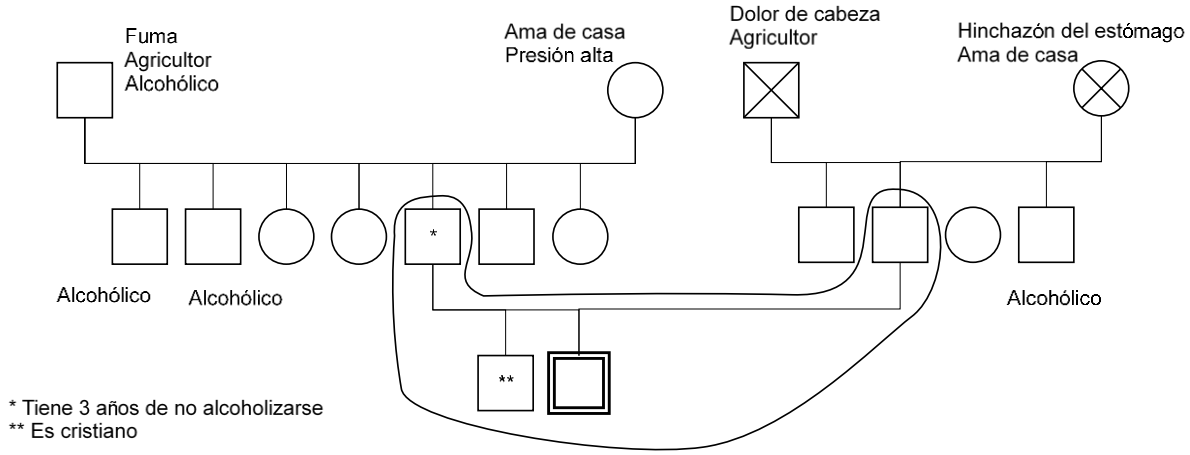
Historia sexual

Los conocimientos sobre la sexualidad los ha obtenido en casa y en la escuela.

Historia social

Hace amigos con facilidad, es comunicativo, es pasivo y dependiente. Se relaciona con los niños de su edad, juega carritos. Tanto con sus amigos y las niñas platica y juega. Evita pelear.

Genograma familiar



Síntomas autonómicos de ansiedad en la atención odontológica

Leve

1. Sensación de mareo o desmayo

Moderados

1. Desrealización
2. Sensación de perder el control
3. Miedo de morir
4. Parestesia de manos y pies
5. Sensación de falta de aire

Severos

1. Palpitaciones y sacudidas en el pecho
2. Sudoración
3. Temblores y sacudidas
4. Sensación de falta de aire
5. Sensación de ahogo
6. Deseos de vomitar
7. Sofocamiento

Síntomas de agorafobia

Severos

1. Deseos de irse, pero no puede escapar
2. Dejar de ir con el dentista, deseo de acompañamiento por la madre

Síntomas de estrés postraumático

Moderados

1. Luego de la atención odontológica tiene dificultades para dormir, hay enojo
2. Al recordar lo sucedido en la clínica se siente muy mal

Fobia específica

1. Terror a exponerse al tratamiento dental, sobre todo con la aguja con la que se pone anestesia (no quería asistir por las “hormiguitas” que le ponen). Hay llanto

Mecanismos de defensa utilizados

Abstención

Se escucha que habla, que hace intentos por comunicarse, pero no se le entiende lo que dice a causa del llanto. Procura mantener toda la atención sobre él durante todo el tratamiento dental propiamente dicho.

Disociación

Presencia de síntomas autonómicos de ansiedad. Deseos continuos de ir al baño. Hiperactivación total. Alteración de la percepción de la experiencia dental. Parece olvidar lo que ocurre. Está fuera de sí.

Identificación proyectiva

El practicante es el agresor, el culpable y el responsable de todo lo que le sucede.

Represión

Quiere escapar, pero no puede. El practicante se muestra amenazante, exacerba el comportamiento del niño.

Distanciamiento

Está en la situación odontológica, pero se aleja de lo que percibe como perturbador. Cierra la boca. Se aleja, rehúye al practicante, a la instructora y a la madre.

Negación

Negación de sentimientos de amor, afecto, confianza, seguridad. No responde a estímulos positivos. Contradice lo ocurrido. Al salir se incorpora rápidamente. Sale tranquilo como que nada ha sucedido.

Evitación

Desea irse. Voltea la cabeza para los lados cuando observa que es inminente el tratamiento odontológico para evitarlo.

Polarización

Interpreta que el practicante es totalmente malo.

Quejas o rechazo de ayuda

Parece escuchar lo que se le dice. Expresa que va a colaborar, pero con su comportamiento cuando se le trabaja desdice lo que ha dicho.

Desplazamiento

Trata de poner toda la atención en el celular. Presiona compulsivamente las teclas del celular. Excesiva atención, absorto. Realiza desplazamiento a la aguja dental.

Regresión

Posición fetal. Encogimiento de las piernas hacia el abdomen. Muerde al practicante.

Comportamiento observado durante el tratamiento dental

1. Llanto desde el inicio
2. Mandatos del practicante: amenaza.

   En un tono exaltado “respirá, respirá”, “voy a llamar a tu mamá”, al ver la conducta del niño: “qué es esto”, “mirá no pasa nada”
3. Odontólogo practicante enojado, amenazante, posesivo, castrante
4. Practicante trata de establecer comunicación con el niño sin resultado positivo
5. Se dialoga con él cuando llora menos.
6. Al reiniciar el tratamiento irrumpe en llanto excesivo
7. Mientras se le habla se tranquiliza
8. Habla, pero no se comprende lo que dice
9. Cuerpo permanece rígido
10. No se usó dique de goma
11. Cuando el practicante se va se entretiene con el eyector, lo enciende y apaga
12. Ojos llorosos, rostro expresa miedo
13. Parece que no logra entender lo que se le dice. Como que no hace contacto con la realidad de la atención odontológica

14. Con su comportamiento parece que hubiera dolor, aunque se le ha anestesiado dos veces. Parece una “teatralidad”
15. Mientras el instructor de clínicas atiende al niño el practicante y una compañera sujetan con fuerza ambas manos del niño
16. Luego de haberse controlado el comportamiento del niño, este coloca los brazos a los costados
17. Al cesar la amenaza se relaja.
18. Parece que llora por agotamiento. Es decir que parece que “llora por llorar”
19. Con apoyo de una compañera se obtiene control parcial de la situación
20. Llora durante toda la intervención
21. Movimientos excesivos
22. Hiperactividad generalizada
23. Se voltea derecha izquierda en el sillón con el propósito de evitar el tratamiento
24. Al cesar la amenaza se obtiene colaboración
25. No quería ir por “las hormiguitas” que le ponen

Focalización y jerarquización

Esfera del sujeto

Área biológica

Problemas dentales 3

Alergias frecuentes 3

Área emocional

Inseguridad 5

Ansiedad y miedo en las relaciones afectivas con el padre 5

Escasa comunicación con el padre 5

Esfera Familiar:

Trasfondo de familia alcohólica 5

Esfera social

Aislamiento 5

Pasividad y dependencia 3

Estructura

Familia nuclear disfuncional alcohólica.

Dinámica

Aunque el padre tiene tres años de haber dejado de ingerir bebidas alcohólicas la dinámica correspondiente a la familia alcohólica perdura en el tiempo. Los conflictos constantes de pareja, la huella de la conducta abusiva y caprichosa del padre alteran la relación entre la pareja y los hijos, generando sentimiento de inseguridad, falta de cohesión familiar, estados de codependencia, escasa comunicación, soledad y estados de estrés continuos, para citar algunos factores que promueven los estados de miedo, ansiedad y conflicto psicológico en la estructura familiar.

Impresión clínica

Problemas emocionales y conductuales debidos a dinámica de familia alcohólica.

Análisis y fundamentación teórica

Las dinámicas interiorizadas por el niño con respecto al historial alcohólico del padre (vivencias) reproducen estados de ansiedad, rasgos de ansiedad y ansiedad manifiesta durante el tratamiento dental. Esto determina su estado emocional en relación directa con la edad en la cual la dinámica fue establecida; también con los niveles de ansiedad y la conflictividad con la cual fue asimilada. La amenaza constante de recibir violencia por parte del padre confronta al paciente con el hecho de enfrentar al odontólogo-practicante en relación con el abuso recibido del padre, el cual aparece como un abuso alucinado durante el tratamiento odontológico. El paciente de hecho desplaza al padre castigador, temido y abusador por el odontólogo-practicante, quien en el intento de “controlar” la conducta del paciente consigue evocar la figura paterna con amenazas y ausencia afectiva. El paciente se disocia durante el tratamiento odontológico y procura manipular al practicante. El carácter oral se observa como llanto, necesidad de dependencia, manipulación, aversión a iniciativas, actitud de sumisión, enojo impotente, morder, aruñar, lenguaje confuso y vago, demandas excesivas de atención. Los rasgos del carácter anal incluyen aislamiento, necesidad de dominar al practicante (polarización), terquedad, rechazo a las heces, asco, vergüenza.

3.2.6 Caso 5

Entrevista semiestructurada

Datos generales

Fecha de la entrevista: 21 de mayo de 2018

Código del paciente: 5

Género: masculino

Lugar y fecha de nacimiento: Guatemala, 16 de febrero de 2008

Edad: 10 años 3 meses

Escolaridad: segundo primaria

Procedencia: zona 5, Ciudad de Guatemala.

Motivo de Consulta

Paciente seleccionado intencionalmente de la población de pacientes dentales pediátricos que asisten a las clínicas de FOUSAC por exhibir comportamiento desadaptativo durante el tratamiento odontológico.

Historia del problema actual

Recuerda que en una oportunidad llegaron estudiantes de odontología a la escuela a “buscar pacientes” niños. Revisaron a Lico, el paciente identificado con “muchos problemas” en las piezas dentarias, y lo escogieron para que fuera a las clínicas de FOUSAC a realizarse el tratamiento dental. Cuando don Fernando supo que Lico tendría atención odontológica su reacción fue de indiferencia, “no dijo nada”. En cambio, ella hizo todo lo posible para obtener el servicio.

Historia personal

“Fue hijo deseado” responde la madre al preguntarle si su hijo había sido deseado o no. Hubo ictericia al momento de nacer. Pesó 7 libras con 8 onzas; le dio de lactar hasta los 6 meses; “no tomó pacha”; “le dio de todo” para comer desde bebé. El niño desde pequeño ha sido inquieto. “Ha sido violento, enojado”. Gateó a los 5 meses, se puso en pie al año, caminó al año un mes. El balbuceo comenzó a los 3 meses de edad. Tuvo el control anal y vesical al año y medio, no usó pañales. Doña Marina indica que a Lico no le gustaba usarlos. Se los quitaba. Tampoco logró que se sentara en la bacinica. Decía “ya estoy grande”. Reaccionaba con asco, vergüenza y desagrado con la defecación y las heces. Actualmente el chico

es mandón, no se deja de nadie… Le gusta comer corn flakes y panqueques. Cuando se enoja no come. Duerme con sus hermanos de 6 y 3 años de edad. Lo que más le gusta es cuando lo ponen a hacer cosas. Más adelante se contradice al informar que “Si se le da premio a Lico…. colabora” de otra forma “no hace caso” ni al padre ni a ella. Continúa manifestando doña Marina que su hijo es machista. Al preguntársele señala que Lico hace muchos berrinches, las uñas se las “come mucho”; en un tono quejumbroso y la mirada perdida indica que tiene “una conducta muy difícil” en la casa y en la escuela y con sus amigos. Cuando observa que en alguna situación está involucrada una mujer le dice con tono despectivo “mujer tenías que ser…”. “Trata mal a las mujeres”. Lico tiene 2 años con 3 meses de asistir a psicoterapia.

Historia familiar

La familia es nuclear integrada por ambos progenitores y seis hijos varones, de los cuales el paciente es el segundo hijo. Don Fernando, el padre, tiene 29 años de edad, de oficio mecánico. Es alcohólico. Manifiesta doña Marina con alivio que él “tiene un mes de no fumar y no tomar”. La mayor parte del tiempo su esposo se alcoholiza de tal forma que es difícil lograr platicar con él; por eso justifica doña Marina que la relación de don Fernando con Lico es conflictiva e inestable. No hay comunicación más que para pelearse entre ambos. La madre de Lico es ama de casa. Tiene 26 años de edad; tiene los mismos problemas que don Fernando con el manejo de su hijo: poca comunicación, relación inestable y conflictiva. En la actualidad está embarazada. Indica que don Fernando “tiene otros hijos regados”. Su relación con su pareja es “medio, medio… Cuando se enojan… se dejan de hablar… los dos tienen carácter muy fuerte…”. La relación de pareja es “regular”, “el alcohol ha sido muy dañino”. Las relaciones entre hermanos y con Lico son por consiguiente inestables, conflictivas y carentes de comunicación. …” El hermano mayor padece “Síndrome de Hidrocefalia” por lo que según doña Marina Lico lo insta a pelear y a defenderse de las burlas y humillaciones de los demás. “Maltrata al más grande” también. Le dice que “no debe dejarse de nadie”. Le “vive diciendo que es fuerte, que aguanta todo”. Cuando hay necesidad de disciplinar en casa

ella es la que se encarga de corregir a los niños porque don Fernando “casi nunca está y si está, está con sus tragos”. Usa la amenaza y el cincho.

Historia escolar

La madre, doña Marina refiere que su hijo estudia en una escuela cercana a su casa de habitación, en la que cursa el segundo año del nivel primario. El proceso de adaptación en la escuela ha sido muy difícil y conflictivo. No puede leer, tiene problemas con sus compañeros. Con los útiles escolares es desordenado, “las hojas de los cuadernos están todas dobladas, como colochos”. En cierta oportunidad golpeó a la maestra. No pone atención en clase tampoco hace los ejercicios que la maestra pone en el pizarrón. No entrega las tareas.

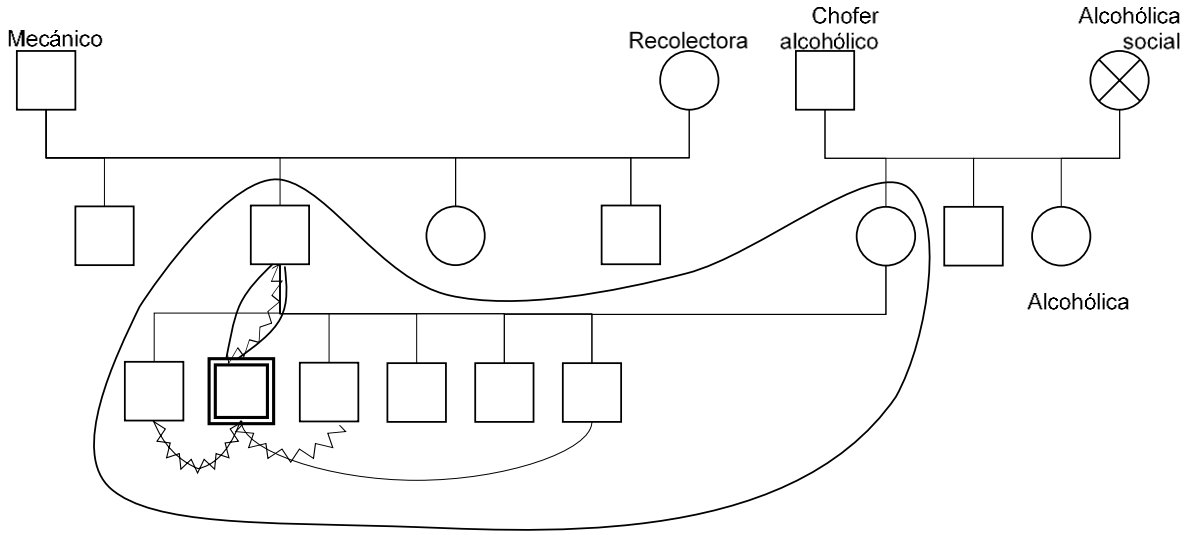
Historia sexual

La madre dice preocupada que Lico no tiene conocimientos acerca de la sexualidad. Explica que “no sabe si en la escuela le enseñan algo” porque en la casa no se habla del tema.

Historia social

Lico “no se deja de nadie ni de nosotros que somos sus papás”. Por lo general es mandón y “todos le deben de obedecer”. Se le dificulta relacionarse con chicos de su edad por eso se impone.

Genograma familiar



Síntomas autonómicos de ansiedad en la atención odontológica

Leves

1. Sudoración
2. Sensación de falta de aire
3. Deseos de vomitar
4. Sensación de no alcanzar respirar

Moderados

1. Sensación de ahogo
2. Opresión en el pecho
3. Mareo, desvanecimiento
4. Despersonalización
5. Sensación de pérdida de control
6. Miedo de morir

Severo

1. Desrealización

Síntomas de agorafobia

Moderado

1. Dejar de asistir a la clínica, huir. Deseos de tener acompañante

Severo

1. Querer irse, pero no poder escapar

Síntomas de estrés postraumático

Leves

1. Sensación de recibir daño como en experiencias anteriores
2. Recuerdos traumáticos que generan culpa

Moderados

1. Soñar que el dentista está trabajando. Pesadillas desagradables
2. Reexperimentación del trauma en casa
3. Enojo, dificultad para concentrarse, sustos repentinos

Mecanismos de defensa utilizados

Disociación

Presencia de síntomas autonómicos de ansiedad. Movimientos corporales constantes hacia la derecha e izquierda. Encogimiento repetitivo de las piernas.

Identificación proyectiva

No soy yo, es el dentista. Él me agrede y me causa el dolor.

Formación reactiva

La conducta manifiesta fue de rechazo hacia el tratamiento y a todas las personas cercanas. Al final indica “todo bien”.

Represión

Intentos de huir y escapar. No lo hace por miedo a ser castigado por el practicante.

Distanciamiento

Está en la situación odontológica, pero se aleja de lo que percibe como perturbador. Se observa ausente. Utiliza el llanto como medio para alejarse o ganar espacio de lo que le parece amenazante y afecte su seguridad emocional.

Negación

Luego de haber mostrado un comportamiento desadaptativo, enojo, cólera, rabia indica que “todo bien”. Se levanta del sillón como que nada hubiera sucedido. Parece otra persona. Negación de sentimientos de amor, afecto, confianza, seguridad durante el tratamiento.

Evitación

No desea ser atendido. Quiere irse.

Omnipotencia

Conducta y mirada desafiante dando a entender que lo controla todo.

Polarización

Por momentos teme lo que se le está haciendo. La practicante, la madre y todos los demás son completamente malos. Al terminar la atención odontológica se muestra colaborativo.

Quejas o rechazo de ayuda

Pide ayuda deseando no obtenerla, no la acepta. Expresa rechazo al tratamiento, a la madre y al practicante.

Desplazamiento

Mirada fija en el techo. Mirada fija en la lámpara dental y las luces del techo.

Regresión

Muerde al practicante. Babea.

Comportamiento observado durante el tratamiento dental
Odontólogo-practicante

1. “Espérate voy a llamar a tu papá” en tono amenazante
2. Solo eso voy a hacer
3. Mirá no tengo nada
4. ¿Por qué estás llamando a tu mamá”?
5. “Te duele?”
6. “te vas a ahogar”
7. “decime qué querés”
8. Op interrumpe la sesión

Niño

1. Niño se voltea a los lados repetitivamente
2. Llora durante toda la sesión
3. Trata de quitarse lo que tiene en la boca
4. Habla, pero no se le entiende debido a que tiene colocado el dique de goma
5. Se trata de establecer comunicación con el niño. Este parece no comprender
6. Se le indica al paciente que se le volverá a anestesiar, “solo eso…” niño llora desconsolado

Madre

1. “No te voy a comprar nada”

Toda la atención del practicante y la madre permanecen sobre el niño durante toda la atención. Se vuelve a acostar al niño en el sillón dental para trabajarle.

Focalización y jerarquización

Esfera del sujeto

Área biológica

Problemas dentales 3

Área emocional

Niño violento, enojado, agresivo, mandón 5

Recurre a estrategias manipulativas y chantaje 4

Conducta opositora desafiante 5

Deprivación afectiva 5

Trastornos de vinculación afectiva 5

Onicofagia 4

Descalificación y rechazo por la mujer 5

Asiste a psicoterapia 1

Esfera Familiar:

Familia alcohólica 5

Relaciones paterno filiales conflictivas e inestables 5

Comunicación escasa o nula 5

Padre física y emocionalmente ausente 5

Amenaza por posible infidelidad paterna 5

Presencia de hidrocefalia en un miembro de la familia 4

Duelo no resuelto de la madre 5

Madre controladora 5

Ansiedad materna 5

Familia extendida 2

Esfera escolar

Falta de interés por los estudios 5

Bajo rendimiento académico 5

Violencia intraaula 5

Esfera social

Hostilidad y rechazo en la relación con los pares 5

Esfera sexual

Sospechada falta de información sexual 3

Estructura

Familia alcohólica nuclear disfuncional/conflictiva con ausencia paterna y un miembro crónicamente afectado por una lesión o enfermedad.

Dinámica

El caos generado por la conducta alcohólica del padre promueve el desconocimiento de un modelo de la familia funcional. La ambivalencia en la conducta del padre confunde al sistema familiar en cuanto al significado de seguridad y protección esperado de los padres, lo cual produce labilidad emocional, impulsividad, inestabilidad ansiosa, miedo y culpa. El paciente identificado proyecta al padre en el hermano mayor al proporcionarle a este, lealtad, aunque no haya un mérito consistente para ello. El paciente se identifica con el padre al manifestar un sentimiento y comportamiento machista para culpar a la madre y mantener la identificación con el padre y conservarlo idealizado. Así mismo al obtener algo de estabilidad emocional la reasegura de forma consistente y responde violentamente en su ambiente familiar y escolar.

Impresión clínica

Familia alcohólica. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (DSM V). Negligencia infantil. Trastorno negativista desafiante. Problemas relacionados con la educación familiar. Problema de relación entre padres e hijos.

Dinámica

Los accesos de cólera e irritación manifiestos durante el tratamiento dental son consecuencia de la frustración debida la vinculación afectiva rota, a la disfuncionalidad y psicopatologías de la figura paterna en asociación con el estado de salud del hermano mayor. El deterioro cognitivo, conductual y afectivo son resultado de inadecuado control y supervisión de los padres, discusiones, amenazas; de atribuciones negativas a las intenciones de los otros que producen un distanciamiento del paciente. También del deterioro de la salud del hermano mayor que altera el comportamiento del niño. Se sabe que cuando se incorpora el yo del padre, se introyecta la actitud concebida como “mala” y perjudicial por parte del padre. Esta parte severa introyectada junto con las exigencias sociales constituyen el núcleo del superyo que se manifiesta en el comportamiento inadecuado del paciente en el tratamiento dental. Mientras más demandante es esta instancia mayor es la deformación de la realidad interiorizada. La violencia de género se manifiesta como machismo constituye la incapacidad parcial de

perfeccionar las cualidades de sublimación del sujeto para estructurar el YO. A causa del comportamiento desadaptativo observado en el tratamiento dental el paciente en un intento por reparar el daño causado inconscientemente indica que al final todo estuvo bien en el tratamiento dental. Las amenazas recibidas por el odontólogo-practicante, el engaño y las estrategias utilizadas por él, evocan el superyo punitivo. Las amenazas recibidas de la madre promueven el sentimiento de desprotección afectiva. Tal como ocurre en casa tiene pocos elementos para predecir la actitud paterna y para escuchar lo que el practicante indica durante el tratamiento dental. Todas estas dinámicas rebasan la capacidad adaptativa del paciente. Sumado a todo esto la conducta manipuladora del paciente trabaja para orientar la situación odontológica para obtener lo que caprichosamente desea teniendo rabietas las cuales se expresan en forma de cólera, irritación y enojo. Ante esta frustración no le queda otra alternativa que utilizar todos los recursos a su alcance para tratar de controlar la situación. Con todos estos elementos la situación odontológica se configura como un círculo vicioso en el tratamiento dental.

3.2.7 Caso 6

Entrevista semiestructurada

Datos generales

Fecha de la entrevista: 13 de junio de 2018

Código del paciente: 6

Género: masculino

Lugar y fecha de nacimiento: Guatemala, 19 de febrero de 2008

Edad: 7 años 5 meses

Escolaridad: preparatoria

Procedencia: Patzicía, Chimaltenango. República de Guatemala

Motivo de Consulta

“Empezó a molestarle una muela y al comer se le quedaba trabada la comida” expresó el padre del niño. Paciente seleccionado intencionalmente de la población de pacientes dentales pediátricos que asisten a las clínicas de FOUSAC por exhibir comportamiento desadaptativo durante el tratamiento odontológico.

Historia del problema actual

Paciente con caries profunda en una pieza dentaria que generaba dolor. Razón por la cual los progenitores, su padre don Ernesto (46) y la madre doña Luz (39) buscaron ayuda para solucionar el problema que tenía Carlos; buscaron atención odontológica en las clínicas dentales de FOUSAC para que su hijo fuera atendido. Cuando los padres de familia se enteraron de los problemas dentarios que tenía Carlos, su hijo, su reacción fue de preocupación. “Tenemos que hacer algo” pensó doña Luz, la madre. Según indican los progenitores la primera experiencia fue muy difícil para Carlos. Manifiestan que tuvieron muchas dificultades para llevarlo a las clínicas la siguiente vez. Le ofrecieron obsequios con tal de lograr su colaboración. Hoy que es su tercera experiencia fue más difícil que las anteriores según su relato.

Historia personal

“Por mucho tiempo” habíamos deseado tener un hijo varón, dijo con satisfacción. El nacimiento fue por cesárea. “Todos mis hijos nacieron así” comentó. Carlos nació ictérico, pesó 6 libras con 12 onzas. Midió 42 centímetros. Tuvo lactancia materna hasta los 2 años y medio. No recibió pacha ni leche de vaca. Solo tomó “leche de fórmula”. “Solo mascaba el mamón”. Hasta los 6 meses dio semisólidos. “Carlos siempre ha sido así… le cuesta dormir. Cuando hay gente no se duerme”. Hasta que se apagan todas luces, manifiesta, logra conciliar el sueño. No gateó. Se puso en pie a los 9 meses. “Se cayó y tuvimos que esperar” hasta que logró caminar al año un mes. Inició con el lenguaje a los 9 meses. Desde los tres años está en un hogar en Patzicía en el que permanece durante todo el día. En la noche se va a la casa. No le gusta la comida que le dan en el hogar. Se enoja y prefiere no comer. “Es enojado…, se altera rápido, grita, tira las cosas, quisiera agarrar lo que tiene (en las manos) y tirarlo”. El control del esfínter anal fue al año y ocho meses. El vesical a los 2 años. Ella ponía a Carlos en la bacinica, le repetía “hasta que hagás te levantás”. Su reacción ante la defecación es de agrado. “Siento el estomaguito libre” puntualiza Carlos. Duerme solo y a veces “se queda con su hermana de 9 años”. Muchas veces hace berrinche. “Es buen actor, es teatral” cuando no se le quiere dar algo. “Es caprichudo” hace las cosas “cuando él quiere”.

Cuando habla ella observa que Carlos tartamudea. En casa ambos padres ejercen la disciplina familiar. “Él ya sabe que su mal comportamiento tiene consecuencias. Si no dice la verdad también”. “A mí me molesta que haga berrinches y cuando no obedece no le damos dinero, ni permisos, ni lo dejamos ver televisión. Le damos sus nalgadas” expresa doña Luz.

Historia familiar

La familia es extendida. Además de los padres y los hijos la abuela paterna vive con la familia. Don Ernesto es pedagogo. Doña Luz y su suegra son amas de casa. Al preguntársele a don Ernesto sobre si tenía alguna adicción o si se “echaba los tragos” titubeó. Hubo un momento en el que se le percibió paralizado y respondió que era “bebedor social”. Mientras se recababa la información ambos padres estaban presentes y a veces uno corregía al otro mientras aportaban información. “Nuestra relación con Carlos es estable y tenemos mucha comunicación” manifestaron ambos. Su relación de pareja es estable y también se preocupan por mantener “buena comunicación” con toda la familia. Su hija mayor tiene 17 años de edad, la de en medio tiene 9 años y el pequeño es Carlos. La relación entre hermanos es adecuada. Con respecto a los antecedentes familiares don Ernesto explica con satisfacción que su suegro era alcohólico y que durante 20 años se mantuvo sobrio.

Historia escolar

Estudia en una casa hogar de la localidad desde hace 3 años por estar la familia en situación de vulnerabilidad económica-social. Está en preprimaria. Recuerda doña Luz que el chico fue escolarizado a los 4 años y medio de edad cuando entró a una casa hogar en Patzicía. El proceso de adaptación de acuerdo con la madre fue adecuado. Con las tareas escolares “hay que estar corrigiendo”, es ordenado. “Siempre quiere hacer más” tareas. Su relación con la maestra es adecuada. Indica la madre que una de las cuidadoras de la casa hogar es severa con Carlos, “ya tiene años de estar con ella” relata.

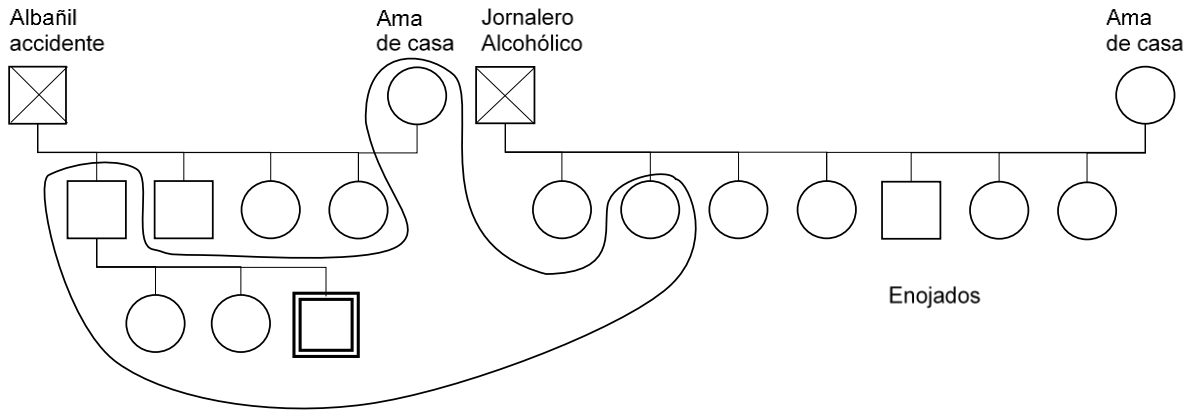
Historia sexual

Doña Luz ignora si su niño ha recibido alguna información sexual en el hogar.

Historia social

Le gusta interactuar con sus compañeros y con sus amigos en el hogar.

Genograma familiar



Síntomas autonómicos de ansiedad en la atención odontológica

Leves

1. Temblores y sacudidas
2. Sensación de falta de aire
3. Deseos de vomitar

Moderados

1. Desrealización
2. Sensación de no alcanzar respirar

Severos

1. Sensación de ahogo
2. Sensación de pérdida de control
3. Sofocamiento

Síntomas de agorafobia

Severos

1. Deseos de irse, pero no puede escapar
2. Dejar de ir con el dentista, deseo de acompañamiento por la madre

Síntomas de estrés postraumático

Severos

1. Soñar que el dentista está trabajando. Pesadillas desagradables
2. Reexperimentación del trauma en casa

3. Enojo, dificultad para concentrarse, sustos repentinos

Mecanismos de defensa utilizados

Abstención

Demanda atención total. Usa el llanto como medio para obtener lo que desea.

Disociación

Presencia de síntomas autonómicos de ansiedad. Movimiento de ambas piernas. Hiperventilación. Desrealización. Llanto, movimientos de la cabeza. Parece ausente.

Formación reactiva

Rechazo del tratamiento. Exageración conductual y mucha colaboración al terminar la cita. “Jesús: por qué me diste una madre tan mala. Por qué me están haciendo esto”.

Represión

Parece no desear estar en la situación odontológica, quiere irse a la vez que teme ser castigado. Se impulsa para tirar cosas con las manos. Ve a la madre y se contiene.

Distanciamiento

Está en la situación odontológica, pero se aleja de lo que percibe como perturbador.

Negación

Negación de sentimientos de amor, afecto, confianza, seguridad. Luego de haber mostrado un comportamiento desadaptativo se incorpora y actúa como que nada sucedió. Se expresa como muy colaborador.

Evitación

No desea ser atendida. Quiere irse. “No quiero, no quiero”, “me quiero ir”.

Quejas o rechazo de ayuda

Pide ayuda deseando no obtenerla. Esconde el rechazo con peticiones de ayuda.

Desplazamiento

En lugar de agredir al practicante agrede a la madre.

Regresión

Búsqueda de posición fetal.

Comportamiento observado durante el tratamiento dental

El niño fue atendido en el quiet room. Un área aislada designada especialmente para niños con comportamiento conflictivo.

1. Al principio lloró y solicitó la presencia del padre
2. Al estar presente el padre se mantuvo el mismo comportamiento por lo que se le sacó.
3. Practicante: “No estoy haciendo nada”
4. Practicante: “Por qué llorás si no te estoy haciendo nada”, mientras trata de controlar al niño
5. Paciente: “quiero que mi mamá venga”
6. Practicante: “si viene tu mamá te doy una oportunidad, si no te dejás voy a sacar a tu mamá”
7. Practicante: “querés que te siga doliendo el fin de semana o no”
8. ¨Practicante: “es que vos te ponés nervioso”
9. Practicante: “no te movás solo es aire”
10. Niño a veces coloca las manos a los lados de la cabeza
11. Practicante: en tono tranquilizador, “no trabajo a la fuerza, no agarro a los niños duro”. Explica a la madre lo que se le ha hecho y lo que hace falta
12. Niño juega con el eyector mientras op se va
13. Piernas encogidas, ojos llorosos,
14. Entró la madre. Al entrar de inmediato niño comienza a llorar
15. “no quiero a mi mami”
16. Madre: “ya abra la boca”

    “hay niños que se dejan bien”

    “te voy a comprar lo que te dije”, si se deja

    “ya, va…, déjalo, déjese…”

    “abra, si no ya sabe… las orejitas.”

    “cierre los ojos, ciérrelos”

    “los niños (varones) son fuertes, usted también”

    “agárrese de aquí, fuerte” poniéndole sus manos a los lados y sobre el sillón

    “ponga sus manos abajo del cuerpo”, debajo de los glúteos

“no duele, solo cálmese… relájese…

17. Por momentos la madre agarra las manos del niño
18. Madre indica al niño lo que se le pudo haber dado pero que no se le dio debido a su comportamiento
19. Utiliza la técnica de 1, 2, 3 en la que da tres momentos para que el niño se tranquilice, sin resultados positivos
20. Madre utiliza la imaginería mental creándole escenarios tranquilizadores con el propósito de desviar la atención. Utiliza los dinosaurios.
21. La madre sujeta con sus manos las del niño sobre el bajo vientre
22. Niño: “ya no quiero la crema”
23. “no quiero”
24. Madre: “abra, abra…”
25. Niño: Busca área genital con las manos

    Indica lo que quiere y lo que no

    “tengo miedo”

    “siento que me duele”

    “coloca las manos sobre la boca cuando se le va a trabajar”
26. Cuando el practicante se va, el niño irrumpe en llanto con la madre. Tose para obtener la atención de la madre
27. Da una respuesta ofensiva y amenazante a la madre luego que la madre le dice “por qué llorás”
28. Con las respuestas a la madre expresa, enojo, cólera, ira, hostilidad hacia la madre
29. Se observa agotamiento emocional en el niño, se le observa somnoliento, desconsolado, con la mirada perdida, mira sin ver, mirada fija en un punto de la habitación. Persiste lagrimeo.
30. Corazón acelerado, respiración acelerada, manos tibias, mira con extrañeza, sudoración profusa
31. Vomita, saliva espesa y viscosa

Ordenamiento de la información

1. Al principio lloró y solicitó la presencia del padre
2. Al estar presente el padre se mantuvo el mismo comportamiento por lo que se “sacó”
3. Niño a veces coloca las manos a los lados de la cabeza
4. Juega con el eyector mientras el practicante se va
5. Piernas encogidas, ojos llorosos,
6. Entró la madre. Al entrar de inmediato comienza a llorar
7. Tose para obtener la atención de la madre
8. Da una respuesta ofensiva y amenazante a la madre luego que la madre le dice “por qué llorás”
9. Con las respuestas a la madre expresa, enojo, cólera, ira, hostilidad hacia la madre
10. Se observa agotamiento emocional en el niño, se le observa somnoliento, desconsolado, con la mirada perdida, mira sin ver, mirada fija en un punto de la habitación. Persiste lagrimeo.
11. Corazón acelerado, respiración acelerada, manos tibias, mira con extrañeza, sudoración profusa
12. Vomita, saliva espesa y viscosa

Odontólogo-practicante

1. “No estoy haciendo nada”
2. “por qué llorás si no te estoy haciendo nada”, mientras trata de controlar al niño
3. “si viene tu mamá le doy una oportunidad, si no te dejás voy a sacar a tu mamá”
4. “querés que te siga doliendo el fin de semana o no”
5. “es que vos te ponés nervioso”
6. “no te movás solo es aire”
7. Op en tono tranquilizador, “no trabajo a la fuerza, no agarro a los niños duro”. Explica a la madre lo que se le ha hecho al niño y lo que hace falta

Niño

1. “quiero que mi mamá venga”
2. “no quiero a mi mami”
3. “ya no quiero la crema”
4. “no quiero” colaborar ni seguir con el tratamiento
5. Busca área genital con las manos
6. Indica lo que quiere y lo que no
7. “tengo miedo”
8. “siento que me duele”
9. “coloca las manos sobre la boca cuando se le va a trabajar”
10. Cuando el practicante se va, irrumpe en llanto con la madre

Madre

1. “ya abra la boca”
2. “hay niños que se dejan bien”
3. “te voy a comprar lo que te dije”, si deja que le trabajen
4. “ya, va…, déjalo, déjese…”
5. “abra, si no ya sabe… las orejitas…”
6. “cierre los ojos, ciérrelos”
7. “los niños (varones) son fuertes, usted también”
8. “agárrese de aquí, fuerte” poniéndole sus manos a los lados y sobre el sillón
9. “ponga sus manos abajo del cuerpo”, debajo de los glúteos
10. “no duele, solo cálmese… relájese…
11. Por momentos agarra las manos del niño
12. Madre indica lo que se le pudo haber dado pero que no se le dio debido a su comportamiento
13. Utiliza la técnica de 1, 2, 3 en la que da tres momentos para que el niño se tranquilice, sin resultados positivos
14. Madre utiliza la imaginería mental creándole escenarios tranquilizadores con el propósito de desviar la atención. Utiliza los dinosaurios.
15. La madre sujeta con sus manos las del niño sobre el bajo vientre

16. “abra, abra…”

Focalización y jerarquización

Esfera del sujeto

Área biológica

Cesárea 2

Funciones específicas

Tartamudeo 3

Área emocional

Le cuesta dormir 3

Es muy enojado, grita, tira las cosas 3

Berrinches, caprichos 3

Teatralidad 3

Esfera Familiar:

Sospecha de padre alcohólico 3

Esfera sexual

Sospechada falta de información sexual 3

Esfera escolar

Madre comunitaria en el hogar agresiva y severa 5

Estructura

Familia extendida con abuela paterna.

Impresión clínica

Experiencia que rebasa la capacidad comprensiva y adaptativa del paciente, con instalación y re experimentación de trauma psicológico. Síntomas que sugieren trastorno de Estrés Postraumático (TEP) en curso.

Análisis y fundamentación teórica

La experiencia directa de sucesos traumáticos y de exposición repetida del tratamiento dental, los recuerdos angustiosos recurrentes e involuntarios, sueños angustiosos recurrentes, malestar psicológico intenso y reacciones fisiológicas intensas; la incapacidad de recordar lo sucedido, sentimiento de desapego, comportamiento irritable, alteraciones en el sueño son algunos factores que sugieren la instalación de un trastorno de estrés postraumático, los cuales están

presentes en el paciente. De acuerdo con lo observado el paciente recuerda parcialmente lo sucedido, indica que la experiencia vivida no fue negativa. Utilizó los cinco mecanismos de defensa implicados en el trastorno de estrés postraumático evaluados en el presente estudio. Cuatro de ellos de forma severa. El odontólogo-practicante aparece como victimario o perpetrador causante de las agresiones quien en la observación de la sesión odontológica trata de justificar su comportamiento desde su posición de poder derivado del rol. En realidad, el paciente no es visto ni valorado manteniendo la realidad traumática escondida con el consentimiento de los padres y con su autorización para que sea agredido. Una forma de esto puede verse también en la madre comunitaria que ejerce controlo sobre el chico.

3.2.8 Análisis estadístico

Tabla No. 1

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Información general

Caso	Edad	Sexo	Procedencia	Grado escolar	Hermanos	Posición
1	7	M	Capital	Preprimaria	4*	Cuarto
2	7	M	Capital	Primero	3**	Segundo
3	11	F	Capital	Sexto	2	Primera
4	7	M	Capital	Primero	2	Segundo
5	10	M	Capital	Segundo	6	Segundo
6	7	M	Patzicía	Preprimaria	3	Tercero

Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.
*Aborto del hermano que le sigue. Hermano mayor padece hidrocefalia.

**Hermano mayor padeció hidrocefalia y falleció en un accidente de tránsito.

Como se observa en la tabla, de los seis niños estudiados cuatro tienen siete años de edad lo que corresponde al 66.6%; dos tienen diez y once años, un 33%. Cinco (83.3%) son de sexo masculino y una del sexo femenino (16.6%). Con respecto a la escolaridad dos (33.3%) están en Preprimaria, dos (33.3%) en primero primaria, uno (16.6%) en segundo y una (16.6%) en sexto primaria. De la población estudiada tres tienen un hermano (a); uno tiene dos, uno tiene tres y

otro tiene seis. Dos son primogénitos, uno es hijo benjamín de dos, uno es segundo de seis; otro es benjamín de tres y otro más es tercero de cuatro.

Tabla No. 2

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Tipo de familia

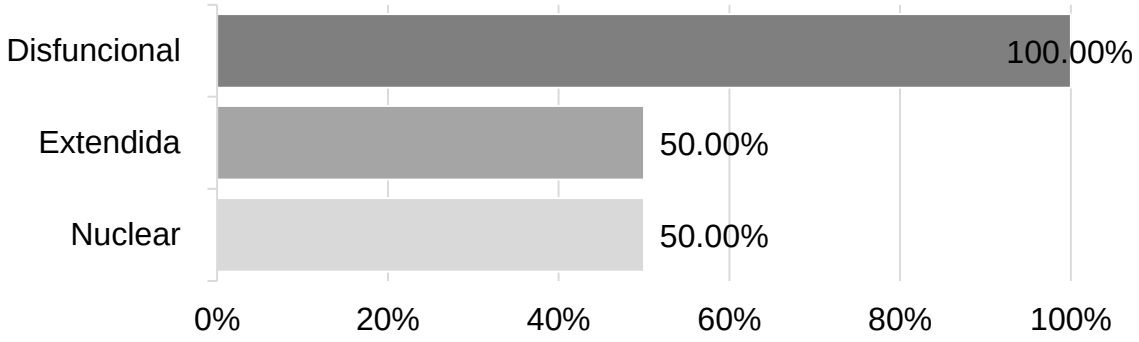
Caso	Nuclear	Monoparental	Extendida	Funcional	Disfuncional
1	✓				✓
2			✓		✓
3			✓		✓
4	✓				✓
5	✓				✓
6			✓		✓
Total	3		3		6

Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 2

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Tipo de familia



Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

En lo referente al tipo de familia el 50% proviene de familias nucleares y el 50% de familias extendidas con la presencia de una abuela paterna, una abuela materna y una tía paterna.

De conformidad con la información suministrada por las madres, las relaciones de los pacientes con el padre son predominantemente estables, con un escaso margen de diferencia con respecto a las categorías inestable y conflictiva.

Tabla No. 3

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Relaciones del padre con el paciente

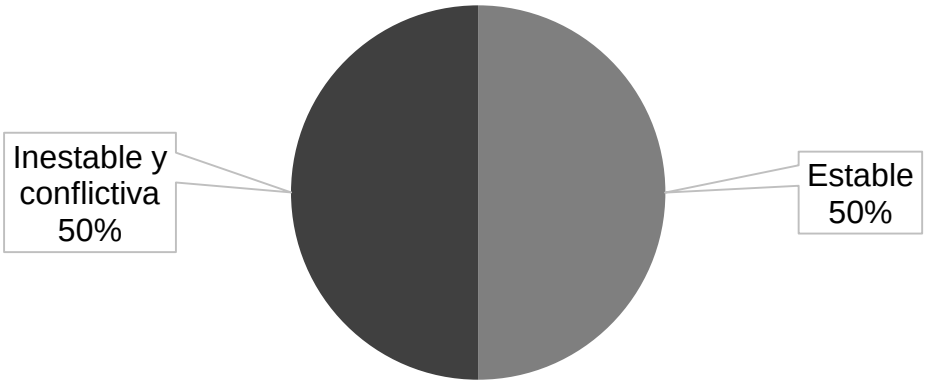
Caso	Estable	Inestable y conflictiva
1		✓
2	✓	
3		✓
4	✓	
5		✓
6	✓	
Total	3	3

Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 3

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Relaciones del padre con el paciente



Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

La gráfica muestra de acuerdo con lo que las informantes expresaron que en el 50% de las familias de los niños observados, la relación con el padre es estable y en el 50% es inestable y conflictiva.

Una relación conflictiva en la familia y entre sus miembros se refiere a una posición o desacuerdo entre las personas. Puede darse por exceso de permisividad o imposición. Representa la proyección de las propias frustraciones de sobre la pareja, en padres sobre los hijos; asimismo representa la carencia de límites, falta de jerarquías claras, expectativas frustradas sobre los hijos y en muchos casos se ve a los hijos como prolongación de sí mismos. Conflictos durante la etapa infantil específicamente “los conflictos suelen girar en torno al desarrollo de la autonomía del niño. En estos casos o bien los padres no tiene claro cómo conceder esa autonomía, o bien no creen que el hijo se esté orientando hacia la dirección que ellos creen correcta” (Salvador, 2017).

La inestabilidad relacional se refiere a la falta de madurez mental o emocional en alguna de las partes, en este caso en la relación que el padre establece con su hijo menor. Se define como un desequilibrio emocional con variación en los estados de ánimo; su origen está vinculado con problemas de comunicación, inconstancia, baja tolerancia a la frustración, precario control emocional, inseguridad personal, baja autoestima, desconfianza, inseguridad en el entorno, dificultades personales, de pareja, relacionales, laborales que se transfieren al núcleo familiar. La inestabilidad en el seno familiar genera problemas de comunicación y disminuye la capacidad de expresar lo que se siente. La mayoría de estos criterios fueron observados en las familias de los pacientes participantes en el estudio. Esto contradice en parte lo que las madres informantes expresaron durante la entrevista. Lo que hace suponer que no comprendieron las preguntas que se les hicieron o trataron de esconder la información verdadera.

Tabla No. 4

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Comunicación del padre con el paciente

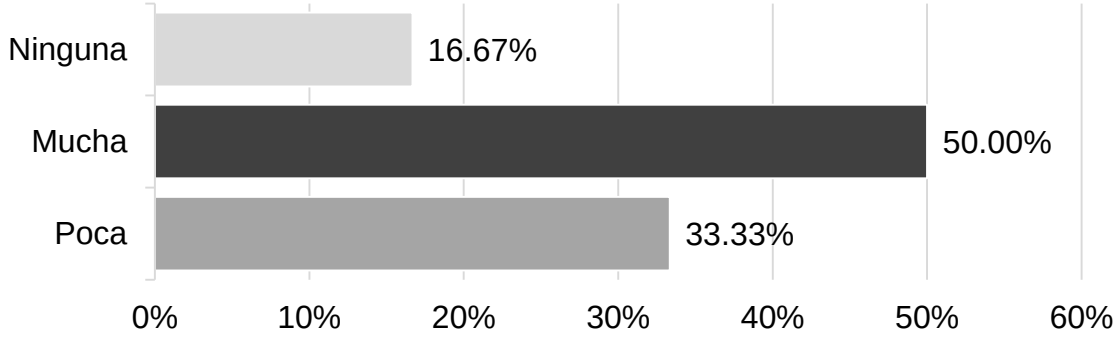
	Comunicación		
Caso	Poca	Mucha	Ninguna
1	✓		
2		✓	
3		✓	
4	✓		
5			✓
6		✓	
Total	2	3	1

Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 4

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Comunicación del padre con el paciente



Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales dela Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

En lo que respecta a la comunicación entre el padre e hijo se observa que en el 33.33% la comunicación es poca; en la mitad de la muestra es mucha y en el 16.6% no existe. La falta de comunicación entre padre e hijo es un factor protector. Si la comunicación incluye gritos, insultos, devaluación que se traducen en faltas de respeto, desconfianza para expresar lo que se siente y escasa comprensión del comportamiento entre ellos. Escucharse es importante para

comprender el punto de vista de los demás. De esta forma los problemas de comunicación generan agresiones.

Las relaciones inestables y conflictivas dentro del núcleo familiar en todos los miembros inciden directamente en la comunicación intrafamiliar. Estos factores sumados a las familias disfuncionales son el fundamento del apego inseguro, en el cual los niños esperan agresiones de los padres y de las demás personas, aunque no sean de la familia. Los niños tienen la percepción de que, si tuvieran algún problema en cualquier contexto, no habrá persona alguna que los proteja de las situaciones que les ocasionaran algún tipo de malestar o daño. Tal y como ocurre durante el tratamiento dental.

Tabla No. 5

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Relaciones de la madre con el paciente

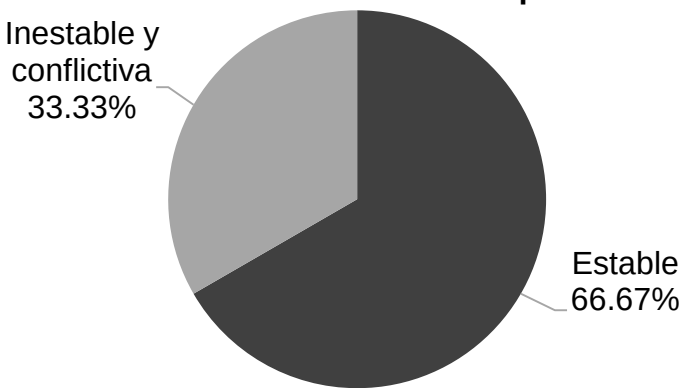
Caso	Estable	Inestable y conflictiva
1		✓
2	✓	
3	✓	
4	✓	
5		✓
6	✓	
Total	4	2

Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 5

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Relaciones de la madre con el paciente



Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

La relación madre-hijo es estable en el 66.67% de los casos e inestable y conflictiva en el 33.33% de la muestra. Los factores observados en la relación padre e hijo y madre-hijo aplican indistintamente para ambos casos.

Tabla No. 6

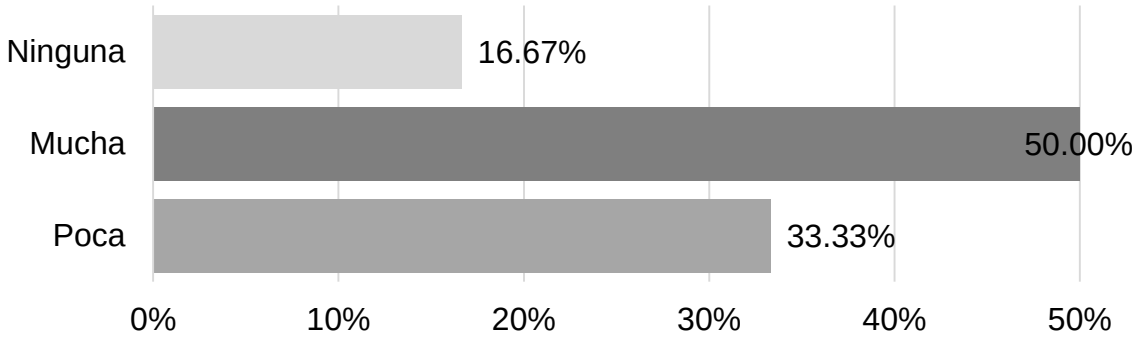
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Comunicación de la madre con el paciente

	Comunicación		
Caso	Poca	Mucha	Ninguna
1	✓		
2		✓	
3		✓	
4	✓		
5			✓
6		✓	
Total	2	3	1

Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 6
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Comunicación de la madre con el paciente



Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

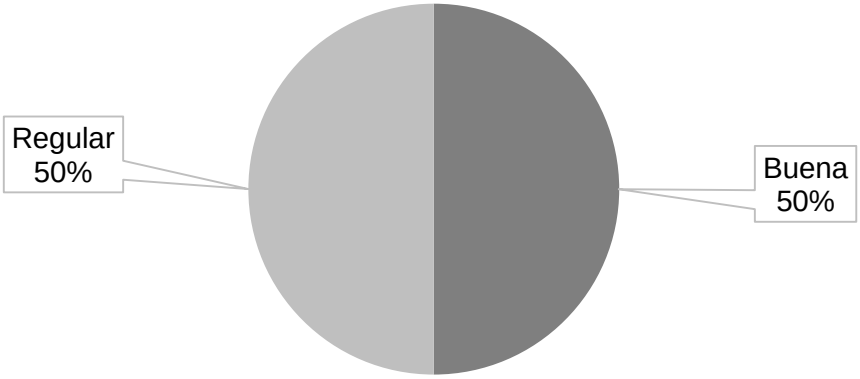
La comunicación entre madre e hijo es poca en el 33.3% de los casos; mucha en la mitad de los pacientes y nula en el 16.67% de la muestra.

Tabla No. 7
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Relaciones de pareja

Caso	Buena	Regular
1		✓
2	✓	
3		✓
4	✓	
5		✓
6	✓	
Total	3	3

Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 7
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Relaciones de pareja



Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

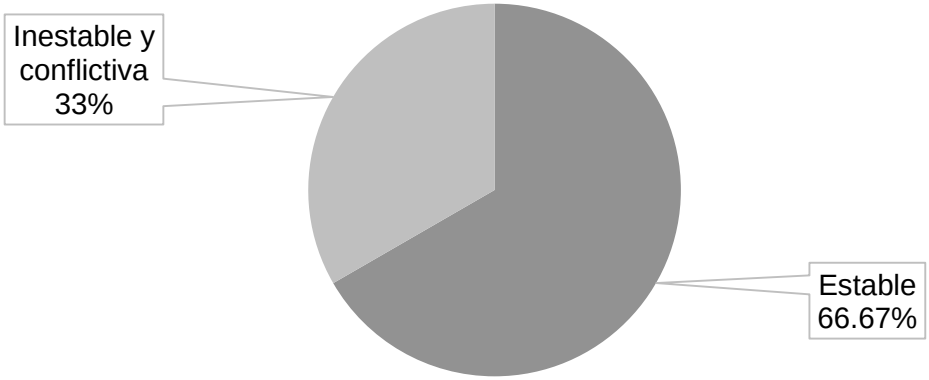
A este respecto de acuerdo a lo que se observa en la gráfica el 50% de las parejas, progenitores de los pacientes investigados mantiene una relación regular. En la familia del caso 1 los padres están unidos, en la del caso 2 están casados, en el caso 3 unidos, en el caso 4 unidos, en el caso 5 casados y en el caso 6 casados. En síntesis, el 50% de parejas están casadas y otro tanto igual unidos.

Tabla No. 8
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Relaciones de los hermanos con el paciente

Caso	Estable	Inestable y conflictiva
1		✓
2	✓	
3	✓	
4	✓	
5		✓
6	✓	
Total	4	2

Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 8
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Relaciones de los hermanos con el paciente



Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

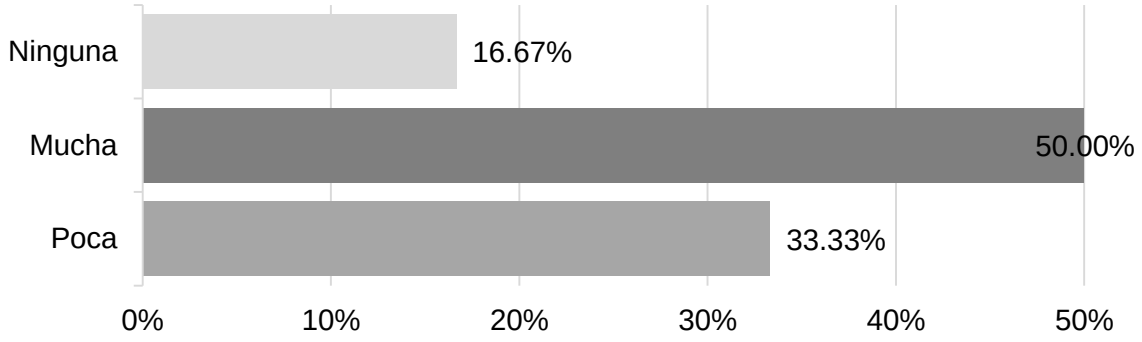
La relación entre hermanos es estable en el 66.67% de los casos; inestable y conflictiva en el 33.33% de la muestra estudiada.

Tabla No. 9
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Comunicación entre el paciente y hermanos

	Comunicación		
Caso	Poca	Mucha	Ninguna
1	✓		
	✓		
2		✓	
3		✓	
4	✓		
5			✓
6		✓	
Total	2	3	1

Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 9
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Comunicación entre el paciente y hermanos



Fuente: Entrevista semiestructurada. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

La comunicación que tienen los pacientes con los hermanos es poca en el 33.33% de los casos, mientras que es mucha en el 50% y nula en el 16.67% de muestra estudiada.

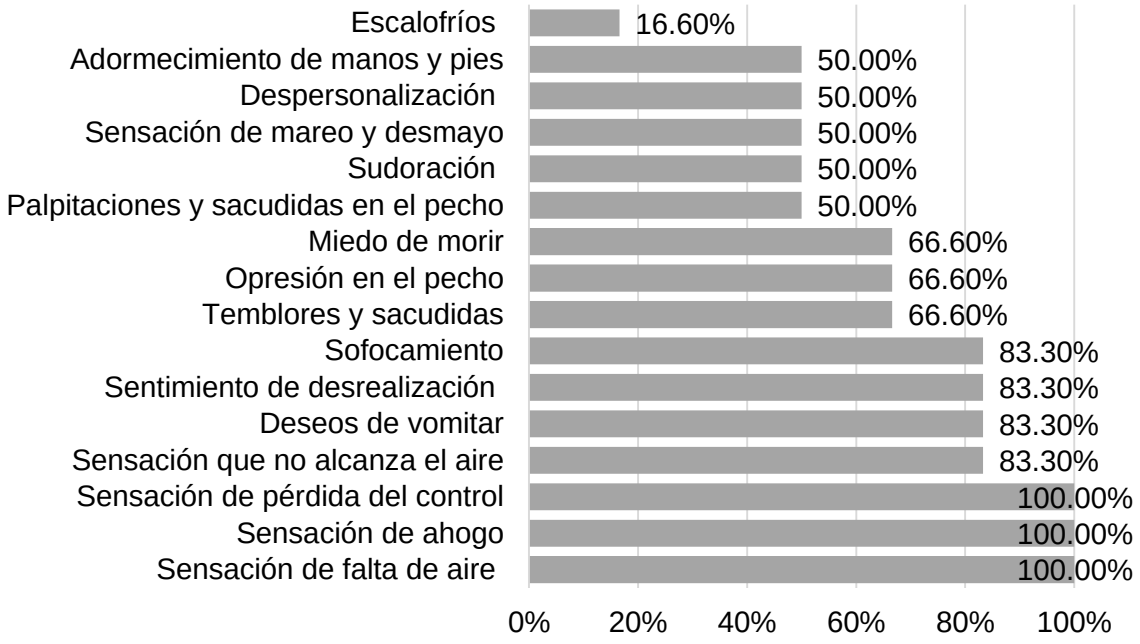
La posición de los hermanos en la familia estructura las relaciones de poder entre ellos según Adler. El orden del nacimiento le confiere a cada hermano relaciones específicas con los otros hermanos.

Tabla No. 10
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Frecuencia de síntomas autonómicos de ansiedad

Síntomas	Total	Porcentaje
Sensación de falta de aire	6	100
Sensación de ahogo	6	100
Sensación de pérdida del control	6	100
Sensación que no alcanza el aire	6	100
Deseos de vomitar	5	83.3
Sentimiento de desrealización	5	83.3
Sofocamiento	5	83.3
Temblores y sacudidas	4	66.6
Opresión en el pecho	4	66.6
Miedo de morir	4	66.6
Palpitaciones y sacudidas en el pecho	3	50
Sudoración	3	50
Sensación de mareo y desmayo	3	50
Despersonalización	3	50
Adormecimiento de manos y pies	3	50
Escalofríos	1	16.6

Fuente: Escalas de Likert. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López

Gráfica No. 10
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Frecuencia de los síntomas autonómicos de ansiedad



Fuente: Escalas de Likert. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López

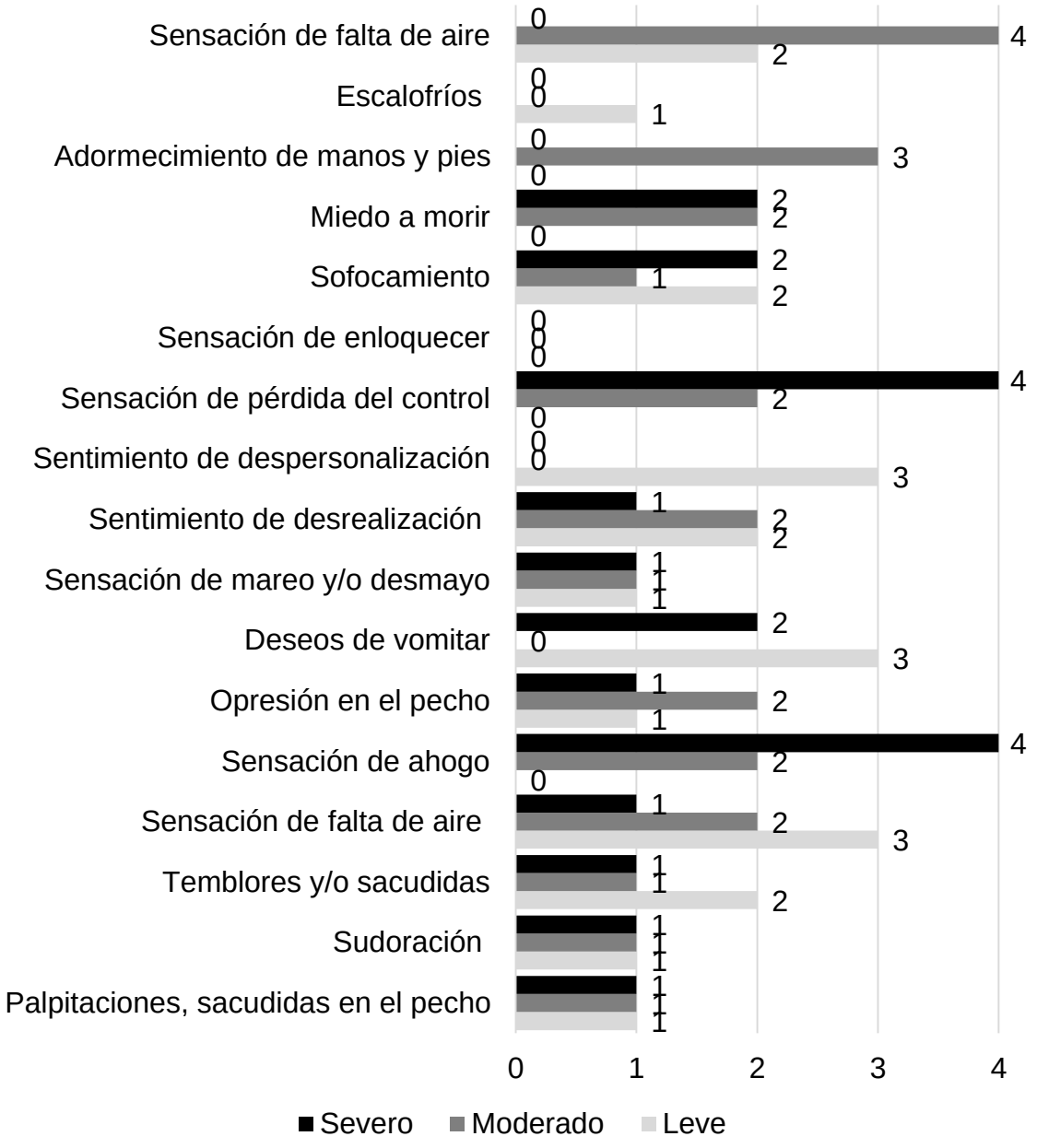
Con respecto con la frecuencia de los síntomas autonómicos de ansiedad encontrados en la muestra, de acuerdo con los criterios establecidos en el apartado de las técnicas de análisis se encuentra que los síntomas autonómicos de ansiedad estuvieron presentes en todos los pacientes. Los más frecuentes fueron la sensación de falta de aire, sensación de ahogo y sensación de pérdida de control y sensación de falta de aire, presentes en todos los pacientes. En cinco pacientes se encontraron deseos de vomitar, sentimientos de desrealización y sofocamiento. En cuatro pacientes se observaron temblores y sacudidas, opresión en el pecho y miedo de morir. En tres pacientes palpitaciones y sacudidas en el pecho, sudoración, sensación de mareo y desmayo. Un paciente dijo haber sentido escalofríos.

Tabla No. 11
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Frecuencia de síntomas autonómicos de la ansiedad por severidad
Ítems del 1 al 17

Ítem	Síntomas	Leve	Moderado	Severo	Categoría
1	Palpitaciones, sacudidas en el pecho	1	1	1	
2	Sudoración	1	1	1	
3	Temblores y/o sacudidas	2	1	1	
4	**Sensación de falta de aire**	**3**	**2**	**1**	**5**
5	**Sensación de ahogo**	**0**	**2**	**4**	**1**
6	**Opresión en el pecho**	**1**	**2**	**1**	**3**
7	**Deseos de vomitar**	**3**	**0**	**2**	**4**
8	Sensación de mareo y/o desmayo	1	1	1	
9	Sentimiento de desrealización	2	2	1	
10	Sentimiento de despersonalización	3	0	0	
11	**Sensación de pérdida del control**	**0**	**2**	**4**	**1**
12	Sensación de enloquecer	0	0	0	
13	**Sofocamiento**	**2**	**1**	**2**	**3**
14	**Miedo a morir**	**0**	**2**	**2**	**2**
15	**Adormecimiento de manos y pies**	**0**	**3**	**0**	
16	Escalofríos	1	0	0	
17	Sensación de falta de aire	2	4	0	

Fuente: Escalas de Likert. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 11
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Frecuencia de los síntomas autonómicos de ansiedad por severidad



Fuente: Escalas de Likert. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López

Se observa que la mayor severidad de expresión de los síntomas autonómicos de ansiedad se evidenció en la sensación de ahogo y la sensación de pérdida de control sobre sí mismo. De forma moderada se observa la sensación de falta de aire. La opresión en el pecho se evidenció de forma severa en un paciente, en dos de forma moderada y en uno de forma leve. Al correlacionar la frecuencia de aparición de los síntomas autonómicos de ansiedad con el grado de severidad se observó que la sensación de ahogo y la sensación de pérdida de control estuvieron presentes en los seis pacientes observados, cuatro de ellos manifestaron síntomas severos y dos síntomas moderados; la sensación de no alcanzar aire para respirar se presentó de forma moderada en cuatro pacientes y de forma leve en dos pacientes; la sensación de falta de aire se evidenció de forma moderada en dos pacientes y en tres de forma leve.

El miedo a morir se experimentó en cuatro pacientes, dos en forma severa y dos de forma moderada; el sofocamiento se evidenció en cinco pacientes, dos de forma severa, uno moderada y dos leve; los deseos de vomitar se manifestaron en cinco pacientes, dos de forma severa (uno de los cuales vomitó) y tres leve. Tres experimentaron que se les dormían manos y pies. La opresión en el pecho se observó en cuatro pacientes, uno de forma severa, dos de manera moderada y uno leve.

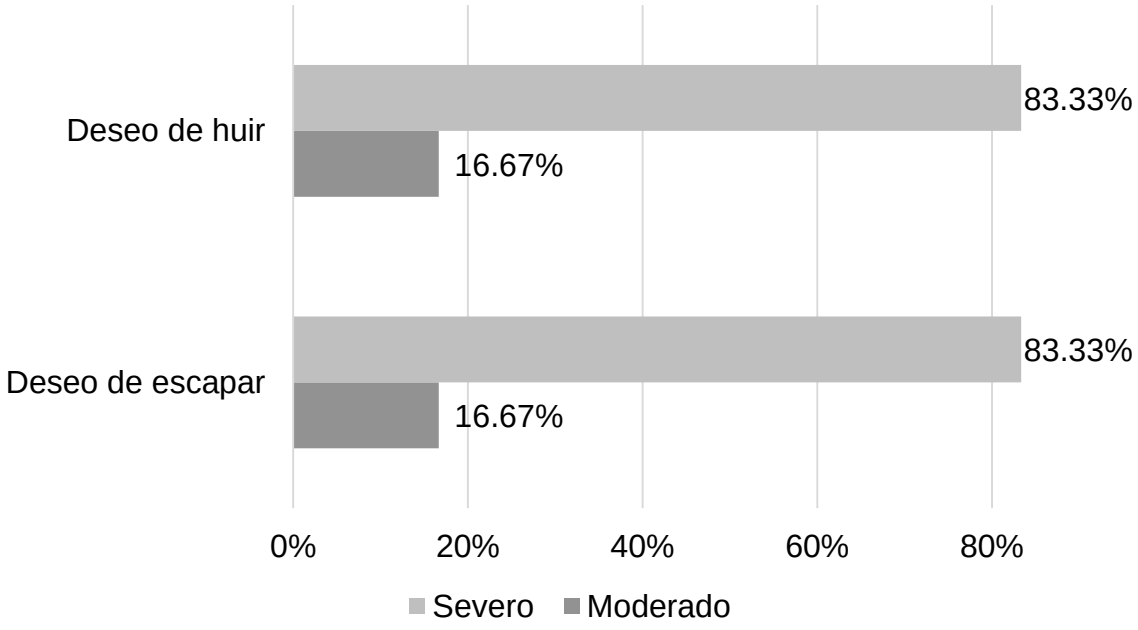
Por lo que se puede deducir que el 100% de los pacientes presentaron síntomas autonómicos de ansiedad de los cuales la sensación de ahogo y de pérdida de control junto con la sensación de no alcanzar aire para respirar son los síntomas más frecuentes y los que mayor grado de miedo y ansiedad provocan en el tratamiento dental. También se debe considerar que el miedo a morir, el sofocamiento, deseos de vomitar y el adormecimiento de manos y pies y la opresión en el pecho son síntomas importantes.

Tabla No. 12
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Frecuencia de síntomas de agorafobia
Ítems 18 y 19

Ítem	Síntomas	Leve	Moderado	Severo
18	**Deseo de escapar**	**0**	**1**	**5**
19	**Deseo de huir**	**0**	**1**	**5**

Fuente: Escalas de Likert. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 12
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Frecuencia de síntomas de agorafobia
Ítems 18 y 19



Fuente: Escalas de Likert. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Los síntomas de agorafobia estuvieron presentes todos los pacientes de los cuales cinco lo experimentaron de forma severa y dos de manera moderada el deseo de escapar y de huir. Se infiere que todos los pacientes dentales de la

muestra presentaron agorafobia. 83.3% de forma severa y el 16.67% de forma moderada.

Tabla No. 13

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Frecuencia de síntomas de estrés postraumático

Ítems del 20 al 24

Ítem	Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
20	Miedo a recibir daño por experiencias previas	5	83.33
21	Flashbacks	5	83.33
22	Pesadillas	1	16.77
23	Reexperimentación de la experiencia	2	33.33
24	Enojos y sustos luego de la experiencia	5	83.33

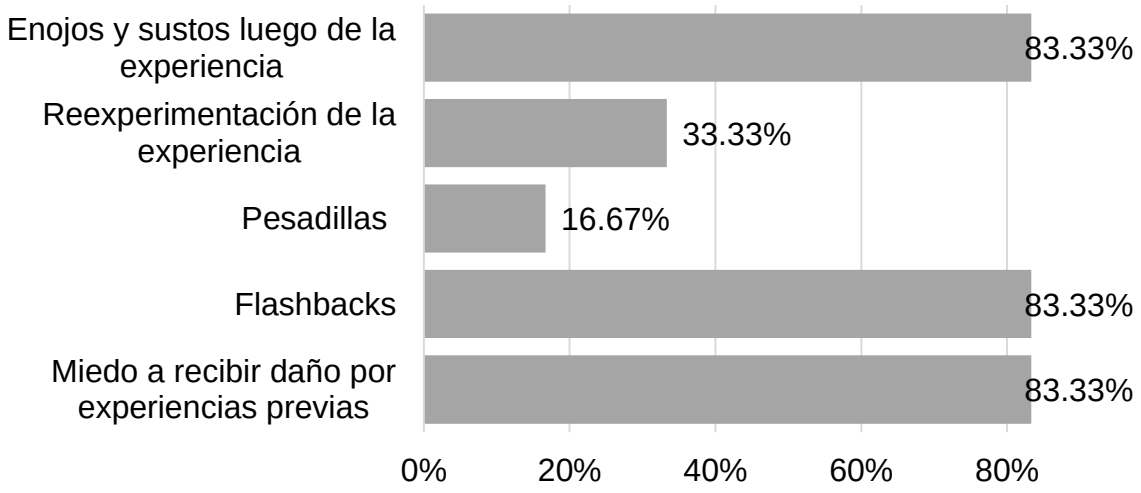
Fuente: Escalas de Likert. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 13

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Frecuencia de síntomas de estrés postraumático

Ítems del 20 al 24



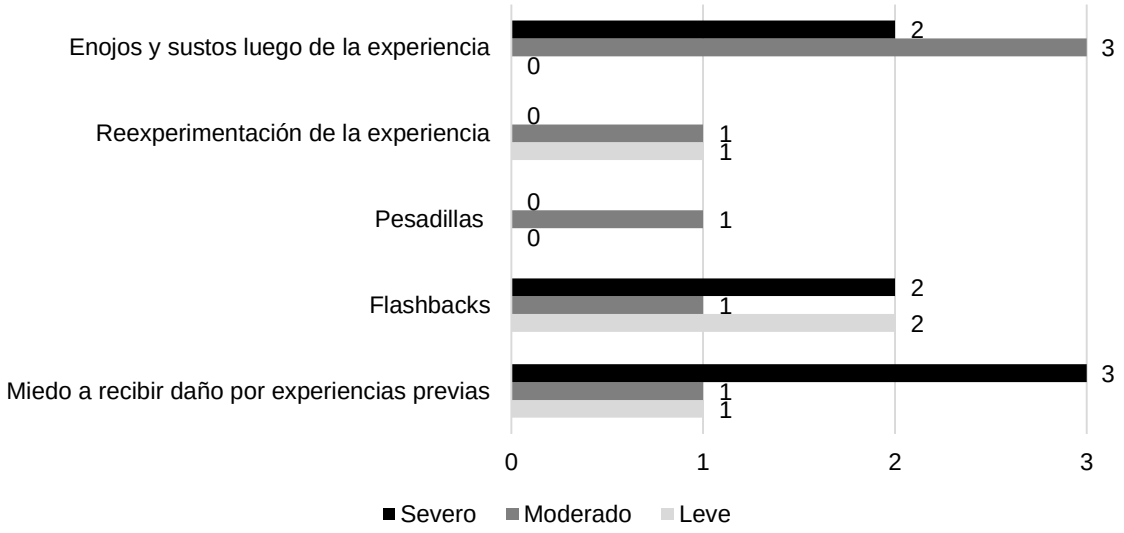
Fuente: Escalas de Likert. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Tabla No. 14
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Frecuencia de síntomas de estrés postraumático por severidad
Ítems del 20 al 24

Ítem	Síntomas	Leve	Moderado	Severo
20	Miedo a recibir daño por experiencias previas	1	1	3
21	Flashbacks	2	1	2
22	Pesadillas	0	1	0
23	Reexperimentación de la experiencia	1	1	0
24	Enojos y sustos luego de la experiencia	0	3	2

Fuente: Escalas de Likert. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Gráfica No. 14
Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.
Frecuencia de síntomas de estrés postraumático por severidad
Ítems del 20 al 24



Fuente: Escalas de Likert. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de mayo de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

En las últimas dos gráficas se observa que el 100% de los pacientes tienen síntomas de estrés postraumático. Tres pacientes tienen miedo severo a recibir

daño por experiencias previas al tratamiento dental, uno de forma moderada y otro leve. Dos presentan experiencias de flashbacks severas, uno moderada y dos leve. Un paciente tiene pesadillas de forma moderada. Uno de forma leve y otro de forma moderada lo experimentan en otros contextos. Además, dos experimentan enojos y sustos severos luego del tratamiento y tres de manera leve.

Un paciente presenta síntoma leve de fobia específica puesto que le da terror cuando tiene que ir con el dentista, se pone mal, aunque esté en su casa. Hace berrinche, llora o se esconde.

Tabla No. 15

Naturaleza del miedo y ansiedad
experimentados en la atención odontológica. Una explicación.

Frecuencia de mecanismos de defensa utilizados

Mecanismos de defensa	Frecuencia	Porcentaje
Disociación	6	100
Represión	6	100
Proyección	6	100
Quejas o rechazo de ayuda	6	100
Regresión	6	100
Abstención	5	83.33
Negación	5	83.33
Evitación	5	83.33
Polarización	5	83.33
Distanciamiento	4	66.66
Desplazamiento	4	66.66
Identificación proyectiva	3	50
Formación reactiva	3	50
Racionalización	3	50
Devaluación	2	33.33
Idealización	1	16.66
Omnipotencia	1	16.66

Fuente: Listas de cotejo. Muestra de 6 pacientes pediátricos que asistieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del mes de abril al mes de junio de 2018. Autor: Gustavo Andres Dávila López.

Los mecanismos de defensa que se observan en todos los pacientes (100%) son la disociación, la represión, proyección, quejas o de rechazo de ayuda y regresión. La abstención, negación, evitación y polarización estuvieron

presentes en cinco pacientes (83.33%); el distanciamiento y desplazamiento en cuatro pacientes (66.66%); la identificación proyectiva, formación reactiva y racionalización en tres pacientes (50%). La idealización y omnipotencia en un paciente (16.66%)

La regresión que se tiene a las fases oral y anal corresponde al 100% de los casos estudiados y constituyen el asiento de los estados neuróticos que el paciente pone de manifiesto en el tratamiento dental.

Dentro de los mecanismos de defensa que permiten mantener fuera de la consciencia lo desagradable utilizados por los pacientes de la muestra estudiada se encuentran la abstención, disociación, formación reactiva y represión. Dentro de los mecanismos de defensa utilizados para no perder autoestima o ganarla permitiendo distorsiones de la imagen de uno mismo y de los demás se encuentran la devaluación, idealización y omnipotencia. Los mecanismos que permiten mantener situaciones de estrés fuera de la consciencia sin ser atribuidos a causas erróneas y utilizados por los pacientes son la negación, proyección y racionalización. Los mecanismos que se caracterizan por una enorme distorsión de la realidad son la racionalización y polarización. Los mecanismos de enfrentamiento o amenaza mediante acción o retirada utilizados son entre otros las quejas o rechazo de ayuda. Cabe destacar que los mecanismos de defensa adaptativos no se observaron durante el tratamiento dental lo cual se explica por las limitaciones en relación con el desarrollo del yo para mediar entre los conflictos generados entre el ello y el superyo.

Como se observa en el genograma familiar de Mariano, el caso No. 1, el hijo primogénito de la familia tiene hidrocefalia mientras que el paciente identificado es el hijo menor de cuatro. Las relaciones en este núcleo familiar son inestables y conflictivas y con poca comunicación. En la historia de vida se observa alta conflictividad en las relaciones interpersonales, el padre es alcohólico y el hermano mayor padece hidrocefalia y retraso mental. El paciente tiene retraso escolar de un año. Durante la atención odontológica mostró síntomas severos de sensación de ahogo, deseos de vomitar, sensación de pérdida de control y sensación de falta de aire; de forma moderada presentó palpitaciones o sacudidas

en el pecho y sensación de falta de aire. También presentó síntomas severos de agorafobia y manifestación de variados mecanismos de defensa desadaptativos. Durante el tratamiento dental perdió el control de sí mismo, se golpeaba, se quejaba continuamente, mordió a la practicante y pedía proximidad con la madre y muestras de afecto. Todas estas conductas mostraron alta disfuncionalidad familiar. El miedo y ansiedad expresados en la atención odontológica son consistentes con el alcoholismo paterno, las relaciones conflictivas y alteraciones en el funcionamiento familiar que al final establecen un sentimiento de vulnerabilidad, deprivación afectiva, inseguridad y desconfianza.

Dorian el caso número 2 es el segundo hijo de tres cuyo hermano mayor padeció hidrocefalia y falleció en un accidente automovilístico. La madre de acuerdo con lo observado en la entrevista no ha logrado resolver el duelo por la muerte de su hijo mayor y presentó marcada ansiedad y miedo durante la entrevista. El hecho de asumir el rol de primer hijo en el paciente evaluado es causa de estrés, miedo y ansiedad debido a que se le obliga inconscientemente a tomar el rol del hermano fallecido e idealizado. Se observa que la relación con el padre y la madre y con el hermano es estable y con mucha comunicación con el paciente. La relación de pareja es buena. En la historia de vida se observa que Dorian está siendo presionado y se presiona él mismo para suplir la ausencia del hermano fallecido y para tomar para sí la culpa expresada por la madre por la pérdida de su hijo mayor y el hecho de no haber deseado tener a Dorian. A los 3 años comenzó a chuparse el dedo. Aunque la madre procura hacer lo que considera conveniente para constituirse como una madre protectora, las necesidades emocionales de Dorian son ignoradas y el rechazo a su hijo se expresa en él en forma de ansiedad básica.

Durante la atención odontológica se observaron síntomas neurovegetativos severos como sensación de ahogo, opresión en el pecho, sensación de mareo y desmayo, sensación de pérdida de control y miedo a morir. De forma moderada se observó sensación que le falta el aire para respirar. Presentó síntomas de agorafobia y de estrés postraumático como sensación de recibir daño como lo había recibido en otras experiencias. Se observa que hay reexperimentación del

trauma. Llama la atención que utilizó el desplazamiento durante toda la atención odontológica; varias veces solicitó la presencia de la madre. Hace esfuerzos para establecer contacto con la experiencia que está viviendo. Al final del tratamiento dental expresa a la madre que hizo todo lo posible para controlarse (como un niño “bueno”), pero reconoce que no lo logró. Todo el comportamiento que el paciente manifestó durante el tratamiento dental es altamente simbólico y consistente con la conflictividad que el paciente tiene instalado desde el núcleo familiar. El tratamiento dental funciona como un disparador de todo aquello que afecta la seguridad emocional del niño. Al final la ansiedad y miedo instalados desde la familia son directamente proporcionales y primarios a la ansiedad y miedo expresados durante el tratamiento dental. El paciente no reacciona al tratamiento dental como tal sino a la deprivación afectiva, a la vulnerabilidad y el abandono emocional percibido en el núcleo familiar.

En el caso No. 3 Cristy es la hija primogénita de dos hermanos, proviene una familia extendida; la relación con el padre es inestable y conflictiva; la relación con la madre, con los hermanos y la tía es estable. Todos mantienen mucha comunicación incluido el padre. Sin embargo, la relación de pareja es regular. Se observa que al menos el padre, la madre y Cristy comen excesivamente. En la familia hay violencia doméstica. El padre ejerce violencia psicológica y violencia sexual sospechada. Ambos padres son manipuladores y dominantes. La madre es sobreprotectora mientras que el padre permanece ausente. La paciente tiene baja autoestima, se aísla en la escuela y se ejerce bullying sobre ella. Durante el tratamiento dental se observó sensación de pérdida de control y miedo a morir de manera severa (pérdida del objeto de amor). Moderadamente palpitaciones y sacudidas en el pecho, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aire, sensación de ahogo, sofocamiento adormecimiento de manos y pies y sensación que no le alcanza el aire; severos síntomas de agorafobia. Presentó marcadamente sensación de recibir daño como ya lo había recibido en experiencias previas con el dentista. Utilizó una amplia gama de mecanismos de defensa desadaptativos. Durante el tratamiento odontológico se evidenció movimiento constante de las piernas, necesidad de ser “tocada” suavemente por

el practicante. Tuvo actitud colaborativa, se observó respuesta desadaptativa a estímulos auditivos, necesidad de orinar y tos provocada. Al ser atendida por el instructor de clínicas la paciente logra controlarse. Se observa sensación de irrealidad. Todos estos comportamientos expresan inseguridad emocional, falta de seguridad y estabilidad en la figura de autoridad en el núcleo familiar, reacción favorable cuando percibe delicadeza en el trato, se observa violencia en el núcleo familiar, rechazo hacia ella de la figura paterna y de los pares. En este contexto el tratamiento dental incrementa los síntomas de miedo y ansiedad con irritabilidad general, preocupación, síntomas neurológicos de ansiedad, mecanismos de defensa desadaptativos, miedo de hacer el ridículo, baja autoestima.

El paciente del caso 4 es Luis. Él proviene de una familia nuclear, los padres están unidos; Luis es el segundo hijo de dos, el hijo benjamín. La relación con ambos padres y con los hermanos es estable, aunque los miembros de la familia se comunican poco. La relación de la pareja es buena. La pareja no esperaba el nacimiento de Luis. El padre era alcohólico. En el tratamiento dental se observan síntomas autonómicos severos de ansiedad los cuales consisten en palpitaciones y sacudidas en el pecho, sudoración, temblores y sacudidas, sensación de falta de aire, sensación de ahogo, deseos de vomitar y sofocamiento. Los síntomas moderados fueron desrealización, sensación de perder el control, miedo de morir, parestesia de manos y pies y sensación de falta de aire. Presentó síntomas severos de agorafobia y síntomas de fobia específica. Amplia gama de manifestación de mecanismos de defensa. El comportamiento observado estuvo marcado por la exposición a constantes amenazas y ansiedad del practicante, a su conducta posesiva y controladora. Se observa que cuando se suspende momentáneamente el tratamiento y se le habla logra tranquilizarse, hay rigidez corporal. Durante la atención se observa también, exageración en la forma de actuar, generalmente para llamar la atención o para conseguir algún beneficio o indulgencia durante el tratamiento. El llanto es de enfado acompañado de hiperactividad generalizada. Aunque el padre no ingiere bebidas alcohólicas desde hace 3 años, la dinámica se mantiene debido a que algunos tíos y abuelos se alcoholizan. Esta dinámica mantiene inseguridad, miedo y ansiedad hacia la

figura paterna que se expresa en el aislamiento, pasividad, dependencia y sentimiento de soledad. El paciente al encontrar similitudes entre padre y practicante responde de forma desadaptativa durante el tratamiento. A esto se le suma la fobia específica a la aguja dental (al “pinchazo”, a la anestesia, a las inyecciones)

En lo que respecta a Lico el quinto paciente observado proviene de una familia nuclear alcohólica. Es el segundo de seis hermanos cuyo hermano mayor tiene hidrocefalia. La relación que el padre, la madre y los hermanos tienen es inestable y conflictiva. No tienen ninguna comunicación. La relación de pareja es regular. El paciente es enojado, manipulador y dominante, tiene conducta machista y ejerce violencia hacia la mujer. Tiene retraso escolar. El padre es alcohólico con conducta machista, irresponsable, controladora, dominante y violenta. La madre es controladora, dominante y posesiva. En el tratamiento dental mostró de forma severa desrealización, de forma moderada, sensación de ahogo, opresión en el pecho, mareo, desvanecimiento, despersonalización, sensación de pérdida de control y miedo de morir. Mostró síntomas de agorafobia. Además, se observaron síntomas moderados de estrés postraumático como, soñar que el dentista está trabajando y pesadillas desagradables, reexperimentación del trauma en casa, enojo, dificultad para concentrarse y sustos repentinos. En el tratamiento dental el odontólogo-practicante tuvo una conducta amenazante e intimidatoria. Lico lloró durante toda la sesión. Durante el curso del tratamiento se perciben demandas de atención, la creación de un ambiente tenso por el paciente con el que trata de manipular la situación. El miedo y la ansiedad expresada por Lico se debe a la deprivación afectiva en las relaciones familiares, a la ausencia de ambos padres, al apego inseguro, al alcoholismo, entre otros. El caos manifiesto en la atención odontológica es reflejo de la manipulación del paciente para hacerse el control de la misma. Al no obtenerlo recurre a estrategias manipulativas que generan enojo, el cual es proyectado en el rol del odontólogo quien figura como un superyo punitivo.

Carlos fue el sexto paciente observado. Él proviene de una familia extendida con la presencia de una abuela. Es el tercero de tres hermanos. Tiene

retraso escolar de un año. Las relaciones familiares entre todos los miembros y en la pareja es estable y hay mucha comunicación. Carlos es enojado, voluntarioso y manipulador. A veces tartamudea. Desde los 4 años de edad está en una casa hogar en el que la madre comunitaria es agresiva con él. En el curso del tratamiento dental exhibió sensación de ahogo, sensación de pérdida de control y sofocamiento de forma severa; desrealización y sensación de no alcanzar respirar de forma moderada. Hubo presencia de síntomas severos de agorafobia. De estrés postraumático también entre los que se destacan soñar que el dentista está trabajando. Pesadillas desagradables, reexperimentación del trauma en casa, enojo, dificultad para concentrarse y sustos repentinos. La evaluación del paciente se realizó al final de la tercera cita en las clínicas dentales de FOUSAC. La primera fue especialmente traumática. Utilizó una amplia gama de mecanismos de defensa desadaptativos. Durante la observación del tratamiento dental se observó que solicitó la presencia primero del padre y luego de la madre, pero debido a que no se le lograba controlar se le pidió al padre y a la madre que abandonaran el lugar. Luego se le permitió a la madre ingresar después de habérsele condicionado al niño con respecto a su comportamiento negativo. El practicante trató de comunicarse con Carlos, lo cual no fue atendido. La madre utilizó la imaginería mental como medio para controlar la conducta de su hijo con lo cual se logra una estabilización parcial del paciente. Utiliza la técnica del 12345 para el control de la ansiedad (modificada por la madre). La madre no comprende el porqué de la conducta de su hijo. Se observa que la experiencia vivida por el niño en el tratamiento odontológico es percibida como abrumadora y rebasa su capacidad adaptativa la cual se manifiesta por medio de síntomas neurovegetativos de ansiedad, agorafobia, utilización de mecanismos de defensa y regresiones a las etapas genitales del desarrollo psicosexual.

Los seis pacientes observados en este estudio presentaron psicopatologías de diferente naturaleza, sin embargo, todas ellas se manifiestan miedo y ansiedad como elementos fundantes de las condiciones encontradas. Problemas emocionales, problemas familiares, problemas relacionados con la figura paterna aunque se observaron también relacionados con la figura materna (objeto

primario), alcoholismo, inseguridad, desconfianza, baja autoestima, negligencia, problemas vinculares, ansiedad en las relaciones vinculares, maltrato psicológico, violencia intrafamiliar, ambiente familiar inadecuado, problemas en la relación paterno filiales, problemas de comunicación y disciplina, dinámica de familia alcohólica, problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, síntomas de trastorno de estrés postraumático, entre otros.

Todas estas condiciones están instaladas previamente al tratamiento odontológico con excepción del trastorno de estrés postraumático. Este trastorno puede haber sido instalado previamente o instalarse en la relación odontólogo-paciente durante el tratamiento dental.

Debido a las características sociales, económicas y culturales propias del país las condiciones citadas anteriormente, se estima que prevalecen en la niñez y adolescencia en todo el país. Todas ellas instaladas desde la familia y engloban todos los aspectos de la vida. Y tienen una clara carga energética de miedo y ansiedad cuando los mecanismos de alarma se activan previendo un daño inminente que dispara un amplio repertorio de respuestas desadaptativas. Es importante mencionar que cuando el niño se enfrenta con el odontólogo pone a prueba la figura de apego, la cual es establecida desde temprana edad y que perdura toda la vida. Esta figura es significada en los progenitores o primeros cuidadores y establecen la conducta del niño y de la persona adulta cuando se necesita seguridad y protección. De esa cuenta es que el cuidado de los padres es determinante para asegurar que el mundo y todo lo que en él hay existe para proveerle satisfacción de las necesidades mencionadas. Si este apego ya establecido falla, la persona en concordancia con su desarrollo evolutivo, las características ambientales y con la confianza recibida en el seno familiar, tendrá manifestaciones defensivas las cuales se refieren a apegos ansiosos, manifestación de ansiedad, miedo, expresión de rasgos desadaptativos inclusive cualquier tipo de perturbación capaz de amenazar y rebasar los mecanismos adaptativos. Irrumpe, por lo tanto, la cólera, el llanto, estrategias manipulativas y otros estados. Si el lazo de apego está amenazado la reacción pulsional hará

irrupción de una conducta agresiva lo cual se hizo evidente en la muestra estudiada.

3.2.9 Análisis global integrativo

De acuerdo con Klein los mecanismos utilizados en la posición esquizo-paranoide son los de disociación, proyección, identificación proyectiva, idealización, y negación, los cuales evocan la constitución del núcleo de la personalidad. Para enfrentarse a la vida y a la situación odontológica en particular fluye la ansiedad básica, la ansiedad persecutoria y la ansiedad depresiva que son las pautas originarias de toda ansiedad. Estas ansiedades irrumpen masivamente en el tratamiento dental, esto debido en parte a evocación de las necesidades de cuidado (y alimento), y descuido percibidos que no son satisfechos mientras se presenta la necesidad de protección. Por eso el odontólogo aparece como no gratificante, persecutorio y malo. En este sentido el paciente de disocia para cursar de mejor manera la situación amenazante percibida; en relación con el desarrollo del yo y su capacidad adaptativa en la realidad, este mecanismo y los demás son utilizados de forma masiva o no de acuerdo a dicho desarrollo y fortaleza del yo.

En este estudio se observa la irrupción de neurosis e histeria. La conducta neurótica de acuerdo con Freud se expresa en forma de síntomas de ansiedad e hiperactividad. La diferencia de grado depende, según este autor, de la estructura de la personalidad. En el caso del tratamiento dental se observó neurosis de angustia la que se evidenció por ansiedad episódica difusa de “ataques” como síntomas neurovegetativos, mecanismos de defensa y rasgos del carácter oral y anal. Las neurosis depresiva se presentó como autocrítica excesiva en forma episódica, disminución de la confianza y de la autoestima; acompañada de molestias físicas. Las neurosis neurasténicas se observaron con la presencia de debilidad, fatigabilidad, con un bajo grado de autoestima. La neurosis de sentimientos de irrealidad y despersonalización, estuvieron caracterizados por extrañeza hacia determinadas partes del cuerpo, hacia sí mismo y hacia el ambiente, con síntomas de pánico. La neurosis hipocondríaca vista por reocupación con respecto a los procesos orgánicos, acompañados de quejas múltiples de tipo físico, es común en esta neurosis, la depresión. La neurosis

histérica está dividida en la neurosis de tipo conversivo que va desde parálisis paradójicas, crisis convulsivas, diferencias sensoriales y dolor; hasta una actitud de indiferencia. El otro tipo es la neurosis disociativa con características de alteraciones de la conciencia y del sentido de identidad. La angustia en este tipo no es evidente.

Como se dijo con anterioridad en el marco teórico, la neurosis de ansiedad manifiesta en todos los pacientes estudiados, es un patrón repetitivo de síntomas de un conflicto inconsciente en el que el paciente siente un miedo inexplicable e irracional de origen desconocido, tal y como se observa en este estudio. En general en las neurosis de ansiedad se utilizan los mecanismos de escisión y disociación. Su dinámica consiste en la reactivación de los impulsos orales sádicos y sádico-anales (impulsos pregenitales, rasgos de carácter oral y anal) que obligan al YO a reforzar las defensas represivas para evitar estos impulsos y su irrupción en la conciencia.

La neurosis disociativa utiliza el mecanismo de disociación y consiste en un aislamiento o escisión de algunos elementos de la personalidad. Su psicodinámica se da por la Incapacidad de liquidar el edipo: ansiedad a la castración.

Como se dijo en el marco teórico, la histeria es una afección psicológica que pertenece al grupo de las neurosis. Se encuadra dentro de los trastornos de somatización y se manifiesta en el paciente en forma de una angustia al suponer que padece diversos problemas físicos o psíquicos. Janet y Freud definieron a la histeria como acontecimientos intensamente perturbadores que habían sido borrados de la memoria. Janet sugirió “las ideas subconscientes fijas” con evocación de los recuerdos o memorias traumáticas (reminiscencias).

En la historia de vida de los pacientes evaluados y sobre todo en su pasado, se encuentran indicios que sugieren la configuración de condicionantes de la conducta manifestada en el tratamiento dental, es decir hechos traumáticos de la infancia escondidos bajo experiencias recientes y relativamente triviales dentro de los cuales se incluyen actos endémicos contra los niños. Dentro de estos hechos traumáticos se encuentra el trauma del nacimiento, que es el trauma inicial y punto de partida de los demás sucesos de la vida de la persona.

Todo trauma remite a un estrés emocional. Este estrés emocional puede instalarse en la persona ya sea experimentándolo en sí mismo o habiendo sido testigo de algún suceso traumático o habiéndolo escuchado. Estas percepciones pueden ser reales o imaginarias.

En el trauma generalmente existen pesadillas, irritabilidad, inquietud los cuales llevan a un miedo interior. Este miedo y la angustia generada se manifiestan por síntomas cognitivos, físicos, conductuales y emocionales tal como se observó en la muestra.

Como se dijo el trauma psicológico consiste principalmente en el sentimiento de indefensión, miedo intenso y pérdida de control frente a los cuales el yo responde en diferentes grados de intensidad en relación directa con la percepción de la amenaza y de los recursos internos que se posean para enfrentarlos. Esta respuesta en la persona neurótica es desproporcionada, estando en la generalidad de los casos sobredimensionada.

En esta línea de pensamiento se observa en la muestra objeto de estudio que el tratamiento dental es percibido como un acontecimiento traumático causante de estrés, miedo, ansiedad y angustia; capaz de facilitar respuestas fisiológicas, cognitivas, conductuales y emocionales que permiten mantener un estado de activación e irritabilidad desproporcionado causado de dos formas. La primera de manera inconsciente (ansiedad) y la segunda conociendo el hecho concreto (miedo), en relación con la neurosis y con la histeria respectivamente. Sin perder de vista que quien mantiene esta dinámica es la presencia de un conflicto psicológico no resuelto (neurosis).

La respuesta generada por el estresor (tratamiento dental) incluye el cuerpo y la mente. Con respecto al cuerpo la respuesta está mediada por la respuesta fisiológica al miedo y la ansiedad específicamente por el sistema simpático y la adrenalina. Sistemas de defensa inmediatos capaces de alterar la percepción del dolor despertando el sentimiento de ira y miedo que condicionan la respuesta de huida o de enfrentamiento. Este sistema de respuestas condiciona y altera la reacción, atención, percepción y emoción.

Junto con el órgano dentario y su implicación en la respuesta masiva y desorganizada generada durante el tratamiento dental, las características propias del aparato estomatognático, su formación embrionaria, su estructura, su proximidad con el cerebro, su alto grado de sensibilidad, los propioceptores del dolor, la alta excitabilidad del sistema visceral, su proximidad con los órganos receptores de la sensación y percepción (órganos de los sentidos) y al simbolismo en relación con el desarrollo psicosexual expuesto por Freud y la teoría de las posiciones enseñada por Klein, temas ya abordados con anterioridad en el marco teórico, el sistema estomatognático y el órgano dentario son los responsables junto con el sistema nervioso y el cerebro de mantener la vida física y mental, vía nutricia y psíquica. Ante la amenaza de castración, mutilación y de aniquilación percibida a través del tratamiento dental y captada por el YO, el sistema de alarma del organismo humano responde masivamente por medio de una respuesta fisiológica-orgánica y una respuesta primaria mediada por las pulsiones libidinales y agresivas en forma de miedo y ansiedad.

La respuesta psicológica al trauma es decir a la histeria; y a la neurosis está mediada básicamente por el aparato psíquico: el ello, yo y superyo, al objeto primario, a la constitución del núcleo de la personalidad, a la estructura de la personalidad, al apego, a la experiencia del sujeto, a las características de la familia nuclear, a las características ambientales en las cuales el sujeto crece, se desarrolla e interactúa y a las características económicas, sociales y culturales de la sociedad, entre otras. La suma de todos estos factores y su interrelación, considerando los factores causantes y condicionantes de los procesos salud-enfermedad y presentes en todas las personas, son los que van a determinar y predecir la conducta posible durante la atención odontológica. Mientras más sana y desarrollada psicológicamente sea la persona y mientras más recursos internos se tengan para neutralizar las amenazas al YO, habrá menos manifestaciones de miedo y ansiedad durante el tratamiento odontológico.

Las alteraciones en la conducta o conducta desadaptativa por lo general están relacionadas con el rol de los padres, actitudes paternas, ansiedad materna, relaciones parentales conflictivas, agresivas e infelices, falta de empatía hacia el

niño, rechazo, violencia, críticas frecuentes, castigos frecuentes. Familias de gran tamaño, pobreza, falta de interacción familiar, apego de base insegura, violencia. Alcoholismo, prácticas disciplinarias inconsistentes y erráticas, falta de soporte emocional, relaciones disfuncionales, comunicación ofensiva y defensiva entre miembros de la familia, Además, patrones de agresividad, impulsividad, timidez e inmadurez emocional. Cabe mencionar que todos estos factores estuvieron presentes en la historia de vida de los pacientes estudiados y evidencian la presencia de estados neuróticos e histéricos en cada uno de ellos

En la clínica se atienden además de los problemas relacionados con el aparato estomatognático los problemas psicológicos instalados por los padres a los hijos mientras se da la relación odontólogo-paciente. Estos problemas irrumpen proporcionalmente al sentimiento de vulnerabilidad y desprotección afectiva recibidos desde el nacimiento del niño en el núcleo familia, configurando esta ansiedad y miedo con las características ambientales del medio en el cual el paciente crece y se desarrolla como se mencionó. Esto es consistente con el hecho de que la persona tiene la creencia que vive su propia vida de primera mano, sin tener consciencia de que sí bien lo hace, esto lo realiza de forma parcial porque se estima que la persona es configurada desde el inicio de su vida en relación directa con el modo de ser de los progenitores y las expectativas que tienen acerca de los hijos. Los problemas de salud mental ya instalados al irrumpir en forma de ansiedad básica, ansiedad anticipatoria, ansiedad persecutoria y de castración que es la forma más primaria de los conflictos psicológicos como se evidenció en las líneas precedentes y objeto central de la psicología, son desplazados hacia la persona y el rol del odontólogo, tanto como al equipo odontológico y personal auxiliar, por ser un sustituto más cómodo para lidiar con la ansiedad que genera la amenaza de aniquilación del yo. Debido al papel protagónico del órgano dentario en la interiorización del mundo interno y externo y al amplio espacio en su representación psíquica, el yo responde masivamente a esta amenaza que confronta la vida somática y psíquica en resguardo de la integridad de la persona concebida como una unitas multiplex. Esta respuesta se manifiesta en forma de signos y síntomas neurovegetativos, mecanismos de

defensa y regresiones a etapas del desarrollo psicosexual, específicamente a las fases pregenitales.

En consecuencia, las respuestas desadaptativas observadas en la atención odontológica no corresponden propiamente al miedo y ansiedad que se generan debido a la atención odontológica ni al profesional de la odontología, sino a la representación simbólica debidamente asentada en las representaciones psíquicas que la persona tiene instaladas desde el proceso semiótico, incluso desde la posición esquizo-paranoide y depresiva explicadas por Melanie Klein.

Ahora bien, no se debe desestimar la participación del odontólogo durante la atención odontológica y el tratamiento dental propiamente dicho. El profesional en la situación odontológica ejerce el rol de poder el cual puede ser ejercido y percibido por el paciente como un control omnipresente y omnipotente contra el cual no tiene posibilidades de defensa. Además de esto si el dentista ignora su capacidad de influencia personal y profesional y es más, su responsabilidad ética, es capaz de consolidar los problemas psicológicos que el paciente ya lleva instalados a la clínica, que vienen a ser los mismos que el paciente ha tenido durante su vida, con el agravante que debido a lo invasivo que puede ser el tratamiento odontológico si no se cuidan los aspectos emocionales involucrados en los procedimientos, se está en capacidad de instalar nuevos traumas en el orden de estrés postraumático, en la dinámica de víctima-victimario y la exacerbación de trastornos de ansiedad y de personalidad. Toda esta dinámica en concordancia con la conflictividad del paciente y trauma psicológico instalado por la suma de todos los traumas recibidos por el paciente desde el trauma del nacimiento incluido el instalado por el profesional, diferencia de grado, pero no en su estructura y dinámica, esta permanece congelada en el paciente y es reactivada mientras se perciba la necesidad de atención odontológica. Esto explica la reticencia y rechazo al tratamiento dental, la negligencia del paciente y la espera "del último momento" para ir al dentista. La experiencia más traumática que el paciente ha tenido se mantiene incorporada en la psiquis como un sistema egodistónico en forma de una herida traumática. La neurosis así constituida es ampliamente expresada en el lenguaje verbal y no verbal por parte de todos los

actores de la situación odontológica. Específicamente el paciente dental. El YO del profesional fuera de cualquier connotación salud-enfermedad es prestado al YO del paciente en la relación odontólogo paciente. El paciente hace una transferencia y el profesional puede o no hacer contratransferencias lo que puede aumentar el nivel del miedo y ansiedad experimentados en la atención odontológica.

Se evidencian los estados carenciales en la situación odontológica no solo el paciente con su trasfondo personal sino también el profesional en relación con los mismos factores que afectan al paciente. El paciente transfiriendo inconscientemente todo el material psíquico y el profesional haciendo contratransferencia con él. Con lo cual se establece un bloqueo y el cierre en la comunicación. Uno en la posición de víctima y el otro desde su relación de poder que le faculta la posibilidad de ejercer abusos en relación con la atención odontológica. En este contexto es imprescindible el goce de salud mental en ambos para que la relación odontólogo paciente sea positiva.

Más allá de los límites de la educación preescolar y escolar el comportamiento expresado durante la experiencia odontológica está contextualizado con la suma de experiencias traumáticas durante el crecimiento y desarrollo y por la configuración del núcleo de la personalidad en la primera infancia.

La psiquis no discrimina la causa para responder a las amenazas percibidas sino responde con miedo y ansiedad en proporción directa al estímulo detonante y disparador; y en algunos casos magnificada por los fantasmas interiorizados en edades tempranas. Esto genera caos en el yo que al quedar desprotegido queda a merced del ello y del superyo deja en libertad la energía libidinal que no ha sido tramitada la cual irrumpe en el tratamiento odontológico. Los mecanismos de defensa desadaptativos se hacen del control del comportamiento junto con las demandas del superyo.

El control de impulsos tiene su origen en el papel represor del superyo el cual se configura con el precipitado de las relaciones objetales durante el complejo de edipo. Esto explica las regresiones a las etapas pregenitales que se manifiestan

durante todo el tratamiento, incluso en la historia de vida de los pacientes los cuales tienen interiorizado el miedo y la ansiedad y han interiorizado e incorporado diversas psicopatologías incluyendo el trauma psicológico.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Los estados de miedo y ansiedad expresados en la atención odontológica estuvieron presentes en todos los pacientes estudiados. Estas condiciones se presentaron en forma de estados neuróticos e histéricos de diversa gravedad, debidos a las experiencias de vida previas en relación directa con la fortaleza y desarrollo del yo.
- Dada la proximidad anatómica entre la cavidad oral primitiva y el encéfalo en su origen en el desarrollo embrionario y a sus funciones puntuales de mantener la vida física y en el plano simbólico, de mantener la vida psíquica en el acto de morder, cortar y fragmentar el mundo externo y el mundo interno, el órgano dentario se constituye como el instrumento y medio que los integra a ambos.
- El miedo y ansiedad en el tratamiento dental irrumpen sistemáticamente por las mutilaciones que se perciben en el esquema mental y que se asimilan como castraciones en forma de regresiones a la etapa oral y anal, en forma de síntomas autonómicos de ansiedad, de agorafobia, de estrés postraumático y fobia específica al dentista, rasgos del carácter oral y anal, y mecanismos de defensa, debidos a las frustraciones percibidas a lo largo de la vida y estructurados y configurados en la formación del núcleo de la personalidad y en las fijaciones y regresiones a los estadios pregenitales.
- Los síntomas observados en el tratamiento dental corresponden a un arousal es decir a molestias somáticas, palpitaciones, sudoración, enrojecimiento de la cara, lipotimia, respiración suspirosa, náuseas, temblores, disfunciones neurovegetativas e inhibiciones, por medio de las cuales se apercibe el malestar originado en los conflictos internos del yo que este no ha podido tramitar.
- No es en sí mismo el tratamiento dental el que causa miedo y ansiedad, sino las neurosis y todas las heridas y huellas traumáticas que el paciente lleva interiorizadas a partir del nacimiento, las cuales irrumpen por la amenaza a la integridad psíquica y somática del tratamiento dental, que confronta a la

persona con sus miedos y ansiedades y, al recuerdo de las experiencias traumáticas en general, ya que la psiquis no discrimina el origen o naturaleza de dichos eventos.

- Durante el transcurso del tratamiento dental el odontólogo se constituye como el superyo del paciente con el cual este interactúa. Esto se debe a la aflicción inconsciente, interna y amenazante originada por la figura paterna, al incorporarse el yo del padre en la infancia y al ser introyectado como “malo” y perjudicial debido a las exigencias percibidas como severas, que al hacerse presentes en la situación odontológica actúan como un objeto persecutorio y castrante que se refleja simbólicamente en el superyo del cirujano dentista y en las alteraciones en el control de impulsos, síntomas de miedo y ansiedad, mecanismos de defensa y regresiones a etapas pregenitales que en suma promueven el caos observado.
- En concordancia con las proyecciones que el paciente haga del superyo interiorizado en el odontólogo, así será el grado de miedo y ansiedad que el paciente exprese en la relación odontólogo-paciente y durante el tratamiento dental.
- En la clínica dental el paciente se confronta con sus propios miedos y ansiedades, los cuales son expresados por medio de las psicopatologías instaladas previo a su exposición al tratamiento dental, al cirujano dentista y al ambiente de la clínica dental.
- El paciente en la relación odontólogo-paciente transfiere inconscientemente su material psíquico reprimido cuyo sustrato son los miedos y ansiedades interiorizados, a los cuales el cirujano dentista responde mediante contratransferencias que tienden a perjudicar dicha relación, si el profesional tiene diversos grados de conflictividad personal.
- En relación directa con la deprivación afectiva, la dinámica aviolentadora; la dependencia a sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y otras condiciones que perturben la confianza y seguridad emocional del paciente, así se configura la dinámica de la situación odontológica como un espejamiento del sí mismo del paciente.

- La fobia al dentista tiene su asiento en los recuerdos y heridas traumáticas y su posterior desplazamiento a un sustituto simbólico más tolerable, en este caso "al pinchazo" causado por la aguja para colocar la anestesia dental, al olor, al ruido generado por el equipo odontológico, al instrumental utilizado y a la persona misma del cirujano dentista.
- El rechazo y evitación del tratamiento dental corresponden directamente a las situaciones personales de la historia de vida que rebasaron y rebasan la capacidad adaptativa del paciente en determinada etapa del desarrollo.
- El grado de desarrollo de la resiliencia le permite al paciente afrontar de forma exitosa la atención odontológica por medio de la habilidad para el manejo de las emociones y el control de impulsos y le permite también permanecer equilibrado en situaciones que sean capaces de generar crisis.
- Lo que hay atrás del miedo y ansiedad que se experimentan en el tratamiento odontológico son las pulsiones libidinales y agresivas, la gratificación-satisfacción de las necesidades en relación con el objeto primario, la configuración del núcleo de la personalidad, las características del desarrollo psicosexual, los estados neuróticos e histéricos, los traumas psicológicos instalados, la disfuncionalidad familiar y las características ambientales, sociales, económicas y culturales de la persona.

4.2 Recomendaciones

- Conocer en su origen el miedo, la ansiedad, la angustia y el estrés que la persona experimenta en la atención odontológica en las diferentes etapas de la vida, en relación con los aspectos psicodinámicos, la teoría de las posiciones y la teoría del desarrollo de la personalidad de Erik Erikson, y otras teorías que se consideren pertinentes.
- Ampliar la base de conocimientos académicos con respecto al comportamiento humano y al sufrimiento psíquico, que permita conocer, analizar, interpretar y contextualizar al paciente dental con respecto al servicio y tratamiento odontológico.
- Promover el autoconocimiento personal y desarrollo profesional en relación con los valores trascendentales y la ética profesional que permitan la visualización de sí mismo como un ser humano, como cualquier otro, capaz de sentir y experimentar situaciones que amenazan la integridad física, la seguridad y confianza emocional y personal.
- Escuchar activamente al paciente más allá de lo delimitado a la relación odontólogo-paciente, como medio de catarsis del miedo y ansiedad interiorizados de la experiencia de vida y desplazados simbólicamente al profesional de la odontología y al contexto de la clínica dental.

A la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- Sistematizar la experiencia del paciente odontológico bajo criterios estomatológicos y psicológicos integrativos que permitan visualizar a la persona como un ser sensible, indivisible e irreductible que experimenta emociones, aflicciones, dolor físico y psíquico y que busca alivio a sus padecimientos dentales.
- Incluir en el pensum de estudios la formación psicológica integrada en los cursos que se imparten para facultar y dotar a los odontólogos en formación con herramientas necesarias y útiles que promuevan el mejor servicio y tratamiento dental a la altura de los requerimientos esperados del ejercicio profesional.

- Preparar docentes profesional y técnicamente habilitados para identificar y conocer las necesidades psicológicas de los estudiantes y de los pacientes, sin perder de vista que ambos son personas únicas e irrepetibles en el sentido de que, en la medida de las posibilidades, sean vistos como seres diferenciados del contexto, aunque se compartan determinadas características.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- Fomentar, estimular y crear los medios para que se conozca y se difunda a las ciencias psicológicas como fundamento de la naturaleza humana, vinculada íntimamente con las ciencias médicas como una sola unidad indivisible en los padecimientos que afectan a la persona en los aspectos físicos, emocionales, conductuales y sociales y su simbología en la atención médica (y ciencias afines) y psicológica y su interrelación.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

- Permitir el cierre de la brecha entre las diferentes áreas del conocimiento afines mediante la facilitación de recursos humanos, docentes, técnicos, administrativos y materiales que permitan visualizar al ser humano como un todo por medio del trabajo multi, inter y transdisciplinario para atender a la población guatemalteca desde sus propias características y necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

Absceso periapical. (s.f.). Recuperado el 3 de octubre de 2012, de COM21X: https://www.com21x.com/medicina-familiar/absceso-periapical-enciclopedia-basica-de-medicina-familiar_771142522_p.html

ADA Principles of Ethics and Code of Professional Conduct. (1996). Recuperado el 5 de septiembre de 2013, de ADA: http://www.ada.com

Adelson, H. K. (1959). Child patient training. *Fortnightly Review of the Chicago Dental Society, 38*(7-9), 27-29.

Aguilera, F., Osorio, R., & Toledano, M. (2002). Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. *Revista Andaluza de Odontología y Estomatología*.

Álvarez, R. J. (2002). *Manual Práctico de PNL.* España: Desclée De Brouwer.

Alzueta, M. (24 de agosto de 2013). *Trastornos de la personalidad*. Recuperado el 8 de noviembre de 2013, de Instituto Ananda: http://institutoananda.es/rasgos/

Ansiedad de castración. (2013). Recuperado el 8 de noviembre de 2013, de Diccionario médico: http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/26612/ansiedad

Aravena Torres, P. (2012). ¿Diente o pieza dentaria? *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, 5*(1), 46. Recuperado el 15 de octubure de 2013, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072012000100008&lng=es&nrm=iso

Arfouilloux, J. C. (1983). *Niños tristes, la depresión infantil.* París: Editions Privat.

Ash, M. J., & Nelson, S. J. (2003). *Wheeler's Dental Anatomy, Physiology and Occlusion* (Octava ed.). Filadelfia: Elsevier Health Sciences.

Astrom, A. N., Skaret, E., & Haugejorden, O. (22 de marzo de 2011). Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health, 11*(10).

Barbería Leache, E. (1995). *Odontopediatría.* Madrid: Masson.

Barbería Leache, E. (1997). *Lesiones traumáticas en odontopediatría: dientes temporales y permanentes jóvenes.* Barselona: Masson.

Barreto, J. F. (1999). Sistema Estomatognático y Esquema Corporal. *Colombia Médica, 30*(4). Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/283/28330405.pdf

Bernardi, R. (1995). Sobre el determinismo psíquico. *Revista uruguaya de psicoanálisis*(81). Recuperado el 15 de octubre de 2014, de http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719958105.pdf

Beszkin, M., Losoviz, E., & Zielinsky, L. (2005). El Sistema Estomatognático: Un Sistema Complejo. *RAAO, XLIV*(1). Obtenido de https://docplayer.es/storage/76/73520582/1531869268/gw3Fwg_AUdhCGJTkOAcfOQ/73520582.pdf

Bowlby, J. (1995). *Una Base Segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego.* (E. Mateo, Trad.) España: Ediciones Paidós.

Brauer, J. C. (1939). *Dentistry for Childred.* Blakiston.

Burnett, G. W., Scherp, H. W., & Schuster, G. S. (1986). *Microbiología y enfermedades infecciosas de la boca.* (E. Sánchez Lozano, Trad.) México: Limusa.

Cala, P. (2 de enero de 2000). *Neurosis*. Recuperado el 25 de octubre de 2011, de Monografías.com: https://www.monografias.com/trabajos/neurosis2/neurosis2.shtml

Carpio Galindo, C. H. (2002). *Grado de ansiedad en pacientes niños atendidos por odontólogos practicantes en las clínicas de la disciplina de Odontología del Niño y el Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala (Tesis de pregrado).* Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

Cavalleri, N. (12 de abril de 2010). *Objecion al chupeteo como rememoracion de mamar el pecho materno*. Recuperado el 27 de junio de 2018, de Psicoblogía: http://psicobloga.blogspot.com/2010/04/objecion-al-chupeteo-como-rememoracion.html

Cinat, E. (5 de noviembre de 2013). *Etapas del desarrollo psicosexual de freud*. Recuperado el 27 de junio de 2018, de SlideShare:

https://es.slideshare.net/erickcinat/etapas-del-desarrollo-psicosexual-de-freud

Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica.* Barcelona: Herder.

Cohen, S., Fiske, J., & Newton, J. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *British Dental Journal*, 385-390.

Colaboradores de Wikipedia. (16 de julio de 2003). *Bruxismo*. Recuperado el 3 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Bruxismo&oldid=107801951

Colaboradores de Wikipedia. (18 de julio de 2003). *Comunicación*. Recuperado el 3 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Comunicaci%C3%B3n&oldid=109354824

Colaboradores de Wikipedia. (14 de diciembre de 2003). *Violencia*. Recuperado el 18 de marzo de 2014, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Violencia&oldid=109196591

colaboradores de Wikipedia. (5 de octubre de 2004). *Ansiedad*. Recuperado el 3 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ansiedad&oldid=109460804

Colaboradores de Wikipedia. (17 de marzo de 2004). *Arousal*. Recuperado el 14 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Arousal&oldid=842487568

Colaboradores de Wikipedia. (21 de septiembre de 2004). *Deontología (profesional)*. Recuperado el 5 de septiembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Deontolog%C3%ADa_(profesional)&oldid=109363337

Colaboradores de Wikipedia. (28 de abril de 2004). *Dolor*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Dolor&oldid=108763303

Colaboradores de Wikipedia. (12 de abril de 2004). *Estrés*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estr%C3%A9s&oldid=109453341

Colaboradores de Wikipedia. (21 de julio de 2004). *Histeria*. Recuperado el 18 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Histeria&oldid=107217312

Colaboradores de Wikipedia. (4 de octubre de 2004). *Miedo*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Miedo&oldid=109192746

Colaboradores de Wikipedia. (29 de diciembre de 2004). *Psique*. Recuperado el 30 de agosto de 2015, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psique&oldid=108196931

Colaboradores de Wikipedia. (16 de marzo de 2004). *Variable estadística*. Recuperado el 18 de marzo de 2014, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Variable_estad%C3%ADstica&oldid=109458365

Colaboradores de Wikipedia. (17 de abril de 2004). *Violencia doméstica*. Recuperado el 18 de marzo de 2014, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Violencia_dom%C3%A9stica&oldid=109116607

Colaboradores de Wikipedia. (25 de agosto de 2005). *Angustia*. Recuperado el 3 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Angustia&oldid=108454723

Colaboradores de Wikipedia. (24 de abril de 2005). *Cinestesia*. Recuperado el 3 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Cinestesia&oldid=109248672

Colaboradores de Wikipedia. (13 de septiembre de 2005). *Empatía*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Empat%C3%ADa&oldid=109275939

Colaboradores de Wikipedia. (13 de diciembre de 2005). *Indicador*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Indicador&oldid=104216429

Colaboradores de Wikipedia. (2 de abril de 2005). *Odontopediatría*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Odontopediatr%C3%ADa&oldid=98776661

Colaboradores de Wikipedia. (7 de diciembre de 2006). *Arco branquial*. Recuperado el 3 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Arco_branquial&oldid=102987352

Colaboradores de Wikipedia. (20 de octubre de 2006). *Arco reflejo*. Recuperado el 2 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Arco_reflejo&oldid=109084192

Colaboradores de Wikipedia. (23 de agosto de 2006). *Bioética*. Recuperado el 3 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Bio%C3%A9tica&oldid=108941548

Colaboradores de Wikipedia. (25 de octubre de 2006). *Desarrollo Dentario*. Recuperado el 30 de marzo de 2013, de Wikipedia, La Enciclopedia Libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Desarrollo_dentario&oldid=106243502

Colaboradores de Wikipedia. (11 de noviembre de 2006). *Esmalte dental*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Esmalte_dental&oldid=105165804

Colaboradores de Wikipedia. (26 de mayo de 2006). *Estomodeo*. Recuperado el 23 de junio de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estomodeo&oldid=96733741

Colaboradores de Wikipedia. (4 de febrero de 2006). *Frustración*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Frustraci%C3%B3n&oldid=105066271

Colaboradores de Wikipedia. (31 de diciembre de 2006). *Periodonto*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Periodonto&oldid=105833231

Colaboradores de Wikipedia. (11 de junio de 2006). *Pulpa dentaria*. Recuperado el 15 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pulpa_dentaria&oldid=103803950

Colaboradores de Wikipedia. (1 de diciembre de 2006). *Trauma psíquico*. Recuperado el 2 de julio de 2014, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Trauma_ps%C3%ADquico&oldid=107608822

Colaboradores de Wikipedia. (5 de octubre de 2007). *Apego*. Recuperado el 3 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Apego&oldid=107801331

Colaboradores de Wikipedia. (22 de septiembre de 2007). *Disociación (psicología)*. Recuperado el 17 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Disociaci%C3%B3n_(psicolog%C3%ADa)&oldid=109366594

Colaboradores de Wikipedia. (25 de octubre de 2007). *Introyección*. Recuperado el 17 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre.

Colaboradores de Wikipedia. (19 de marzo de 2007). *Investigación cualitativa*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Investigaci%C3%B3n_cualitativa&oldid=108723522

Colaboradores de Wikipedia. (4 de marzo de 2007). *Ligamento periodontal*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ligamento_periodontal&oldid=89989061

Colaboradores de Wikipedia. (19 de mayo de 2007). *Mecanismo de defensa*. Obtenido de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Mecanismo_de_defensa&oldid=107084781

Colaboradores de Wikipedia. (14 de junio de 2007). *Psicoética*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Psico%C3%A9tica&oldid=104940984

Colaboradores de Wikipedia. (20 de septiembre de 2007). *Regresión (psicoanálisis)*. Recuperado el 15 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Regresi%C3%B3n_(psicoan%C3%A1lisis)&oldid=101399316

Colaboradores de Wikipedia. (23 de may de 2007). *Resistencia (psicología)*. Recuperado el 15 de octubre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Resistencia_(psicolog%C3%ADa)&oldid=106116693

Colaboradores de Wikipedia. (11 de marzo de 2008). *Declaración de Helsinki*. Recuperado el 6 de septiembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Declaraci%C3%B3n_de_Helsinki&oldid=107599445

Colaboradores de Wikipedia. (23 de junio de 2008). *Fijación*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Fijaci%C3%B3n&oldid=103024794

Colaboradores de Wikipedia. (17 de abril de 2008). *Vínculo afectivo*. Recuperado el 19 de marzo de 2014, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=V%C3%ADnculo_afectivo&oldid=109402854

Colaboradores de Wikipedia. (6 de enero de 2010). *Desarrollo psicosexual*. Recuperado el 11 de diciembre de 2017, de Wikipedia, La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Desarrollo_psicosexual&oldid=107997034

Córdoba Sanz, R. (12 de febrero de 2012). *Trauma Complejo o Acumulativo*. Recuperado el 18 de marzo de 2014, de Psicología y Psicoterapia: http://www.psicoletra.com/2012/02/trauma-complejo-o-acumulativo.html

Correa Sierra, L., Montoya López, C., & Muñoz Arias, D. (2010). La represión. *Revista Psyconex, 2*(3).

Crianza y Salud. (24 de julio de 2013). *Recién nacidos*. Recuperado el 3 de octubre de 2013, de Crianza y Salud: https://crianzaysalud.com.co/recien-nacidos/

De Beauvoir, S. (1995). *El segundo sexo.* Madrid: Siglo veinte.

Definición de Propioceptor. (s.f.). Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Enciclopedia Salud: https://www.enciclopediasalud.com/definiciones/propioceptor?anterior=cinestesia

Dentición. (10 de octubre de 2006). Recuperado el 30 de marzo de 2013, de Buenas Tareas: https://www.buenastareas.com/ensayos/Denticion/62092369.html

Desarrollo dentario. (26 de octubre de 2006). Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Colaboradores de Wikipedia: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Desarrollo_dentario&oldid=106243502

Di Battista, R. (11 de diciembre de 2003). *Pánico*. Recuperado el 17 de noviembre de 2013, de Psicología: http://psicologia.5u.com/panico.htm

DiCaprio, N. (1989). *Teorías de la personalidad.* (J. A. Veláquez Arellano, & A. M. Palencia Guerrero, Trads.) México: McGraw Hill.

Diferencias entre profilaxis y destartraje dental. (19 de octubre de 2011). Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Multisonrisas Dental: http://multisonrisas.blogspot.com/2011/10/diferencias-entre-profilaxis-y.html

Echegoyen Olleta, J. (10 de febrero de 2007). *Fases en la evolución de la personalidad*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de Torre de Babel Ediciones: https://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Fases-Evolucion-Personalidad.htm

Eitner, S., Wichmann, M., Paulsen, A., & Holst, S. (2006). Dental anxiety – an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *Journal of Oral Rehabilitation, 33*(8).

Eli, I., Nir, U., Blumensohn, R., & Baht, R. (2004). Modulation of dental anxiety — The role of past experiences, psychopathologic traits and individual attachment patterns. *British dental journal, 196*(11), 689-694.

Escición. (5 de diciembre de 2008). Recuperado el 17 de noviembre de 2013, de Diccionario de psicología social: http://psicopsi.com/Diccionario-de-psicologia-social-letra-E-Escision-terminos-de-psicologia-social

Evans Bolaños, J. A. (2008). *Psicodinámica de los mecanismos de defensa en los adolescentes frente a su internamiento en el Centro Juvenil de Detención Provisional CEJUDEP (Tesis de pregrado).* Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

Facultad de Odontología. (3 de febrero de 2011). *Conceptos de oclusión*. (Universidad de San Carlos de Guatemala) Recuperado el 3 de octubre de 2013, de Cuarto año 2012: https://odonto42012.files.wordpress.com/2011/01/conceptos_de_oclusion.pdf

Fagiani Aguilar, M. R. (1995). *Reducción del grado de ansiedad en tratamientos odontológicos mediante el empleo de óxido nitroso (Tesis de pregrado).* Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.

Fangel Poulsen, E. (17 de junio de 2013). *Suicidio*. Recuperado el 4 de septiembre de 2013, de NetDoctor.es: http://www.netdoctor.es/articulo/suicidio

Fenichel, O. (1984). *Teoria psicoanalitica de las neurosis.* México: Paidós Mexicana.

Ferrández Payo, M. (2009). La agresividad en la melancolía. Freud en "diálogo" con Abraham. *Aperturas Psicoanalíticas*(31). Recuperado el 23 de octubre de 2013, de Aperturas Psicoanalíticas: http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000586&a=La-agresividad-en-la-melancolia-Freud-en-dialogo-con-Abraham

ferrer, J. (julio de 2010). *Operacionalización de variable*. Recuperado el 3 de octubre de 2013, de Conceptos básicos de metodología de la investigación: http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variable_03.html

Florián de León, C. A., & Díaz Domínguez, J. D. (2011). *Maltrato familiar en mujeres de 30 a 45 años por apego inadecuado atendidas en Fundación Red Sobrevivientes de Violencia (Tesis de pregrado).* Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

Freud, A. (1980). *El yo y los mecanismos de defensa.* España: Paidós.

Frost, P. (1995). Soft science and hard news. *21stC*. Recuperado el 10 de agosto de 2009, de http://www.columbia.edu/cu/21stC/issue-1.1/soft.htm

Garcia Ballesta, C., Perez lajarin, L., & Castejon Navas, I. (2003). Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: Una revisión. *RCOE, 8*(2). Obtenido de RCOE: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2003000200002&lng=es&nrm=iso

García, M., & Suazo, N. (1998). *Manual de patrones de crianza.* Guatemala: Childhope.

Genco, R. J., Goldman, H. M., & Cohen, D. W. (1993). *Periodoncia.* (C. P. Cervera Pineda, & R. Senties Castelló, Trads.) México: Interamericana.

Goldenberg, P. (2012). *Formación y Erupción*. Recuperado el 30 de marzo de 2013, de Clínica Goldenberg: https://www.clinicagoldenberg.com/formacion.html

Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., Gleser, G. C., Leonard, A. C., Korol, M., & Winget, C. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade: Stability of stress symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry, 60*(1), 43-54.

Harrison, T. R. (1971). *Medicina Interna de Harrison.*

Herman, J. (1997). *Trauma y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia.* España: Espasa.

Hernández Catalán, T. A. (1996). *Compendio de técnicas proyectivas menores, tests gráficos para psicodiagnóstico.* Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

Histologia Bucodentaria: Embriología Dentaria. (2014). Caracas: Universidad Central de Venezuela. Obtenido de http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Histologia/9-_practica_de_embriologia_dentaria.pdf

Hmud, R., & Walsh, L. J. (2007). Dental anxiety: causes, complications and management approaches. *International Dentistry SA, 9*(5).

Holmes, J. (2001). *El narcisismo.* (L. Wolfson, Trad.) Argentina: Longseller.

Indicadores epidemiologicos para la caries dental. (29 de agosto de 2013). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado el 2013 de octubre de 3, de Ministerio de Salud de la Nación: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf

InfoTur. (2014). *Protocolo de atención al cliente.* Adeje: Ayuntamiento de Adeje. Recuperado el 20 de enero de 2014, de https://es.scribd.com/doc/57438909/PROTOCOLO-DE-ATENCION-AL-CLIENTE

Instituto de Bioética. (2002). Qué es Bioética. *Revista Selecciones de Bioética*(15). Recuperado el 15 de octubre de 2013, de https://www.notinet.com.co/pedidos/Bioetica2.pdf

Kaplan. (2005). *Sinopsis de Psiquiatria - Ciencia de La Conducta.* Madrid: Waverly Hispanica.

Kielbassal, A. M. (2002). Hipersensibilidad Dentinaria. *International Dental Journal, 52*, 27-32.

Kotler, P., & Armstrong, G. (1998). *Fundamentos de mercadotecnia.* (G. Meza Staines, Trad.) México: Prentice-Hall.

Kunzelmann, K. H., & Dünninger, P. (1990). Dental fear and pain: effect on patient's perception of the dentist. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 18*(5).

Laning Mejía, G. S. (2006). *Estado de ansiedad previo a la cita con el dentista (Tesis de pregrado).* Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.

Lara, A. (2011). *Sistemas de Psicoterapia.* Guatemala: Escuela de Ciencias Psicológicas. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Leiva Medina, J. R. (2013). *Influencia de la dinámica familiar en las alteraciones del aprendizaje / Jennifer Rubí Leiva Medina.* Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

Mancipas, A. (2006). *Elementos para una didáctica de la transdisciplinariedad y pensamiento complejo.* México.

Marks, I. f., & Nesse, R. M. (1994). Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethology and Sociobiology, 15*(5-6), 247-261. Obtenido de https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/31354/0000265.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Márquez Rodríguez, J. A., Navarro Liaranzu, M. C., Cruz Rodríguez, D., & Gil Flores, J. (2004). ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? *RCOE, 9*(2).

Márquez Suero de Brown, M. (1975). *Síndrome del niño maltratado o abusado.* Recuperado el 18 de marzo de 2014, de https://www.yumpu.com/es/document/view/14824155/sindrome-del-nino-maltratado-o-abusado-resumen

Marroquín Ziese, M. (2002). *Manual de Endodoncia.* Guatemala: Editorial Universitaria.

Martín Baró, I. (1989). *Sistema, grupo y poder, psicología social dese centroamérica.* San Salvador: UCA Editores.

McDonald, R. E., & Avery, D. R. (1996). *Odontología pediátrica y del adolescente.* Elsevier.

Méndez Alburez, L. P. (2004). *Medición del grado de ansiedad en odontólogos generales, respecto a la atención de pacientes niños en la práctica privada (Tesis de pregrado).* Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

Mendizabal, R. (2010). *Catálogo de Estudios 2008.* Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado el 31 de julio de 2018, de https://www.usac.edu.gt/catalogo/odontologia.pdf

Micale, L. (23 de noviembre de 2011). *¿Que es la profilaxis o limpieza dental?* Recuperado el 15 de octubre de 2013, de Micale Clinica Dental: http://www.drmicale.com/preguntas-frecuentes/9-higiene-bucal/60-ique-es-la-profilaxis-o-limpieza-dental.html

Milgrom, P., Fiset, L., Melnick, S., & Weinstein, P. (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *The Journal of the American Dental Association, 116*(6), 641-647.

Moore, R., Birn, H., Kirkegaard, E., Brodsgaard, I., & Scheutz, F. (1993). Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 21*(5).

Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2001). *Introducción a la Psicología.* México: Pearson Educación.

Navarro Hieden, C., & Ramírez Henderson, R. (1996). Un estudio epidemiológico acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta de la gran área metropolitana de Costa Rica. *Psicología Conductual, 4*(1), 79-95.

Navarro, A., Gil, F. J., & Bascones. (2000). Transmisión intrafamiliar del Actinobacillus actinomycetemcomitans. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral, 12*(1). Recuperado el 14 de enero de 2014, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852000000100006&lng=es&tlng=es

Newman, M. G., Takei, H. H., & Carranza, F. A. (2004). *Carranza Periodontología Clínica.* (M. B. González, & O. A. Giovanniello, Trads.) México: McGraw-Hill Interamericana.

Nunberg, H. (1982). *Principios del psicoanálisis: su aplicación a las neurosis.* Buenos Aires: Amorrortu.

Oliveira, M. M., & Colares, V. (abril de 2009). A relação entre ansiedade odontológica e a dor de dente em crianças com idade entre 18 e 59 meses: estudo em Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 25*(4), 743-750.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* (E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano, Edits.) Washington D. C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 7 de enero de 2014, de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf

Padilla Silva, R. A. (2002). *Análisis comparativo del grado de ansiedad del paciente infantil y de los factores comunes que modifican su comportamiento ante el tratamiento dental, al ser atendidos en las clínicas de odontología del niño y del adolescente de la Facultad de Odontología.* Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

Palencia, F. d. (2011). *Psicopatología General.* Guatemala: Escuela de Ciencias Psicológicas. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Papalia, D. E. (2009). *Psicología del Desarrollo.* México: McGraw-Hill.

Pauly Sasso, R. S. (1957). *Odontología infantil (Tesis de pregrado).* Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Pinkham, J. R. (2001). *Odontología Pediátrica.* México: McGraw-Hill Interamericana.

Porto, N. (23 de octubre de 2013). *Erupción del Diente*. Recuperado el 11 de junio de 2014, de Propdental: https://www.propdental.es/blog/odontologia/erupcion-del-diente/

Prahl Mendoza, B. M. (1993). *La Ansiedad hacia el tratamiento dental en el niño guatemalteco (Tesis de Pregrado).* Guatemala: Universidad Francisco Marroquín.

Psicología del envejecimiento. (1 de marzo de 2002). Recuperado el 18 de octubre de 2013, de Biblioteca digital: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/156/html/sec_8.html

Psicomed. (31 de marzo de 2007). *Trastornos de ansiedad*. Recuperado el 24 de noviembre de 2014, de DSM-IV-TR: http://psicomed.net/dsmiv/dsmiv7.html

Pulido Escobar, J. (12 de abril de 2010). *La familia y los patrones de crianza*. Recuperado el 15 de octubre de 2013, de Apuntes sobre Psicología: http://ignacio-juanignacio.blogspot.com/2010/04/la-familia-y-los-patrones-de-crianza.html

Rodríguez Goméz, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa.* Málaga: Aljibe. Recuperado el 25 de junio de 2018, de https://www.researchgate.net/publication/44376485_Metodologia_de_la_investigacion_cualitativa_Gregorio_Rodriguez_Gomez_Javier_Gil_Flores_Eduardo_Garcia_Jimenez

Rosales, B. J. (31 de marzo de 2013). *Diferencias Anatomicass Entre Denticion Temporal y Permanente*. Recuperado el 12 de diciembre de 2014, de Scribd: https://es.scribd.com/doc/133272472/Diferencias-Anatomicass-Entre-Denticion-Temporal-y-Permanente

Rossell Perry, P. (2009). *Tratamiento de la Fisura Labio Palatina.* Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Roudinesco, É., & Plon, M. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis.* (J. Piatigorsky, & G. Villalba, Trads.) Buenos Aires: Paidós.

Rowe, M., & Moore, T. (1998). Self-report measures of dental fear: Gender differences. *American Journal of Health Behavior, 22*(4), 243-247.

Ruiz Martínez, C. V. (2002). *Manual de intervención en crisis para la clínica dental pediátrica (Tesis de pregrado).* Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

Salud Bucodental. (Abril de 2012). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/

Salvador, I. R. (18 de octubre de 2017). *Los 8 tipos de conflictos familiares y cómo gestionarlos*. Recuperado el 27 de junio de 2018, de Psicología y Mente: https://psicologiaymente.net/social/tipos-de-conflictos-familiares

Sánchez Rodas, E., Villagrán Colón, E., & Vanegas, L. (2002). *Estudio Epidemiologico de Caries Dental y Fluorosis.* Guatemala: Comisión Nacional de Salud Bucal.

Sandrea Govea, M. A. (2009). *Psicoanálisis en pacientes con trastornos depresivo (Tesis de pregrado).* Maracaibo: Universidad Rafael Urdaneta.

Schultz, D. P., & Shultz, S. E. (2009). *Teorias de la personalidad.* México: Cengage Learning Latin America.

Secretaria de Salud. (2006). *Informe Nacional Sobre Violencia y Salud.* (R. Lozano Asencio, A. Del Río Zolezzi, E. Azaola Garrido, R. Castro Pérez, F. Pamplona Rangel, M. Atrián Salazar, & M. Hijar Medina, Edits.) México: Unicef. Obtenido de https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III(1).pdf

Silverstone, L., Johnson, N. W., & Hardie, J. M. (1985). *Caries dental etiología, patología y prevención.* (M. d. Carsolio Pacheco, Trad.) México: El Manual Moderno.

Singer, E. (1969). *Conceptos fundamentales de la psicoterapia.* México: Fondo de Cultura Económica.

Stanton, W. J., Etzel, M. J., & Walker, B. J. (2000). *Fundamentos de marketing.* México: McGraw Hill.

Stewart, R. E. (1982). *Pediatric dentistry : scientific foundations and clinical practice.* St. Louis: Mosby.

Ten Cate, A. R. (1998). *Oral Histology: Development, Structure and Function.* St. Louis: Mosby.

Teoría de Erikson, desarrollo humano. (14 de marzo de 2007). Recuperado el 17 de septiembre de 2013, de Scribd: https://es.scribd.com/doc/55538809/Erikson-Desarrollo-Humano

Tipos de maltrato intrafamiliar. (28 de junio de 2012). Recuperado el 7 de enero de 2014, de Fundación Filia de Amparo al Menor: fundacionfilia.org/index.php/es/tipos-de-maltrato-intrafamiliar

Tomas, U. (31 de marzo de 2011). *El Concepto de Transferencia- Freud-Sullivan-Carl Rogers*. Recuperado el 26 de agosto de 2015, de El Psicoasesor: http://elpsicoasesor.com/el-concepto-de-transferencia-freud-sullivan-carl-rogers/

Tribunal Internacional de Núremberg. (1947). *Código de Núremberg*. Recuperado el 6 de septiembre de 2013, de Bioética: http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf

Tufino Rivera, J. P. (2005). *Dolor en Odontología.* Perú: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrion. Recuperado el 25 de enero de 2014, de https://www.monografias.com/trabajos26/dolor-odontologia/dolor-odontologia.shtml

Universidad Nacional de Mar del Plata. (s.f.). *Capacidad adaptativa*. Recuperado el 2014 de junio de 2014, de Terminología sobre discapacidad: http://www.mdp.edu.ar/v1/index.php?key=1127

Variables e Indicadores. (17 de junio de 2013). Recuperado el 18 de marzo de 2014, de INCAP: http://www.incap.int/sisvan/index.php/es/acerca-de-san/condiciones-basicas-de-apoyo-para-sisvan/elementos-de-estructura/797-sin-categoria/497-indicadores

Vera Ramirez, A., & Covarrubias, M. G. (3 de febrero de 2008). *Conflicto Psicológico*. Recuperado el 18 de marzo de 2014, de Ludoterapia Autocreadora A. C: http://ludoterapiapsicologiaintegral.blogspot.com/2008/02/conflicto-psicolgico.html

Villalobos Guevara, A. (1999). Desarrollo psicosexual. *Adolescencia y Salud, 1*(1), 73-79. Recuperado el 27 de junio de 2018, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011

Villanueva Badenes, L., & Clemente Estevan, R. A. (2002). *El menor ante la violencia procesos de victimización.* Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.

Weiner, A. M. (5 de enero de 2015). *Sobre la psicopatología del carácter: las caracteropatías*. Recuperado el 19 de julio de 2018, de Centro Eleia: http://www.centroeleia.edu.mx/blog/sobre-la-psicopatologia-del-caracter-las-caracteropatias/

Wikcionario contributors. (10 de octubre de 2012). *Alvéolo dentario*. Recuperado el 8 de noviembre de 2013, de Wikcionario, El diccionario libre: https://es.wiktionary.org/w/index.php?title=alv%C3%A9olo_dentario&oldid=4283115

Wong Castañeda, C. A. (2000). *Enfermedades que afectan al odontólogo guatemalteco como consecuencia del ejercicio profesional (Tesis de pregrado).* Guatemala: Universidad Francisco Marroquín.

Wright, G. Z., Starkey, P. E., & Gardner, D. E. (1983). *Managing children's behavior in the dental office.* St. Louis: Mosby.

Zachrisson, E. (1991). Seminario de odontopediatría (6to año). Guatemala: Universidad Francisco Marroquín.

ANEXOS

Anexo 1

Glosario de términos

Abracción: La abfracción es la pérdida de tejidos dentarios duros producida por fuerzas de carga biomecánica, como las fuerzas por sobrecarga oclusal.

Absceso periapical: Es una acumulación de material purulento (tejido muerto, bacterias vivas y muertas, leucocitos, etc.), resultante de una infección que rodea a la raíz de un diente, habitualmente como consecuencia de la diseminación a partir de una caries dental. El absceso dental se produce en caso de caries dental o traumatismo del diente, ya que las aberturas en el esmalte permiten que las bacterias infecten la pulpa. La infección puede incluso propagarse hasta los huesos que sostienen al diente. La infección ocasiona fuertes dolores dentales, mal sabor de boca y halitosis. Es frecuente detectar ganglios inflamados en el cuello y, a veces, fiebre. La encía suele estar inflamada o enrojecida y puede drenar un líquido espeso y purulento. Para tratarlo se emplean antibióticos y enjuagues bucales con antisépticos. Es posible que sea necesario el drenaje quirúrgico del absceso o la extracción del diente afectado.

Alucinación: La alucinación corresponde a una percepción sin un estímulo o que no corresponde a él.

Alveolo dentario: Cavidad de las mandíbulas en donde se inserta la raíz de un diente.

Angustia: Es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión. Suele estar acompañado por intenso malestar psicológico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire.

Ansiedad dental: La ansiedad dental es un trazo de ansiedad que se relaciona a un tratamiento dental y puede medirse con la prueba de psicometría EAD, Escala de Ansiedad Dentaria, que es una versión del portugués de DAS - Dental Anxiety Scale.

Ansiedad: Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

Aparato estomatognático: "El estomodeo, en el embrión, es una invaginación del ectodermo situada en el intestino anterior que dará origen a la boca, constituyendo la cavidad bucal primitiva del embrión. Comprende la cavidad bucal como tal y la cavidad nasal, pues en ese período entre ambas no existe ninguna separación. Posteriormente estas cavidades quedan limitadas por el paladar. El estomodeo queda limitado cefálicamente por el proceso fronto nasal, en su porción caudal por el proceso mandibular y lateralmente por los procesos maxilares. Se encuentra separado de la faringe por una membrana compuesta de ectodermo y endodermo llamada membrana bucofaríngea la cual desaparece completamente alrededor del día 24 de vida intrauterina, pues carece de mesodermo" (Colaboradores de Wikipedia, 2006).

Apego: Una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección. No se trata de un sentimiento inmaterial, sino de conductas observables que comienzan de manera refleja.

Ápice: Punta o extremo de la raíz dentaria.

Arco branquial: Se conoce como arcos branquiales o arcos faríngeos a las estructuras, preponderantemente mesodérmicas, a modo de hendiduras, situadas a ambos lados de la faringe, que se originan durante el desarrollo embrionario de los animales del filo Cordados. Los órganos derivados del primer arco branquial son: Primer Arco (Mandibular); Nervio trigémino; Hueso mandibular (mandíbula); Músculos de la masticación; Tensor del tímpano; Tensor del velo del paladar; Martillo; Yunque; Ligamento anterior del martillo; Ligamento esfeno mandibular (Colaboradores de Wikipedia, 2006).

Arco reflejo: Es la vía nerviosa que controla el acto reflejo. El arco reflejo es el conjunto de estructuras y el acto reflejo es la acción que realizan esas estructuras. El arco reflejo es el trayecto que realizan uno o más impulsos nerviosos del cuerpo. Es una respuesta a un estímulo como los golpes o el dolor. Es una unidad funcional que se produce como respuesta a estímulos específicos recogidos por neuronas sensoriales. Siempre significa una respuesta involuntaria, y por lo tanto automática, no controlada por la conciencia.

Arousal: Se refiere a la excitación fisiológica y psicológica del estado de estar despierto que reactiva los estímulos. Se trata de la activación del sistema de activación reticular en el tronco cerebral, el sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino, lo que lleva a un aumento de la frecuencia cardíaca de la presión arterial y a una condición de estado de alerta sensorial, de la movilidad y a la disposición para responder. Existen muchos sistemas neuronales diferentes implicados en lo que se conoce colectivamente como el sistema de excitación. Hay cuatro grandes sistemas que se originan en la médula oblonga (médula espinal), con conexiones que se extienden en toda la corteza cerebral los cuales se basan en los neurotransmisores del cerebro, la acetilcolina, norepinefrina, dopamina y serotonina. Cuando estos sistemas están en la acción, las áreas neuronales que reciben se vuelven sensibles y receptivos a las señales entrantes (Colaboradores de Wikipedia, 2004).

Articulación temporomandibular (ATM): Es la articulación que existe entre el hueso temporal y la mandíbula. En realidad, son dos articulaciones, una a cada lado de la cabeza, que funcionan sincrónicamente. Es una de las únicas articulaciones móviles que hay en la cabeza, junto con la atlantooccipital y la articulación que se da entre el hioides y el temporal. Está compuesta por un conjunto de estructuras anatómicas que, con la ayuda de grupos musculares específicos, permite a la mandíbula ejecutar variados movimientos aplicados a la función masticatoria (apertura y cierre, protrusión, retrusión, lateralidad).

Atención odontológica: tratamiento odontológico, tratamiento dental son términos que se utilizarán indistintamente para referirse a la atención odontológica que incluye el servicio odontológico y el tratamiento odontológico propiamente

dicho. La atención odontológica como tal se define en el apartado correspondiente en el marco teórico.

Bioética: Es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana respecto a la vida, tanto de la vida humana como de la vida no humana (animal y vegetal), así como al ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la vida. No se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales. Se define como "el uso creativo del diálogo inter y transdisciplinar entre ciencias de la vida y valores humanos para formular, articular y, en la medida de lo posible, resolver algunos de los problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida, el medio ambiente y el planeta Tierra".

Bruxismo: Es el hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales sin propósitos funcionales.

Capacidad adaptativa: Forma en cómo afronta una persona efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumple las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural, y ubicación comunitaria particulares. La capacidad adaptativa puede estar influenciada por diferentes factores, entre ellos: características educacionales y de la personalidad; trastornos mentales y enfermedades que pueden coexistir con el retraso mental.

Comunicación: Es el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra. Los procesos de comunicación son interacciones mediadas por signos entre al menos dos agentes que comparten un mismo repertorio de signos y tienen unas reglas semióticas comunes.

Conceptualizar: Hacerse una persona una idea o concepto sobre una realidad. Los conceptos son construcciones o imágenes mentales, por medio de las cuales comprendemos las experiencias que emergen de la interacción con nuestro entorno. Estas construcciones surgen por medio de la integración en clases o

categorías, que agrupan nuestros nuevos conocimientos y nuestras nuevas experiencias con los conocimientos y experiencias almacenados en la memoria.

Conflicto psicológico: Dos o más fuerzas que se relacionan entre sí con la intención de destruirse recíprocamente. En lo psicológico se manifiesta un conflicto cada vez que un organismo produce, ante una situación dad, dos o más respuestas que coexisten sin sintetizarse y que, además se relacionan pretendiendo imponerse una a la otra.

Dentina: Es un tejido intermedio, más blando que el esmalte. Es el segundo tejido más duro del cuerpo, y conforma el mayor volumen del órgano dentario, en la porción coronaria se halla recubierta amanera de casquete por el esmalte, mientras que en la región radicular está tapizada por el cemento.

Detartraje dental: Consiste en liberarnos de la sensación de tener los dientes separados luego de que nos hayan quitado el sarro. Se limpia diente por diente con instrumentos muy finos, al principio sobre el nivel de la encía y se usa el ultrasonido para desprenderlo en zonas más difíciles.

Disociación: Desconexión. La disociación en psicología y psiquiatría se refiere a una sintomatología donde elementos inaceptables son eliminados de la autoimagen o negados de la conciencia, o sintomatología en la cual funciones corporales, ya sea completamente o bien por áreas de las mismas, dejan de operar o se ven seriamente impedidas, y donde no se presentan ni daño somático ni trastorno facticio. Esa "inaceptabilidad" mencionada se debe a que el constatar dichos elementos se ha vuelto aversivo para la persona, sea como estrategia de afrontamiento al estrés o ansiedad, o igualmente por contingencias ambientales actuales especialmente de tipo social/interpersonal. Para el psicoanálisis, la disociación es un mecanismo de defensa que consiste en escindir elementos disruptivos para el yo, del resto de la psique. Esto se traduce en que el sujeto convive con fuertes incongruencias, sin lograr conciencia de esto. Si bien puede aparecer en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, los mecanismos disociativos tienden a ser mecanismos de estructuras altas de personalidad, ya que las estructuras borderlines y más bajas recurren a mecanismos más bajos como la escisión, y el splitting en el caso de la psicosis. Freud considero la

disociación como un comportamiento de la psique aprendido durante la infancia, se creía antes que las personas que permanecían en un estado pre-edípico, presentaban trastornos disociativos debido a la disruptiva entre el resentimiento e impotencia de la imagen de autoridad y el sentimiento protector que estos mismos dan (Colaboradores de Wikipedia, 2007).

Dolor: El dolor es una experiencia sensorial y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso central. Es una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.

El yo ideal: Se refiere a la parte del superyó que consta de los estándares de cómo le gustaría ser a la persona.

Empatía: Es la capacidad cognitiva de percibir en un contexto común lo que otro individuo puede sentir. También es un sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra.

Escisión: Corte, separación. Proceso hipotético que acontece originariamente en la posición esquizo-paranoide, y en virtud del cual el yo y/o el objeto se separan o dividen en una parte buena y una parte mala, lo que le permite al sujeto emerger del caos y ordenar sus experiencias. Pichon Rivière retoma este concepto en el marco de la teoría kleiniana, aplicándolo a los fenómenos grupales y otorgándole un lugar en su teoría de la depresión básica. Sinónimos: disociación, splitting (Escición, 2008).

Esmalte dentario: Es una cubierta compuesta por hidroxiapatita, de gran pureza, que recubre la corona de los órganos dentarios, afectando a la función masticatoria. Está en contacto directa con el medio bucal en su superficie externa, y con la dentina subyacente en su superficie interna. En el cuello tiene contacto con el cemento que recubre la raíz, siendo extremadamente delgado a este nivel y aumentando su espesor hacia las cúspides, donde alcanza su espesor máximo de entre 2 y 2,5 mm en piezas anteriores y hasta 3 mm en piezas posteriores.

Estrés: Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

Fantasía: La fantasía es creada por el yo. Engloba a la introyección de los primeros objetos parciales, es decir el pecho bueno y el pecho malo. Es el representante psíquico de las pulsiones que forman los primeros procesos mentales junto a las emociones, ansiedades y temores, desamparos, procesos de defensa, que son internalizados contra la misma fantasía. Estas son internalizadas junto con los objetos y sus relaciones con ellos como identificaciones (querer ser el objeto) configurados en el yo y el superyó.

Fases pregenitales: Freud consideró que el individuo construye su vida psíquica normal tras la superación de varios momentos o fases; para la caracterización de estas fases, Freud utilizó como criterio las diferentes zonas erógenas hacia las que se dirige la libido. Las fases pregenitales son primordialmente autoeróticas y sólo después el individuo dirige la libido hacia otra persona del sexo opuesto. Las fases son oral, anal, fálica, de latencia y genital.

Fijación: Es un concepto utilizado en psicoanálisis para denominar la sujeción de la libido a determinadas personas, imagos o representaciones psíquicas de los objetos.

Frustración: Es una respuesta emocional común a la oposición relacionada con la ira y la decepción, que surge de la percepción de resistencia al cumplimiento de la voluntad individual. Cuanto mayor es la obstrucción y la voluntad, mayor también será probablemente la frustración. La causa de la frustración puede ser interna o externa.

Germen dentario: Es una agregación de células en diferenciación para constituir el futuro diente. Estas células derivan del ectodermo del primer arco branquial y del ectomesénquima de la cresta neural.

Histeria: La histeria (del francés hystérie, y éste del griego ὑστέρα, «útero») es una afección psicológica que pertenece al grupo de las neurosis. Se encuadra dentro de los trastornos de somatización y se manifiesta en el paciente en forma de una angustia al suponer que padece diversos problemas físicos o psíquicos. En tanto que la neurosis, no se acompaña nunca de una ruptura con la realidad (como en el delirio) ni de una desorganización de la personalidad (Colaboradores de Wikipedia, 2004).

Hombre tecnícola: Caracterizado por la solución de las necesidades básicas de acuerdo a la pirámide de las necesidades de Maslow, el uso de la tecnología sin criterio y discernimiento, y la huida pánica de la libertad.

Identificación proyectiva: Ante una situación amenazante el bebé interpreta una amenaza proyectada en la madre, aunque él mismo sea esa amenaza. Partes de uno mismo son depositadas en el otro con la finalidad de controlar y dominar al objeto al introducirle aspectos del self que desde el interior están destinados a dominarlo. La madre es mala, pretende dominarlo.

Incorporación total o parcial de la madre: La incorporación parcial del objeto se refiere a la interiorización de partes del objeto, en este caso el pecho nutricio o el pecho brujo como entidades aisladas y no integradas en la madre.

Indicador de la variable: Una variable es cada una de las características o cualidades que poseen los individuos de una población, puede ser cualitativa y cuantitativa.

Indicador: En epistemología, una proposición que relaciona un fenómeno observable con un hecho no observable y que sirve, por lo tanto, para "indicar" o sugerir la existencia de ciertas características de este último.

Índice C. P. O.: Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados. En la Facultad de Odontología de la USAC se han realizado muchos trabajos de tesis relacionados con prevalencia, incidencia de caries dental y necesidades de tratamiento en escolares del área urbana y rural. Se ha utilizado el C.P.O y sus variantes como el C.P.O. ponderado (número de caras dentales cariadas, perdidas y obturadas en combinación con profundidad de las lesiones).

Insight: Devenir consciente por descubrimiento de la propia persona.

Instinto: Desde la biología, se define como una pauta hereditaria de comportamiento. Concepciones sostenidas tanto desde la Biología como desde las ciencias sociales, han procurado demostrar que el ser humano carece de estas pautas complejas, aunque sí trae consigo otros tipos de mecanismos más simples como el reflejo.

Instrumentos de recolección de datos: Una investigación es científicamente válida al estar sustentada en información verificable, que responda lo que se pretende demostrar con la hipótesis formulada. Para ello, es imprescindible realizar un proceso de recolección de datos en forma planificada y teniendo claros objetivos sobre el nivel y profundidad de la información a recolectar. Para la recolección de datos primarios en una investigación científica se procede básicamente por observación, por encuestas o entrevistas a los sujetos de estudio y por experimentación.

Intercuspidización: Es una posición de acomodación de la mandíbula donde ocurre el contacto entre los dientes.

Introyección: Similar a la internalización del objeto. La introyección es un proceso psicológico por el que se hacen propios rasgos, conductas u otros fragmentos del mundo que nos rodea, especialmente de la personalidad de otros sujetos. La identificación, incorporación e internalización son términos relacionados. De acuerdo con Sigmund Freud, el yo y el superyó se construyen mediante la introyección de patrones de conducta externos en la persona del sujeto. La introyección es también el nombre de un mecanismo de defensa en el que las amenazas externas se internalizan, pudiendo neutralizarlas o aliviarlas; de manera similar, la introyección de un objeto o sujeto amado (por ejemplo, una persona de gran importancia) reduce la ansiedad que produce el alejamiento o las tensiones que causa la ambivalencia hacia el objeto. Se considera un mecanismo de defensa inmaduro (Colaboradores de Wikipedia, 2007).

Investido: Hecho de ligar una cierta energía psíquica a una representación mental. Los objetos investidos pasan a tener sentido para quien inviste, y le despiertan un interés y un deseo de acercarse al objeto. Una de las investiduras

más esenciales es la que pone en juego la madre al investir al bebé, pues lo capacita para que luego él mismo llegue a ser capaz de investir a su propia persona y a los objetos (Psicología del envejecimiento, 2002).

Investigación cualitativa: Es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales que se basa en cortes metodológicos basados en principios teóricos tales como la fenomenología, la hermenéutica, la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan sus correspondientes protagonistas.

Kinestesia o cinestesia: Es la rama de la ciencia que estudia el movimiento humano. Se puede percibir en el esquema corporal, el equilibrio, el espacio y el tiempo.

Ligamento periodontario: Es un componente del periodonto, y es el conjunto de fibras colágenas, elásticas y de Oxitalán, que mediante una especie de "estuche" vasculonervioso une los dientes al hueso alveolar de los maxilares.

Mecanismos de defensa: Son estrategias psicológicas inconscientes puestas en juego por diversas entidades para hacer frente a la realidad y mantener la autoimagen. Las personas sanas normalmente utilizan diferentes defensas a lo largo de la vida.

Miedo: Es una emoción caracterizada por una intensa sensación, habitualmente desagradable, provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado.

Movimiento protusivo: Movimiento hacia delante de la mandíbula.

Odontopediatría: Es la rama de la odontología encargada de tratar a los niños.

Operacionalización: Es un proceso que se inicia con la definición de las variables en función de factores estrictamente medibles a los que se les llama indicadores. El proceso obliga a realizar una definición conceptual de las variables para romper el concepto difuso que ella engloba y así darle sentido concreto dentro de la investigación, luego en función de ello se procese a realizar la definición operacional de la misma para identificar los indicadores que permitirán realizar su

medición de forma empírica y cuantitativa, al igual que cualitativamente llegado el caso.

Patrones de crianza: Los padres y madres emplean un determinado método de crianza a partir de la situación, del niño, de su conducta en ese momento y de la cultura. Así en teoría, imponen límites razonables a la autonomía del menor y le inculcan valores y autocontrol, procurando no limitar su curiosidad, su iniciativa y su sentido de competencia.

Periodonto: Es la parte vital del diente. Se denomina periodonto a los tejidos que rodean y soportan los dientes.

Pieza dentaria: Sinónimo de diente.

Primordio: es el estado rudimentario en que se encuentra un órgano en formación.

Procesos primarios de pensamiento: Pensamiento infantil mediante el cual el ello trata de satisfacer los impulsos instintivos (Schultz & Shultz, 2009, pág. 57).

Procesos secundarios de pensamiento: Procesos de pensamiento maduro que se requiere para lidiar racionalmente con el mundo exterior (Schultz & Shultz, 2009, pág. 58).

Profesional de la estomatología: Para fines de la presente investigación, estomatólogo, odontólogo, cirujano dentista, dentista, el profesional, se refiere al Cirujano Dentista egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el grado académico de Licenciado.

Profilaxis dentaria: Consiste en la remoción de placa bacteriana y cálculos de sarro formados alrededor de los dientes, este tratamiento puede realizarse según el caso, con instrumentos manuales con ultrasonido u otro instrumento electromecánico.

Propioceptor: Cualquier receptor sensorial o terminación nerviosa que da sensibilidad interna o propioceptiva del cuerpo. Los propioceptores están localizados en los músculos, articulaciones, tendones y en el aparato vestibular. A través de ellos la persona tiene sensaciones de su posición, de movimiento y de los órganos internos.

Protocolo de atención: Tiene por finalidad proporcionar un instrumento de actuación uniforme del personal. Desarrollar un protocolo de atención personalizada es importante no solo de cara a establecer un criterio homogéneo de conducta, sino también a la hora de disponer de recursos de actuación ante situaciones diversas.

Proyección: La finalidad comunicativa de la proyección permite al sujeto hacer participar a otro de sus estados internos. El bebé proyecta en la madre sus deseos y emociones a fin de que ella satisfaga sus necesidades. Su sentido está en volver al exterior la líbido y la agresividad y dirigirlas al objeto.

Psicoanálisis: Es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo austríaco Sigmund Freud alrededor de 1896. Se refiere a un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas que se desarrollan a partir de esta teoría para el tratamiento de conflictos psíquicos.

Psicoética: Usado para designar a la ética de la práctica profesional de psicólogos y psiquiatras, fue acuñado en 1988 por el Dr. Omar França en su Tesis de Licenciatura en Teología Moral por la Universidad. P.Comillas - Madrid.

Psiquismo: El psiquismo humano está íntimamente estructurado y conectado con la biología del cerebro, de la cual depende para existir, pero no es una propiedad biológica, no puede reducirse a lo biológico, porque es pasar por alto la transición de lo aprendido en las experiencias. El psiquismo es una estructura formada por dos factores primordiales, los cuales son, en primer lugar: innatos (biológicos), los cuales son los mismos para toda la especie; y, en segundo lugar, los factores adquiridos entre los cuales se encuentran las experiencias pasadas, sensaciones, percepciones y el ambiente social. Los factores adquiridos son únicos ya que están regulados por las percepciones que a su vez están influidas por la atención y otros procesos cognitivos que se desarrollan de forma particular, tales como la memoria e imaginación (Colaboradores de Wikipedia, 2004).

Pulpa dentaria: Son los nombres que recibe el tejido conectivo laxo localizado en el interior de un órgano dental y rodeado por dentina.

Pulsión: Pulsión (del francés pulsión, que a su vez proviene del latín pulsio y pulsum, derivados del verbo pulsāre: pujar, impeler), es un término que se utiliza

en psicoanálisis para designar aquel tipo de impulso psíquico característico de los sujetos de la especie humana que tiene su fuente en una excitación interna (un estado de tensión percibida como corporal) y que se dirige a un único fin preciso: suprimir o calmar ese estado de tensión. Para lograr este fin, la pulsión se sirve de un objeto, el que sin embargo no es uno preciso, ni está predeterminado (Roudinesco & Plon, 2008).

Rasgos de personalidad: "Para S. Freud los rasgos de personalidad están relacionados con la fijación en una de las fases del desarrollo psicosexual, así las personas orales son pasivas y dependientes debido a su fijación oral, que les lleva a depender de los demás para alimentarse. Las personas que quedaron fijadas en el carácter anal debido a la dificultad que tuvieron en el aprendizaje de las conductas excretora tienden a ser concienzudas y testarudas" (Alzueta, 2013).

Regresión: Es un mecanismo de defensa psíquico consistente en la vuelta a un nivel anterior del desarrollo. Puede observarse levemente en pacientes con una enfermedad médica y en estudiantes que vuelven a casa durante las vacaciones.

Represión: "Este concepto puede referirse a dos procesos. Uno es aquel en el que algo que antes era admisible en la conciencia devino desagradable para la misma y por lo tanto fue relegado al aparato Icc (Freud, 1993/1917). EL otro es a aquel por medio del cual se le impide a una moción pulsional ─que resulta chocante para la conciencia─ pasar al preconsciente" (Correa Sierra, Montoya López, & Muñoz Arias, 2010).

Resistencia: Es todo acto o actitud opuesto al encuadre terapéutico, o bien, desde el enfoque psicoanalítico, opuesto al acceso del analizado a contenidos de su inconsciente. Desde un punto de vista general, un comportamiento de resistencia es una conducta de oposición de un individuo frente a otro (o a un grupo) que puede tener un valor positivo o negativo. Es negativo cuando funciona como una oposición al bienestar propio y colectivo. Es positivo cuando permite conservar hábitos valiosos a pesar de la oposición del ambiente.

Síndrome del niño maltratado: Es una enfermedad social que incluye una lesión física o mental infligida a un niño por los padres, tutores o responsables de su cuidado como resultado de descuido, negligencia o premeditación. Es una

patología en donde en médico pediatra se enfrenta de primera intención y circunstancialmente a este problema, ya que las lesiones por maltrato rara vez son motivo de consulta. Se considera como una enfermedad de adultos que tiene su expresión en los niños.

Teorizar: Hacer abstracción sobre algo.

Transdisciplinariedad: “La transdisciplinariedad se concibe como una visión del mundo que busca ubicar al hombre y a la humanidad en el centro de nuestra reflexión, y desarrollar una concepción integradora del conocimiento. Para ello, esta corriente de pensamiento ha desarrollado tres pilares: los niveles de realidad, la lógica del tercero incluido y la complejidad, a partir de los cuales pretende fundar una metodología que aborde la cuestión humana y del conocimiento desde una perspectiva de interconexión en el sentido de complexus o según la expresión de Edgar Morin. Lo anterior, teniendo siempre presente que una visión totalizadora y completa de lo humano y del conocimiento son imposibles dada la incertidumbre y la incompletud fundamental que caracteriza a estos dos fenómenos” (Mancipas, 2006).

Tratamiento odontológico: Consiste en el diagnóstico de todos los problemas relacionados con la salud dental y la función de la sonrisa, incluidos el tratamiento y la reparación de dientes, encías y tejidos fracturados, infectados o dañados de alguna otra forma.

Trauma complejo: Es un evento que permanece almacenado en el aparato psíquico y en el sistema neurobiológico como un recuerdo implícito que puede experimentarse en cualquiera de sus componentes somatosensoriales: sensaciones somáticas, imágenes, emociones, episodios disociativos y cogniciones dolorosas.

Trauma psicológico: Evento que amenaza profundamente el bienestar o la vida de un individuo, como a la consecuencia de ese evento en el aparato o estructura mental o vida emocional del mismo.

Unidad morfo-funcional: Las células son las unidades morfo-funcionales que se agregan en unidades de mayor categoría que constituyen los tejidos.

Variable: Una variable es una característica que al ser medida en diferentes individuos es susceptible de adoptar diferentes valores.

Variable dependiente: Es aquella cuyos valores dependen de los que tomen otra variable. La variable dependiente en una función se suele representar por y. La variable dependiente se representa en el eje ordenadas. Son las variables de respuesta que se observan en el estudio y que podrían estar influidas por los valores de las variables independientes.

Variable independiente: Es aquella cuyo valor no depende de otra variable. La variable independiente se representa en el eje de abscisas. Son las que el investigador escoge para establecer agrupaciones en el estudio, clasificando intrínsecamente a los casos del mismo.

Vínculo: Son aquellos "lazos sentimentales" que se establecen con una persona animal o cosa, los mismos se manifiestan por medio de abrazos, hablando o halagando a la persona querida. Estos se manifiestan en la familia o en relaciones sentimentales

Violencia intrafamiliar: Es todo patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder que se manifieste en el uso de la violencia física, psicológica, patrimonial y/o económica o sexual. Comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el hostigamiento, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, a un miembro de la familia contra algún otro familiar.

Violencia: Es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer un daño o sometimiento grave a un individuo o una colectividad; o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o las futuras.

Vulnerabilidad: Son las características de una persona o grupo desde el punto de vista de su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza natural, implicando una combinación de factores que determinan el grado hasta el cual la vida y la subsistencia de alguien queda en riesgo por un evento distinto e identificable de la naturaleza o de la sociedad

Anexo 2

Escalas de Likert

Síntomas autonómicos de ansiedad

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPS-
MIEDO Y ANSIEDAD EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

AUTOR: Gustavo Andres Dávila López
Escalas de Likert
Nombre: _____ Edad: ____ Escolaridad: _____Fecha: _____
Marcar con una cruz las opciones que corresponden: Mujer _____ Hombre _____
A continuación te leeré una lista de problemas de lo que siento cuando estoy en el tratamiento dental con el dentista. Te leeré cada uno de ellos y me dirás únicamente una de las opciones que te diré: Nada, muy poco, poco, bastante, mucho; de acuerdo como te sentiste, y en qué medida ese problema se ha presentado o te ha preocupado en la última semana.

"NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS: TODAS NOS SIRVEN. RESPONDE A TODAS LAS PREGUNTAS"

No.	Problema	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1	Siento palpitaciones o sacudidas en el pecho					
2	Siento que sudo					
3	Siento temblores o sacudidas					
4	Siento sensación de que me falta el aire					
5	Siento que me voy a ahogar					
6	Siento que me apachan el pecho					
7	Me dan ganas de vomitar					
8	Siento que me mareo y voy a desmayarme					
9	Siento como que no estuviera aquí					
10	Siento como que no fuera yo					
11	Creo que voy a perder el control y					
12	Creo que me voy a volver loco					
13	Me siento sofocado					
14	Me da miedo de morir					
15	Siento que se me duermen las manos o los pies					
16	Me dan escalofríos					
17	Siento que no me alcanza el aire					
18	Quiero irme pero no me puedo escapar					
19	Quisiera dejar de venir con el dentista o que me acompañara mi mamá					
21	Cuando el dentista me trabaja siento que me va a dañar como la otra vez.					
22	Recuerdo lo que me sucedió en la clínica y siento muy mal.					
23	Sueño que el dentista me está trabajando o tengo pesadillas muy feas.					
24	Cuando estoy en mi casa siento como que el dentista me estuviera trabajando los dientes					
25	Después de ir a la clínica me cuesta dormir, me enojo, me cuesta estudiar o me asusto muy rápido.					
26	Me da terror cuando sé que tengo que ir con el dentista y me pongo mal, aunque esté en mi casa. Hago berrinche, lloro o me escondo.					

Anexo 3

Entrevista semiestructurada infantil

Autor: Gustavo Andres Dávila López

DATOS GENERALES:

1. Nombre: _____
2. Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
3. Edad en años y meses: _____ sexo: _____
4. Domicilio y teléfono: _____
5. Grado escolar: _____ Escuela: _____
6. Estado actual (motivo de consulta): _____

_____

_____

II. HISTORIA FAMILIAR:

1. Padre: _____ Edad _____

Ocupación: _____

Adicciones: _____

Relaciones con el niño: estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.

_____

_____

2. Madre: _____ Edad _____

Ocupación: _____

Adicciones: _____

Relaciones con el niño: estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.

_____

_____

3. Relaciones de pareja: buena, regular, mala, separados, divorciados, abandono total de un miembro. Especificar razones:

_____

_____

4. Hermanos: sexo y edad:

_____

_____

_____

5. Relaciones con el niño (cada hermano) estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.

_____

_____

_____

III. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Médicos: _____

_____

Psiquiátricos: _____

Tóxicos: _____

Reacción de los padres ante el problema del niño:

_____

_____

_____

IV. HISTORIA PERSONAL.

1. Antecedentes: Embarazo: _____ hijo deseado: _____

Dificultades prenatales (médicas, intentos aborto, psicológicas):

_____

_____

2.Período perinatal: Parto: _____ (normal), (anoxia), (cordón umbilical), (placenta), (malformación), (ictericia), (preclamsia materna). Peso al nacer: _____ talla al nacer: _____ Lactancia maternal hasta los _____ meses, con biberón hasta _____ meses.

Tipos de semisólidos introducidos: _____

Problemas de alimentación al nacer y hasta el primer año: _____

_____

Dificultades para dormir: _____

Reacciones del niño: tranquilo, inquieto. _____

Edad de gateo: _____ Edad de ponerse en pie: _____

Edad al caminar: _____ Inicio del lenguaje: _____

Enfermedades médicas: _____

Hospitalizaciones y cirugías: _____

Problemas visoperceptivomotores: _____

_____

2. Historia Escolar:

Nivel escolar: _____

Escuela: _____

¿Cómo fue el proceso de adaptación a la escuela?

_____

Problemas escolares (académicos), (conductuales):

_____

_____

¿Qué le gusta más de la escuela?:

_____

¿Qué no le gusta de la escuela?: _____

_____

¿Cómo es con las tareas?: _____

¿Cómo maneja los útiles escolares?: _____

¿Qué problemas posee a nivel de lectura, escritura, cálculo?

_____

_____

¿Cómo se relaciona con la maestra?: _____

_____

¿Cómo se relaciona con los compañeros?: _____

_____

3. Aspectos de Socialización y afectivos: ¿Hace amigos con facilidad? (comunicativo, poco comunicativo, participa en grupo, tendencia al aislamiento, pasivo, agresivo, dependiente, independiente)

_____

_____

¿De qué edad son los niños con los que se relaciona?

_____

¿Qué tipo de juegos realiza? _____

¿Qué hace con otros niños de su mismo sexo?:

_____

_____

¿Cómo se relaciona con los niños de otro sexo?:

_____

¿Por qué cosas se pelea con otros niños?:

_____

¿Qué lo hace feliz?: _____

¿Qué lo entristece?: _____

¿Qué lo enoja?: _____

¿Sobre qué aspectos de la vida pregunta con mayor frecuencia?

_____

_____

¿Qué tan bien se baña, se viste, come, duerme, en la actualidad?

_____

_____

V. INTERESES Y PASATIEMPOS:

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?

_____

¿Qué hace cuando está solo?

_____

¿Qué no le gusta hacer?

_____

¿Qué tipo de deportes le gustan?

_____

¿Cuáles son sus juegos favoritos?, ¿Alguna vez ha jugado al doctor, mamá y papá?

_____

¿Qué programas de televisión mira?

_____

VI. DESARROLLO PSICOSEXUAL:

Destete: _____

¿Qué tipo de alimentos prefiere?:

_____

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse? _____

_____

Control anal: _____vesical diurno: _____ Vesical nocturno: _____
Técnica. _____

_____

¿Qué reacciones posee ante la defecación? (asco, vergüenza, miedo, agrado, desagrado)

_____

Succión del dedo: _____ Masturbación: _____
¿Con quién duerme?: _____
¿Alguna vez ha observado actos sexuales?: ¿Cuáles?

_____

¿Qué conocimientos tiene acerca de la sexualidad?

_____

Información sexual adquirida y fuentes: _____

_____

Preadolescencia y adolescencia:
Menarquia: _____ experiencia: _____
Polución: _____ experiencia: _____
¿Fue informado?: _____
Reacciones emocionales propias de la adolescencia: (depresivo, ausente, extrovertido, tímido, evitativo, ansioso, miedoso voluntarioso, mal humorado, lábil)

_____

_____

Noviazgo: _____
Aceptación familiar o restricción familiar ante el noviazgo:

_____

VII. SÍNTOMAS NEURÓTICOS

Pesadillas: _____
Sonambulismo: _____
Regresiones: _____
Encopresis: _____
Tricotilomanía: _____
Tics: _____
Robo: _____
Sueño: _____
Alimentación: _____
Síntomas anales: _____
Terrores nocturnos: _____
Berrinches:_____
Enuresis:_____
Onicofagia:_____
Problemas de lenguaje:_____
Convulsiones: _____
Mentira: _____
Conducta: _____
Síntomas orales. _____

VIII. CASTIGOS

¿Quién es el responsable de la disciplina?

_____

¿Qué comportamientos le molestan del niño?

_____

¿Qué tipo de castigos utiliza y con qué frecuencia los aplica?

_____

_____

_____

Hoja 5

Genograma familiar

Anexo 4

Listas de cotejo

MECANISMOS DE DEFENSA EN EL PACIENTE DENTAL PEDIÁTRICO

Autor: Gustavo Andres Dávila López

Código_____ Fecha _____

INDICADORES	SI	NO	COMO SE OBSERVA
Abstención: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales empleando palabras con el propósito simbólico de negar o plantear enmiendas a pensamientos, sentimientos o acciones. Demandas excesivas de atención.			
Disociación: Es una manera de desconectarse de la experiencia actual, a veces creando otra representación de uno mismo, para poder continuar existiendo en un momento excesivamente doloroso o estimulante. El individuo se enfrenta mediante una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia. Síntomas de hiperactividad, síntomas de ansiedad.			
Identificación proyectiva: Fantasía inconsciente en la que los aspectos del yo o de un objeto interno son escindidos y atribuidos a un objeto externo.			
Formación reactiva: Se enfrenta sustituyendo los comportamientos, sentimientos, pensamientos inaceptables por otros opuestos. Excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad. Transformación en lo contrario.			
Represión: El individuo se enfrenta a situaciones conflictivas expulsando de su consciencia (haciendo			

INDICADORES	SI	NO	COMO SE OBSERVA
inconscientes) sentimientos o deseos que le producen malestar o hacen temer situaciones embarazosas debido a los deseos que evita. Comportamientos desadaptativos y destructivos.			
Distanciamiento: En momentos de conflicto emocional, el individuo se enfrenta alejándose de todo aquello que amenace su seguridad emocional.			
Negación: Desconfirmar directamente una realidad que resulta obvia. Negación de sentimientos de amor, afecto, confianza y seguridad.			
Devaluación: En momentos de conflicto emocional, el individuo se enfrenta atribuyendo cualidades exageradamente negativas a los demás. Desprecio y despreocupación.			
Evitación: En momentos de conflicto emocional, el individuo se enfrenta huyendo o tratando de huir de la situación temida.			
Idealización: El individuo se enfrenta a situaciones de amenaza interna o externa atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás.			
Omnipotencia: El individuo actúa ante conflicto pensando o actuando como si dispusiera de poderes o capacidades especiales y fuera superior a los demás.			
Proyección: El individuo se enfrenta atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos o pensamientos propios que le resultan inaceptables.			

INDICADORES	SI	NO	COMO SE OBSERVA
Racionalización: El individuo se enfrenta inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos o acciones. La racionalización consiste en encontrar razones que justifiquen un acto que sería vivido como conflictivo sin esas razones y entra en juego cuando no se consigue algo que se deseaba y se decide que en realidad no se deseaba tanto, o bien cuando algo malo sucede y se decide en retrospectiva que no era tan malo.			
Polarización: El individuo tiende a verse a, en o, a los demás como totalmente buenos o malos sin conseguir integrar las cualidades positivas y negativas de cada uno. Miedo al dentista			
Quejas o rechazo de ayuda: El individuo expresa quejas o peticiones de ayuda que esconden rechazo y hostilidad, y que luego se expresan con un rechazo o desagrado a cualquier ofrecimiento de ayuda. Llamadas de atención constantes por parte del odontólogo-practicante.			
Desplazamiento: Consiste en cambiar el objetivo de un impulso, esto suele suceder porque el blanco elegido resulta amenazador y al cambiarlo se reduce la ansiedad. Se refiere a la redirección de una emoción o impulso desde su objeto natural a otro objeto porque expresarlo al objeto natural resultaría demasiado angustioso. El desplazamiento permite			

INDICADORES	SI	NO	COMO SE OBSERVA
que se descarguen cantidades de afecto en una dirección menos peligrosa que la original o bien que está permitida socialmente.			
Regresión: Es el mecanismo que ante las dificultades para afrontar una amenaza el sujeto experimenta una regresión a etapas del desarrollo psicosexual más infantiles o primitivas de afrontamiento en las que había experimentado una fijación.			

OBSERVACIONES ADICIONALES

Anexo 5

Consentimiento informado

Naturaleza del miedo y ansiedad experimentado
en la atención odontológica. Una explicación.

El presente estudio es una investigación que persigue encontrar la razón del por qué los pacientes que asisten a la clínica dental presentan miedo, ansiedad y angustia cuando están en el tratamiento dental.

De acuerdo a diferentes códigos de ética de investigación científica, se solicita el consentimiento voluntario de las personas que participarán en la investigación, en el entendido de que la participación es voluntaria haciendo una elección libre sin intervención de ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de imposición o coerción; y de que se debe de tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos implicados que le capaciten para hacer una decisión razonable e ilustrada.

Por ello le damos a conocer que (1) Los procedimientos contenidos en la obtención de la información para hacer esta investigación no representan deterioro a la integridad física ni psicológica ni de ninguna otra naturaleza para el participante; (2) El participante es respetado en su dignidad humana y puede retirarse en cualquier momento del proceso sin ninguna consecuencia, previo aviso a quien corresponda; (3) Toda la información recibida por parte suya y del niño es de uso estrictamente confidencial; (4) El resultado global de los tratamientos puede ser usado en beneficio de la Escuela de Ciencias Psicológicas, de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y de la comunidad científica, sin revelar información sobre sus datos personales.

Por lo tanto, doy fe de haber leído y comprendido lo expuesto sobre estas líneas y participo voluntariamente, en el libre ejercicio de mis facultades. A la vez doy mi consentimiento para que mi hijo (a) participe en la investigación.

Paciente dental pediátrico: _____

Guatemala de la Asunción, día _____ mes _____ año _____

Nombre del padre, madre o encargado:

_____

_____ _____

Firma DPI

Anexo 6

Ética de la investigación

La ética de esta investigación científica comprende la responsabilidad que se tiene con respecto a la forma como se obtienen los conocimientos, en relación con las personas incluidas dentro del proceso de la obtención de la información, con el compromiso moral del investigador hacia los participantes y la dimensión precisa de los beneficios y riesgos de la investigación reflexionando en los estándares necesarios para realizar investigaciones en seres humanos.

Por ello y de acuerdo con el contexto social y cultural del país este estudio intenta obtener y sistematizar conocimientos en un proceso social generalizable, con la intención de innovar la perspectiva de las disciplinas psicológicas y odontológicas.

Para ello se propone el respeto al uso de ideas vertidas por otros investigadores, procurando darle crédito a las fuentes de información que nutren este trabajo, evitando el plagio y la falsificación del conocimiento, tomando en cuenta la verdad fundamental como base de la razón; del respeto de las similitudes y diferencias históricas, culturales, sociales y económicas, basado en el principio de autonomía e integridad de la persona como espíritu, cuerpo, pensamiento y pertenencia en apego a la verdad y su búsqueda.

Los principios éticos que rigieron este trabajo de investigación fueron los de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Para lograrlo las personas participantes tuvieron el conocimiento suficiente para participar de manera libre, facilitando la información necesaria sobre la naturaleza de este estudio sin invadir su intimidad ni afectar su autoestima, mostrando consideración y respeto en su dignidad humana.

Para ello se elaboró un instrumento llamado consentimiento informado que fue aceptado por los participantes. En el consentimiento informado los adultos consintieron la participación de sus hijos de forma voluntaria informándoles que eran libres de retirarse en cualquier momento del estudio sin ninguna consecuencia para ellos. Se les indicó que los niños no serían sujetos de engaño o encubrimiento y que durante el proceso su intimidad estaría protegida. Y que la

información obtenida podría ser compartida con otros estudios conservando su confidencialidad y que serviría para el progreso del conocimiento.

El compromiso de esta investigación asimismo consistió en mantener las normas profesionales para analizar y registrar la información para evitar la manipulación indebida de la información obtenida. También consistirá más adelante en procurar la socialización de los resultados dentro de la comunidad de la Escuela de Ciencias Psicológicas y de la Facultad de Odontología y al resto de la comunidad científica.

Por último, es importante hacer ver que en esta investigación se hizo énfasis en que la probabilidad de que una persona sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía de este estudio es un riesgo de la categoría I (riesgo mínimo) por situarse dentro de un estudio que utilizó técnicas observacionales, sin ninguna intervención o modificación de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron en entrevistas y observaciones, las cuales no invadieron la intimidad de la persona.