


UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*T. 617.602
C 223 a
1966
F. O. 3
85.*

**Relación Odontólogo - Paciente
en el Cuadro de las Relaciones
Interpersonales**

1966

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

GUILLERMO ALBERTO CANJURA CANJURA

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL

OCTUBRE DE 1966

SAN SALVADOR. EL SALVADOR. CENTRO AMERICA



T
617.602
C223a
7466
3.0
Ej. 2

UES BIBLIOTECA CENTRAL

21 INVENTARIO: 10108048

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

R E C T O R

DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA

S E C R E T A R I O G E N E R A L

DR. MARIO FLORES MACALL

F A C U L T A D D E O D O N T O L O G I A

D E C A N O

DR. RICARDO ACEVEDO

S E C R E T A R I O

DRA. MARIA LIDIA DE LINCK

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

J U R A D O S

PRIMER EXAMEN PRIVADO DE DOCTORAMIENTO.

PRESIDENTE	DR. CARLOS RECINOS CEA
PRIMER VOCAL	DR. JULIO CESAR MORALES
SEGUNDO VOCAL	DR. MIGUEL ANTONIO BARRIOS

SEGUNDO EXAMEN PRIVADO DE DOCTORAMIENTO.

PRESIDENTE	DR. FRANCISCO ZALDAÑA ESPINOZA
PRIMER VOCAL	DRA. ELENA GAMERO DE CANTISANO
SEGUNDO VOCAL	DR. RENATO CABRERA

EXAMEN PUBLICO DE DOCTORAMIENTO.

PRESIDENTE	DRA. RHINA SANCHEZ DE MAZA
PRIMER VOCAL	DR. MAURICIO NOVOA PAINE
SEGUNDO VOCAL	DR. JOSE RICARDO SANDOVAL

ASESOR DE TESIS.

DRA. RHINA SANCHEZ DE MAZA

DEDICATORIA

Tesis que dedico:

- A mis padres: Néstor Alberto Canjura López y Guillermina Canjura de Canjura; con infinito agradecimiento por sus esfuerzos y consejos, atributos que recordaré por el resto de mi vida.
- A mi esposa: Teresa de Lourdes Pineda de Canjura; compañera y amiga, única representante de mi ser, con todo amor y agradecimiento.
- A mi hermano: Néstor Alfonso Canjura Canjura; con especial estimación y con mi reconocimiento a su noble corazón.
- A mis hermanas: Vilma Esperanza Canjura C., Leticia Argentina Canjura C., Iris Aida Canjura C., con todo cariño y agradecimiento.
- A mis abuelos: Maternos: Delfín Canjura J. (Q.D.D.G.) y Angela Caceros de Canjura (Q.D.D.G.); Paternos: Jesús Canjura Santillana y Rebeca Esperanza López, con agradecimientos por haber traído al mundo a los mejores padres: los míos.
- A mi demás familia: Con todo cariño.
- A mis amigos y a todas aquellas personas que con sus consejos u otras formas ayudaron a coronar mi carrera.

San Salvador, 17 de Octubre de 1966.

Señor Decano de la
Facultad de Odontología
Dr. Ricardo Acevedo,
P R E S E N T E.

Señor Decano:

Los infrascritos Miembros del Jurado de Tesis presentada por el Bachiller Guillermo Alberto Canjura Canjura, constituídos a las dieciseis horas del día diesisiete de Octubre de mil novecientos sesenta y seis en el Decanato de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador; después de haber estudiado separadamente el trabajo presentado con el título de "RELACION ODONTOLOGO-PACIENTE EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES", y discutido conjuntamente; resuelven aprobarla por llenar todos los requisitos necesarios para ser aceptada.

Dra. Rhina Sánchez de Maza,
Presidente.

Dr. Mauricio Novoa Paine,
Primer Vocal.

Dr. José Ricardo Sandoval
Segundo Vocal.

T E M A R I O

INTRODUCCION

- CAPITULO I -
CONSISTENCIA DE LA RELACION ODONTOLOGO-
PACIENTE
- 1 - Caracteristicas
 - 2 - Estructura interna

- CAPITULO II
FRACASOS DE COMUNICACION EN LA RELACION
INTERPERSONAL

- 1 - Fracazos de comunicaci3n a causa
de la vista
 - 2 - Fracazos de comunicaci3n a causa
de la palabra
 - 3 - Fracazos de comunicaci3n por el
silencio
 - 4 - Fracazos de comunicaci3n por el
contacto manual
 - 5 - Fracazos de comunicaci3n por el
contacto instrumental
- Recomendaciones

- CAPITULO III
DERROTA DE LOS TEMORES AL TRATAMIENTO
ODONTOLOGICO

- CAPITULO IV
LA RELACION ODONTOLOGO-PACIENTE EN LA
INFANCIA Y LA EDAD ESCOLAR

- 1 - Infancia
 - Período oral
 - Recomendaciones
 - Período anal
 - Recomendaciones
 - Período genital
 - Recomendaciones
- 2 - Edad Escolar
 - Latencia
 - Pubertad
 - Recomendaciones

- CAPITULO V
OBSERVACIONES PSICOLOGICAS EN LA ODONTOLO-
GIA INFANTIL --El niño como paciente dental--

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS - TERMINOLOGIA Y CONCEPTOS

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

El presente trabajo es el resultado de una inquietud vivida, en mi relación con las distintas clases de pacientes, cualitativamente diversas, durante mi Servicio Social, en el seno de mi propia Facultad y en diversos Servicios Asistenciales de nuestro país.

Observé la actitud reacia de los pacientes en lo referente a su asistencia al Consultorio Dental; observé también el miedo característico de los niños cuando extendí los programas escolares del Ministerio de Salud; y, por último, los problemas que me causaron las actitudes de los niños retrasados mentales atendidos en el Instituto de Rehabilitación de Inválidos, en el Centro de Educación Especial.

He querido hacer mío el problema de cada uno de estas personas, a fin de que en esta forma sirva, para interesar a la Profesión Odontológica en general y en especial a los estudiantes de Odontología, quienes deberían recibir, por lo menos someramente, nociones sobre Relaciones Interpersonales y sobre Psicología de la Personalidad.

No quiero significar con ésto, que debe profundizarse sobre la materia; pero sí deseo hacer notar que hemos actuado con respecto a la aplicación de esta rama, profundamente humana, en una forma estrictamente empírica e intuitiva; muy desconocida en odontología y poco frecuentemente abordada en los libros de la profesión.

La naturaleza del hombre, la relación entre juicio y temperamento, la esencia de sus valores así como también las cualidades de sus reacciones, tienen que ser de mucho interés para las personas que tratan íntimamente al hombre, en este caso el odontólogo. Conociendo este enfoque, no logro concebir, por que razón una Escuela de Odontólogos, no hace el esfuerzo para que cada uno de sus miembros vean a sus respectivos pacientes en la totalidad absoluta de su ser y no única y exclusivamente, la particularidad de sus afecciones dentales.

Indiscutiblemente en Psicología no se puede hablar de normas o pasos concretos a seguir en tal o cual situación; pero, así como en otras materias se dan las pautas, es decir, se dá lo fundamental y lo esencial para ser aplicado en casos similares, así también creo que podemos forjarnos, la idea de comprender al paciente como persona y por eso - en este trabajo "RELACION ODONTOLOGO-PACIENTE EN EL CAMPO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES", pretendo enfocar este punto de vista, aportando datos de mi experiencia auxiliado por consultas bibliográficas sobre la materia. Dicho sea de paso, en Odontología no existen datos -o los hay muy pocos- así como informaciones, sobre el alto valor que tienen las relaciones inter-personales en el ejercicio de la profesión y que reviste gran interés por el hecho de que muchas enfermedades son psicósomáticas. En el campo dental, el estado emocional o el resultado de los conflictos de la

personalidad se reflejan comunmente en algunas formas de -
periodontopatías (1).

Deseo ofrecer mi aporte para que este aspecto sea co-
nocido y quizá algún día sea comprendida la necesidad de -
empatizar con el paciente, con sus temores, sus ansias y -
sus miedos, para ayudarlo más comprensivamente en la reso-
lución de sus problemas, esto también permitirá ejercer -
una odontología más humana.

CAPITULO I

CONSISTENCIA DE LA RELACION ODONTOLOGO-PACIENTE

Consistencia de la relación odontólogo-paciente

I - Características

Antes de relacionar al profesional con su paciente, - la Odontología vincula mutuamente a dos hombres. La consistencia de la relación puede ser alterada por quien, por un grave error, aspire a describirla recta e integralmente, - olvidando sus fundamentos o sea el hecho de que se articulen eficaz y armóniosamente, el menester de un hombre y - la capacidad de otro hombre para remediar ese menester.

El estado de enfermedad es una forma particular y -- accidental de la indigencia del ser humano; antes que técnica, diagnóstica y terapéutica, la Odontología -o la condición de Odontólogo- es un modo peculiar y adquirido por la capacidad humana para ayudar al semejante menesteroso.

Genéricamente considerada la relación odontólogo-paciente, -que en adelante llamaremos solamente "relación odontológica"- es una "relación interpersonal" y una "relación de ayuda".

La evidencia de este acierto puede explicarse así:

Por su intención su forma y su contenido, la relación entre dos personas o sujetos puede adoptar un número indefinido de modalidades típicas, desde el abrazo amistoso y la conversación efusiva, hasta la mutua agresión homicida, pasando por la simple mirada indiferente o desdeñosa o por la cuidadosa abstención de toda mirada. Pero ese inagotable número de posibilidades puede y debe ser ordenado se-

gún dos modos cardinales: la "relación objetivante" y la "relación interpersonal".

Se llama "relación objetivante" a aquella en la que uno de los dos sujetos que la integran intenta convertir al otro en puro objeto; y es mayor cuando son los dos quienes se tratan con tal intención. Intencional e hipotéticamente el otro queda entonces reducido a COSA, realidad exterior carente de libertad y de fines propios, tal como lo describen Hegel y Sartre, el primero en el famoso esquema Señor-siervo, y el segundo en el Encuentro Atravez de la Mirada Objetivante.

La intención del encuentro objetivante no queda nunca reducida a simple objetivación; ésta puede aspirar a hacer del otro un objeto de contemplación (un espectáculo), o un objeto de manejo (instrumento).

En cuanto a espectáculo, el otro está ante mí ofreciendo a mis fines propios (la curiosidad científica, el interés profesional, el menosprecio, etc.,) la sucesión de los aspectos que su realidad ostenta -o puede ostentar- en el momento de la contemplación.

Como instrumento, el otro me es real en cuanto me brinda la posibilidad de modificarle artificialmente al servicio de mis propios fines (restauraciones protésicas, obturaciones, etc.

Resumiendo: la observación del otro como espectáculo "le deja ser" lo que espontáneamente tiende a ser; pero - al cambio del otro a instrumento "le hace ser", pasivamen-

te algo que por sí mismo no hubiera sido y le utiliza de un modo o de otro para provecho ajeno.

El hombre es por esencia persona, persona existente. Objetivando al otro, relacionándome con él con una intención "pura y exclusivamente objetivadora" le mutilo y degrado aunque esa intención mía, parezca ser honrada o amorosa. Pero si yo quiero tratar a otro hombre, conforme a lo que él por sí mismo es, estableceré con él, en primera instancia una "relación interpersonal".

¿En que consiste ésta?

Será interpersonal mi relación con otro hombre, cuando él y yo nos consideremos y tratemos como persona, o sea, cuando él y yo nos consideremos y tratemos como ser, a cuya realidad individual pertenecen la vida, la intimidad, la inteligencia, la libertad, etc. Esto es igual a decir que la actividad constitutiva y definidora de la relación interpersonal, será la coejecución, de los actos en que y con los que, el otro ejecuta su condición de persona; equivale también en forma más psicológica, a decir que la relación interpersonal es una convivencia que se actualiza como sucesiva co-ejecución.

¿Podría considerarse que la relación odontológica es una relación pura y exclusivamente objetivante?

Si contestamos afirmativamente, el paciente debe ser para el odontólogo, "puro" objeto de contemplación ("instrumento" de la acción sanadora y restauradora que el odontólogo ejecuta).

El paciente debe ser, en principio, lo que la planta es para el Botánico que la identifica y codifica y lo que el motor averiado es para el mecánico o ingeniero que lo repara, objeto contemplable en un caso y objeto manejable en el otro; cuando en la práctica del diagnóstico y del tratamiento haya de apartarse de este tema, será una concesión táctica y resignada -no científica y no técnica- a la nunca bien dominable realidad del mundo exterior.

Convertir al paciente en puro objeto es mutilar y -degradar la plenitud de su condición humana. El paciente es una persona y la relación entre él y el odontólogo debe ser interpersonal.

¿Puede entonces considerarse la relación interpersonal pura?

No, en la relación odontólogo-paciente, debe existir la "relación de ayuda" combinada con una "relación interpersonal" en primera instancia.

Para quien esté haciendo una visita de pésame a un amigo afligido, resulta cosa relativamente secundaria el ocasional estado del cuerpo de éste; para él lo importante y decisivo, es la aflicción que en aquel momento traspasa la intimidad de la persona amiga. El Odontólogo en cambio, si el amigo muestra efectos derivados de afecciones de la boca especialmente, debe convertir en objeto contemplable, -la boca del amigo -enfermo- en este caso especial.

El amigo, se conduce como tal coejecutando sincera-

mente la pena de su amigo, pero sucede que el odontólogo debe "operar" sea mediante fármacos, sea mediante intervenciones manuales sobre la realidad física que ha requerido su ayuda y, por lo tanto, hacer de esa realidad, motivo de instrumento pasivo de su intención terapéutica. Por lo tanto, la relación odontológica no puede ser relación pura y exclusivamente interpersonal.

Resumiendo: la relación odontológica debe ser interpersonal, objetivante y de ayuda.

II - Estructura interna

Estructura interna de la vinculación entre el odontólogo y el paciente.

La relación establecida, es la constituida por la conjunción de los motivos que llevan a encontrarse entre sí, al Odontólogo y al enfermo.

Los aspectos tanto en el orden material como en el orden formal de la relación odontológica son muy variados:

- a) Su marco social puede ser un hospital, un consultorio privado, el domicilio del paciente, etc.
- b) Al Odontólogo puede moverle para actuar como tal: una genuina vocación, interés puramente científico, deber profesional, apetito de lucro o prestigio.
- c) El paciente acude al Odontólogo movido por propios intereses: conquista de salud, el puro deseo de "saber lo que tiene", todo esto con diferentes mentalidades, (científica, religiosa, etc) y dominado por dife-

rentes estados anímicos (confianza, desconfianza, esperanza o desesperación).

Para determinar la estructura interna de la relación es necesario referirse a un modo ideal establecido entre un odontólogo que actúa con vocación y un paciente con auténtico deseo de curarse y con alguna confianza en la capacidad técnica de la persona que lo atiende. En este caso, ¿cuál será la estructura interna de la relación entre ambos?

Esta pregunta requiere deslindar previamente algunos momentos principales:

- A) El propio objetivo de la relación, la meta hacia la que aspira la conjunción entre el Odontólogo y el paciente.
 - B) El modo propio de convivencia que se establece en ella, la contextura central y unitaria de los actos que constituyen la conjunción odontólogo-paciente.
 - C) El vínculo de la relación, la índole propia de la unión que a través de estos actos se refleja y,
 - D) La comunicación entre el Odontólogo y el paciente; el conjunto de los recursos técnicos a que el Odontólogo debe apelar, para que esos actos de convivencia, adquieran efectiva y empírica realidad.
- A) No es preciso una reflexión muy detenida para advertir que en el caso que nos ocupa, el objetivo propio de la relación odontológica, es la salud del paciente, "..... salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" .

(O. M. S.) (2).

Fines inmediatos para alcanzar ese objetivo serán la formulación de un diagnóstico y la prescripción de un tratamiento; pero su fin último no puede ser otro que la salud del paciente. La (O. M. S.) en su definición no admite una salud parcial sino que establece la conveniencia de - mantener en perfectas condiciones todo el organismo, sin menospreciar una afección en el aparato masticatorio, para afirmar que existe un "completo estado de bienestar físico, mental y social

Es preciso insistir con energía en esto, porque por ejemplo, la medicina general y la odontología son embriagadas a veces por la fascinante eficacia de su técnica para modificar la naturaleza humana, técnicas operatorias, farmacológicas, endodónticas, fisioterapéuticas, etc. etc., que han llegado a hacer pensar que el fin último del que practica, debe ser la bondad moral del hombre (hacer hombres buenos) o la felicidad del ser humano (hacer hombres felices). Lo propio del odontólogo en cuanto tal, no es hacer hombres buenos ni hombres felices, sino hombres con su cavidad oral sana; considerado el campo médico en el mismo plano, estimo que la felicidad del médico como tal, es mantener hombres sanos.

Es muy cierto que el hombre sano se encuentra en condiciones más favorables que el enfermizo -o que el enfermo- para ser bueno o para ser feliz, pero la bondad y la feli-

cidad no son consecuencia necesaria de la salud: un individuo sano puede ser malvado o bueno, feliz o infeliz, según la peculiaridad del mundo que lo rodea y lo que haga de su libertad.

Para concluir que el fin de la relación odontológica es la salud, debemos aceptar lo siguiente:

- a) La salud posee una estructura compleja.
- b) La idea de la salud posee una configuración y un contenido que en alguna forma depende del punto de vista de quien la considere, y como corolario, la salud es social e históricamente variable.

B) La conjunción establecida por la relación odontológica se origina cuando el odontólogo convive con el paciente, combinando la objetivación con la coejecución y viceversa.

Observemos este caso, en apariencia puro: la actividad de un especialista en cirugía, cuando en el quirófano opera a un cuerpo anestesiado.

Ante él, se presenta un cuerpo anatómico, que más que una persona es un objeto, distinto al caballo o al perro, a quienes el veterinario puede operar. Es un objeto al que contempla, palpa, incide y maneja. El cirujano debe objetivar contemplativa y operatoriamente la realidad del paciente, debe existir la obligación de imaginar lo que para el paciente va a significar la cicatriz que la operación podrá dejar en su persona. Hay que elegir entonces, y en cada caso, la incisión cuya cicatriz sea más tolerable pa-

ra quien la ostentará el resto de su vida; indiscutiblemente para ésto debe exigirse, considerar la personalidad del operado, preveer su vida futura y conjeturar, cómo reaccionará ante las diversas eventualidades de la vida.

La convivencia de la relación odontológica, deberá llevar al odontólogo a ubicarse en la situación de cada paciente, de identificarse en él y verificar su labor de acuerdo a lo que su propia estimación le indique para sí, que siempre será lo mejor de sus conocimientos y actitudes.

C) El "vínculo" de la relación odontólogo-paciente.

La índole de ese vínculo unitivo dependerá de lo que sean la intención del odontólogo y la actitud del paciente; sin mengua de esa diversidad real, desde los tiempos de Hipócrates hasta hoy, dicese que la asistencia médica en lo que debe ser en vínculo que une entre sí al terapeuta y al enfermo, es el amor (3). Entre las múltiples formas de la vinculación amorosa, una de ellas es precisamente la determinada a la vez por el menester específico del paciente (su enfermedad) y por la específica capacidad de curación del que lo asiste (su saber técnico).

Entre el odontólogo y el paciente, existe un vínculo unitivo, que es la enfermedad, establecida esta última por la claridad de un diagnóstico, seguido este vínculo por un tratamiento hacia el hombre menesteroso. La consecuencia económica no deberá alterar en principio esta regla fundamental en el quehacer profesional.

La creciente vigencia del psico-análisis, ha conducido a bautizar con nombre nuevo y a entenderlo de manera inédita (no publicada) la "índole del nexo" que une al odontólogo y a su paciente; generalizándolo a todo aquel que ejerza su acción terapéutica; y es así que la "philía" se ha convertido en "transferencia", es decir, que la simple amistad establecida entre odontólogo y paciente se ha transformado en un nexo superior a la amistad, tratando de comprender al paciente como humano y ayudarlo en nuestra calidad de docto para restablecer su dolencia.

En los pacientes que deciden consultar al odontólogo y depositar en él su confianza, no puede evitarse que por lo menos durante algún tiempo, aparezca inconvenientemente y en el primer plano de la relación personal, el efecto de la excesiva amistad.

La amistad excesiva otorgada por el paciente a favor del odontólogo, en esta relación transferencial, en algunas veces es aprovechable y otras muchas veces es extraordinariamente reprochable, dados los extremos voluntariosos que puede manifestar el amigo-paciente, tales como intransigencia en el umbral del dolor o reproches manuales, al contacto del instrumento.

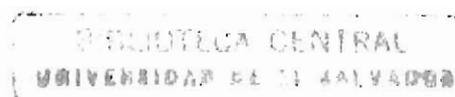
D) Este cuarto momento estructural de la relación odontólogo-paciente, es la comunicación que la constituye el conjunto de los recursos técnicos a que el odontólogo debe apelar, para que sus actos de objetivación y coejecución sean

efectivos; estos recursos son: la mirada, la palabra y el silencio, el contacto manual y la manipulación coordinada de los instrumentos. Para comunicarse con el paciente, el odontólogo le mira, le habla, le escucha, pone sobre él sus manos, empleando los más diversos instrumentos operatorios y terapéuticos.

Estos medios de comunicación deben ser sinceros, concisos, discretos, sencillos y deben favorecer la trasmisión de conocimientos.

Para considerar de mucho valor esta última estructura de la relación odontológica, se ampliarían varios aspectos en el siguiente capítulo.

En conclusión se puede decir que la relación odontológica, debe ser realizada de tal manera que permita la más absoluta libertad de acción y discernimiento profesional por el espontáneo sometimiento del paciente en base a una firme actitud de lealtad, rectitud, nobleza y respeto de ambas partes!



CAPITULO II

FRACASOS DE COMUNICACION EN LA RELACION INTERPERSONAL

Fracasos de comunicación en la relación interpersonal

Considerada la comunicación como el hecho de transportar a otros nuestros sentimientos en tal forma que podemos hacerlos valer, podemos describir diversos aspectos en el momento en que el paciente y el odontólogo se encuentren, momento delicado y decisivo en el cual el paciente pondrá su fé en la práctica odontológica y en el Odontólogo, mientras que éste recurrirá a sus conocimientos para transportarlos por medio de su relación interpersonal en beneficio del paciente.

Diversas son las formas de comunicación; en el capítulo anterior establecimos los elementos primordiales que son: la vista, la palabra, el silencio, el contacto manual y el contacto instrumental.

Cada uno de estos elementos actúan independiente o conjuntamente y son auxiliares valiosísimos en el ejercicio profesional y podríamos asegurar que de su correcta o incorrecta utilización depende el éxito o el fracaso del odontólogo en su práctica privada.

Se analizará cada uno de esos elementos y se procurará establecer las causas de fallas en su utilización.

La comunicación establecida por la vista, es el primer acto que se produce al encontrarse el odontólogo y el paciente; el paciente mira como un crítico el ambiente que lo rodea para formarse una idea del sitio en que se encuentra; seguidamente utiliza su mirada para hacerse un juicio

de la persona que lo atenderá, forjando un criterio sobre la personalidad y el sitio que pueden o no impresionar sus sentidos. El odontólogo por su parte, también utiliza su mirada para formarse un juicio sobre la personalidad del paciente, para catalogarlo en su condición personal, social; etc.

Una vez establecido el juicio de parte de los dos elementos, se pasa insensiblemente a utilizar la palabra - que es el centro principal de la comunicación; por medio de ésta, aceptamos o rechazamos condiciones o conceptos que se vierten en una entrevista. Es tan importante este momento porque de allí depende el convencimiento del paciente; nunca se insistirá suficiente en la necesidad de utilizar un lenguaje apropiado accesible al paciente para informarle todo lo que se refiere a su tratamiento a fin de que pueda aceptarlo.

Hay que ser sumamente cuidadoso con las palabras y frases que se usen así como la entonación que se da a la alocución.

Al lenguaje llano hay que agregar la entonación sincera y firme que sólo dá la confianza en la propia capacidad técnica y científica.

El excesivo palabrerío o la pobreza del lenguaje pueden representar riesgos para la comunicación adecuada; el primero puede convertir una relación odontólogo-paciente en una relación de amistad o de enemistad, ocasionando -

con ello dificultades. Si resulta una amistad excesiva es inconveniente que se mantenga cuando se ejercen los servicios profesionales, porque el paciente puede encontrarse con demasiada familiaridad y confianza ocasionando entonces fenómenos que podrían redundar en perjuicio.

La pobreza del lenguaje inspira desconfianza; un universitario que no sabe expresarse correctamente con dificultad podría convencernos de la bondad de sus conocimientos.

Es grande el valor del silencio en la vida humana; lo es tanto como la palabra y en la relación odontólogo-paciente, debe considerarse con mucho cuidado. El poder callar pertenece al hablar, como el poder hablar pertenece al callar.

Podemos describir dos modos de silencio: a) el silencio de la evidencia: es el instante al que estamos obligados después de obtener plenamente la verdad, descubierta por nuestra inteligencia; y b) el silencio de la comunicación interpersonal: es el momento en que la vinculación de dos personas se vuelve plena y resulta, cuando el paciente escucha o cuando es el odontólogo el que calla, porque sólo en silencio puede entenderse al hombre.

El contacto manual por otra parte es una relación necesaria en la profesión odontológica para coejecutar, con el paciente, los actos de curación haciendo uso de las manos para investigar, palpar, accionar en el campo operatorio y fortalecer así un diagnóstico clínico o un tratamiento. La

impresión causada por el contacto manual está iniciada desde el momento en que el paciente recibe la mano del odontólogo en señal de saludo, cuando se presenta al consultorio dental; actitud esta última encaminada a fortalecer o a crear lazos de amistad y confianza.

En el momento de curar, cuando la acción del que toca es adecuadamente cumplida, es decir, que sus movimientos significan coordinación sin evidenciar inseguridad, entonces - el contacto alivia y otorga compañía significativa, mayor aún, cuando el operador posee a los ojos del paciente, valor y - dignidad.

La relación entre odontólogo y paciente viene teniendo desde su comienzo un carácter instrumental; desde el comienzo porque cuando el paciente decide visitar al odontólogo - lo hace con el conocimiento de que éste tendrá que usar cierta clase de instrumentos y teniendo en cuenta tal verdad, - busca al odontólogo que posea mejor y mayor número de aparatos, con los que, según su criterio, pueda trabajar sin causarle demasiado dolor. Esta actitud de parte del paciente no es extraordinaria y no se aparta de la realidad, puesto que el instrumento técnico amplía las posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Existe sin embargo, una barrera de separación a causa precisamente del contacto instrumental, acaecida en el momento preciso cuando se hace uso del torno dental, barrera que se acentúa más cuando el operador - confía todo en el aparato o se escuda en él, esto último

es frecuente observarlo en practicantes de odontología cuando comienzan a hacer sus prácticas clínicas.

Considerados esos factores, resumiré:

- (I) Puede existir un fracaso de comunicación a causa de la vista, cuando el odontólogo no inspire al paciente la confianza que busca, además cuando el paciente no encuentra en el ámbito el refugio y la seguridad necesaria a ulteriores vicisitudes de su relación con el odontólogo.
- (II) A causa de la palabra, las faltas pueden ser:
 - a) Cuando el odontólogo no utiliza la "terminología" propia a cada paciente, es decir, cuando el paciente no comprende lo que requiere su padecimiento y se hace otra imagen a este respecto.
 - b) Desde luego que es muy grave esta falta de comunicación, cuando el odontólogo se aparta de la delicadeza de sus palabras al tratar de encausar la orientación que busca.
 - c) Cuando el odontólogo no ejerce por medio de la palabra, su misión de educador.
 - d) Finalmente, el exceso de la palabra puede ocasionar la demasiada familiaridad y provocar fenómenos de confianza excesiva que podrían ocasionar el fracaso de comunicación.
- (III) Intimamente ligado con la palabra está el silencio, al que se debe llegar como estado de preferencia a palabras vanas, que traerán la confusión o desconfianza del paciente.

(IV) El contacto manual puede provocar conflictos cuando en los actos del odontólogo el paciente descubre movimientos no coordinados, consecuencia de falta de experiencia por parte del operador o tal vez a causa de su poca habilidad o destreza en el arte de la odontología.

(V) El fracaso de comunicación por parte del contacto instrumental es el problema principal en la relación odontólogo-paciente, problema que se manifiesta por la injuria física a que es sometido el paciente por nuestros instrumentos y equipos, la causa principal es el dolor ocasionado por el calentamiento que produce el movimiento de las fresas, piedras montadas, discos, etc.

Para salvar estos valladares podrían asumirse las siguientes actitudes:

- a) Tratar en primera intención de impresionar al paciente con la delicadeza reflejada físicamente en el orden, limpieza, presentación personal; en la actitud serena, sencilla y amistosa, etc.
- b) Saber apreciar alteraciones estáticas en la boca del paciente, referentes a color, formas, volúmen, etc.
- c) Tener en cuenta la condición humana de la persona - que es mirada.

Con respecto a la palabra y al silencio:

- a) Cuando se interrogue al paciente debe buscarse siempre el complemento para un mejor diagnóstico.
- b) El odontólogo debe incitar al paciente a continuar

un relato comenzado o a completar con datos nuevos su historial clínico.

- c) El odontólogo debe orientar el diálogo o la marcha del discurso del paciente, hacia donde pueda revelar datos importantes.
- d) El odontólogo no debe predeterminar una respuesta.
- e) Cuando haya necesidad de ordenar una vocalización, por ejemplo: "Misisipi", debe hacerse en forma de invitación cordial para que el paciente lo repita, no obedeciendo ciegamente a una imperativa voz.
- f) En cuando al silencio, debe tenerse especial cuidado porque es la base de la creación de los pensamientos, y además de prudente es conveniente el saberlos guardar.

En el contacto manual:

- a) Todo odontólogo debe corregir movimientos torpes.
- b) Convertir estos movimientos en acciones firmes y adecuadas.

Y por último con el contacto instrumental, el odontólogo debe:

- a) Evitar el impresionar groseramente al paciente.
- b) Evitar el calentamiento excesivo del instrumental.
- c) Evitar, en lo posible, el dolor causado por cualquier instrumento o equipo.

CAPITULO III

DERROTA DE LOS TEMORES AL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

Derrota de los temores al tratamiento odontológico

Las investigaciones psicológicas realizadas sobre las ansiedades y temores al tratamiento odontológico son relativamente superficiales, la culpa es de la misma profesión odontológica "PORQUE NOS HEMOS ENTUSIASMADO TANTO CON LOS VALORES DE SALUD FISICA DEL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO, QUE PRACTICAMENTE LES HEMOS PUESTO UN VELO A LOS ASPECTOS PSIQUICOS DEL MISMO" (4), no hemos podido percatarnos que la salud física está íntimamente relacionada con la salud psíquica, deberíamos haber aprendido de nuestras campañas de salud pública odontológica, lo interesante que resulta hablar del aspecto positivo de la salud dentaria y observar después, que nuestra intención fracasa porque la gente tiene miedo de consultar al odontólogo; hemos ignorado la actitud de temor que generalmente se mantiene por la experiencia odontológica o, quizá, hemos hecho un esfuerzo por relegar el temor al fondo de las cosas que no deben mencionarse, pero hemos creído conveniente insistir en la salud física.

No hemos aprendido el hecho de que las personas (incluyendo los niños) sienten más de lo que piensan. Mientras razonan sobre nuestra conversación están de acuerdo -o aparentan estarlo-, con las enseñanzas de salud dentaria en lo que se refiere a estética y a comodidad y nunca o casi nunca, encontraremos a alguien en desacuerdo con nuestros principios.

¿Por qué estas personas no expresan su entendimiento

con una acción apropiada? ¿Por qué vacilan tantos y con tanta frecuencia para consultar al odontólogo? La respuesta categórica es porque sus impulsos son frenados por sus mecanismos emocionales: sus temores; y hasta que nuestra enseñanza se traduzca en conducta, todos nuestros programas odontológicos están predestinados a la ineficacia o al fracaso. Si el temor al tratamiento dental es una adquisición post-natal: ¿Qué podemos hacer para impedir su aparición? ¿Puede hacerse algo para vencer un temor adquirido? ¿Puede hacerse algo en el plano cerebral para influir la conducta en los planos autonómico e hipotalámico?

Difícilmente se puede contestar concretamente al primer problema, porque las experiencias obtenidas por personas anteriormente tratadas por odontólogos, son expuestas "como vívidas historias de horror" y complican la situación especialmente con los niños no condicionados, es decir aquellos que han vivido sin haber sido sometidos a situaciones de miedo; esta referencia a los niños se hace porque precisamente su falta de experiencia será la indicada para hacer desaparecer la desconfianza o el temor.

Las otras preguntas pueden ser tratadas, aceptando las pistas reveladoras que ofrece el tratamiento de otras fobias:

1o. Es más fácil de abordar un temor consciente, que el sepultado por debajo del umbral de la conciencia.

2o. Una amenaza real al organismo puede ser manejada mejor por el aparato de respuesta corporal, que una amenaza imaginaria.

3o. El temor a una cosa más o menos tangible, ejemplo: una condición física directa tal como la experiencia odontológica, puede ser tratado más fácilmente, que un estado de ansiedad característicamente vago, indefinido y difuso.

Las muestras del temor dental las observamos diariamente y no necesariamente en la clínica dental; las más, en los corrillos, historietas cómicas, sobre-mesas, etc. Para contrarrestar este temor existente se puede realizar lo siguiente:

- 1o.) Decir que el miedo al tratamiento odontológico es adquirido, que está fuera de toda proporción a la amenaza real contra la vida y que el tratamiento dental, aunque es desagradable está fuera de todo perjuicio corporal.
- 2o.) Debemos también decir al paciente que el odontólogo puede emplear procedimientos positivos para controlar el dolor. No hay forma más potente de psicoterapia que la sugestión.
- 3o.) Tenemos la oportunidad de decir a los pacientes, con palabras tranquilizadoras, que emplearemos toda consideración en nuestros procedimientos operatorios y que comprendemos sus sentimientos. Esto no significa embaucar al paciente con la frase de todos conocida: "esto no le doleré nada".

Es claro que los pacientes se disgusten al oír tal falsedad, porque ellos tienen la certeza de que la experiencia

odontológica es desagradable; pero si sienten nuestra consideración, tolerarán una razonable cantidad de dolor.

Si el odontólogo en su pre concepto mecanicista, encara la operación dental como un procedimiento automático a ser realizado sobre una cosa inorgánica, puede esperar todas las formas de exhibición miedosa, a pesar del anestésico que emplee y de la excelencia de su técnica. Estas son verdades simples, pero las verdades simples son las más fáciles de olvidar.

4o.) Podemos ayudar a conquistar el temor al tratamiento odontológico mediante una mejor comprensión "del hombre dentro del paciente" si reconocemos y le decimos que entendemos lo que siente. Con este reconocimiento y comprensión por parte nuestra, el paciente será capaz de transformar parte de su temor a la experiencia odontológica a una simpatía por el odontólogo como persona.

Cuando se desarrolla tal armonía, podemos esperar una inmediata disminución en sus reacciones de miedo; la hostilidad es un estado emocional que moviliza al organismo de manera similar a la reacción de miedo y por ésto la hostilidad personal, sobrepuesta al miedo, es una peligrosa combinación en la práctica odontológica.

El miedo al tratamiento odontológico como es consciente y por lo general verbalizado, puede liquidarse mucho más rápidamente que una amenaza imaginaria. A las personas les disgusta sentir el contacto de los instrumentos dentales, el

sonido de los mismos, la sensación de que puede faltarles la respiración, el gusto desagradable de los medicamentos, lo mismo que son comprensiblemente temerosos a los instrumentos agudos, giratorios o cortantes.

Cuando por gracia oímos decir al paciente "no fué tan terrible como pensé", es un comentario común en el consultorio odontológico, es porque hemos traspasado la barrera del miedo o hemos actuado demostrando que en verdad nuestro trabajo no necesariamente va acompañado de daños que provoquen lo "insoportable de nuestros instrumentos". Si nada enojoso en el sentido físico le ha ocurrido al paciente, podemos esperar una disminución en sus reacciones de miedo.

Todos hemos tenido experiencias de personas que vienen a nosotros sumamente temerosas y que luego que ha progresado el tratamiento, su ansiedad disminuye y tanto su capacidad para soportar el dolor como su tolerancia al mismo han aumentado.

El fenómeno de la desaparición del temor dental se explica fácilmente en conjunto sobre una base emocional, ya que es en parte una cuestión de mejoramiento en el equilibrio autonómico y en parte una relación interpersonal agradable establecida entre el odontólogo y el paciente.

- Primera edad: el infante, del nacimiento a 6 años.
Segunda edad: el escolar, de 6 a 16 años.
Tercera edad: el enamorado, de 16 a 25 años.
Cuarta edad: el soldado, de 25 a 35 años.
Quinta edad: el juez, de 35 a 55 años.
Sexta edad: vejez, de 55 a 75 años.
Séptima edad: senilidad, de 75 años a la muerte.

I N F A N C I A

Esta clasificación basada grandemente en los aspectos psicológicos de las edades por grupos, tiene sus sub-divisiones, por ejemplo: en la primera edad, English y Pearson dividen los primeros 6 años de la vida en 3 sub-divisiones precisas: el período oral, que comprende el primer año de vida; el período anal, del final del primero al final del tercer año, y el período genital de los 3 a los 6 años.

Estas primeras edades (del infante al escolar) ameritan cierta profundización, por considerarlas de mucho valor en el tema que se está desarrollando.

Período oral

En el primer año de vida el niño vive para satisfacción alimenticia y oral, sin estar sujeto a responsabilidades ante las personas que lo rodean o la sociedad. Durante el primer año comienzan a hacer erupción los dientes temporarios que perturbaron la satisfacción de chupar el dedo. Bien podría ser que este hecho constituyera una frustración de la misión más importante del primer año y podría

colorear los pensamientos inconscientes del niño de modo que consideraría los tejidos dentarios como estructuras que niegan su propósito de vida. Las especulaciones en el campo de la psicología infantil admiten esta y otras explicaciones. Si el niño desarrolla una ambivalencia dentaria (satisfacción e insatisfacción con sus dientes), significará que tiene asociaciones placenteras con sus dientes por el rol que juegan en la preparación para la deglución de sus alimentos. La hostilidad ambivalente estaría dirigida contra los dientes que pueden ser dolorosos en el proceso de erupción o por que son causas de separación del pecho materno. Este análisis nos ofrece la explicación de algunos recelos o problemas frecuentes en odontología: A causa de esto es posible que si, el niño en sus primeros años de la vida desarrolla la ambivalencia en sus dientes, este pueda perdurar durante toda la vida. Existen personas que con la preparación alimenticia por medio de sus dientes manifiestan placer, por lo tanto quieren mantener en buenas condiciones sus estructuras dentarias pero no están dispuestas a tolerar las incomodidades o el costo del tratamiento, en el mismo momento.

Durante el período oral el niño puede desarrollar succión del pulgar y otros hábitos manipulativos. Los psiquiatras creen que estos hábitos se desarrollan a causa de la poca satisfacción de la succión del pecho materno. Los ortodontistas creen que el esfuerzo muscular efectuado en la

CAPITULO IV

LA RELACION ODONTOLGO-PACIENTE EN LA INFANCIA Y LA EDAD
ESCOLAR.

colorear los pensamientos inconscientes del niño de modo que consideraría los tejidos dentarios como estructuras que niegan su propósito de vida. Las especulaciones en el campo de la psicología infantil admiten esta y otras explicaciones. Si el niño desarrolla una ambivalencia dentaria (satisfacción e insatisfacción con sus dientes), significará que tiene asociaciones placenteras con sus dientes por el rol que juegan en la preparación para la deglución de sus alimentos. La hostilidad ambivalente estaría dirigida contra los dientes que pueden ser dolorosos en el proceso de erupción o por que son causas de separación del pecho materno. Este análisis nos ofrece la explicación de algunos recelos o problemas frecuentes en odontología. A causa de esto es posible que si, el niño en sus primeros años de la vida desarrolla la ambivalencia en sus dientes, este pueda perdurar durante toda la vida. Existen personas que con la preparación alimenticia por medio de sus dientes manifiestan placer, por lo tanto quieren mantener en buenas condiciones sus estructuras dentarias pero no están dispuestas a tolerar las incomodidades o el costo del tratamiento, en el mismo momento.

Durante el período oral el niño puede desarrollar succión del pulgar y otros hábitos manipulativos. Los psiquiatras creen que estos hábitos se desarrollan a causa de la poca satisfacción de la succión del pecho materno. Los ortodontistas creen que el esfuerzo muscular efectuado en la

alimentación en el pecho materno, desarrolla los maxilares y la cara. La alimentación por medio de la mamadera, que requiere menos esfuerzo que para usar el pecho materno y no le dé a la musculatura facial suficiente trabajo, así como el trazo de la palanca de la mamadera pueden ser factores mecánicos que produzcan una protrusión del segmento anterior del maxilar superior. Para algunos ortodoncistas, estos mecanismos no ofrecen inconvenientes, si son eliminados a tiempo.

Recomendaciones: ninguna en particular ya que la relación odontólogo-paciente, en este período queda sujeta a situaciones muy variadas, porque durante esa edad, no será directamente el paciente niño el que busque la atención odontológica, sino que serán los padres o encargados de él, los que decidirán sobre esto y por lo tanto es posible que el infante en este período oral, reaccione simplemente con miedo - pues en muy pocas ocasiones será sometido a tratamientos dolorosos.

Este primer período de la primera edad, queda señalado más que todo, para relacionarlo con causas predisponentes - para el período anal.

Período anal

Durante el período anal es cuando el niño reconoce por primera vez algunas responsabilidades y disciplinas, es también el tiempo durante el cual desarrolla hábitos de alimentación y de higiene bucal.

Si el niño tiene la poca fortuna de contar con padres exageradamente protectores o indiferentes, puede adquirir hábitos de alimentación que serán desastrosos para sus tejidos dentarios, por ejemplo la administración excesiva de azúcares que constituye un grave peligro. La madre demasiado placentera, le otorga todo lo que pide. Cualquiera que sea el motivo el resultado es el mismo: un niño a quien se le permite desarrollar hábitos de alimentación perniciosos. Antes de finalizar su tercer año de vida deberá ser llevado al dentista.

Si el niño es llevado al odontólogo antes de que haya experimentado dolor o que haya sido acondicionado para el temor dental por otros niños, su experiencia odontológica no será traumática siempre que la madre, en su deseo de disciplinar al niño en el cuidado dental, no haya sido extrema-
da.

Recomendaciones:

- a) Atender al niño, sin acompañantes, desde la primera sesión: la primera cita, es por supuesto una nueva experiencia y el niño lejos de mostrar miedo puede demostrar ansiedad. El niño abandona su ansiedad tan pronto se le asegura en su propia posición y siente que ninguna acción inamistosa se realiza contra su persona. Tan pronto como el niño se encuentra en el sillón dental, seguro de hallarse en una atmósfera de buena voluntad, se debe pedir a la ma-

dre que se retire de la habitación; concuerdan los pedodontistas que no es conveniente que la madre se encuentre en el consultorio en el momento de comenzar nuestro trabajo; es indispensable desde luego, su presencia para llegar a un acuerdo sobre los trabajos a efectuarse y los honorarios a cobrar. El hecho de que la madre desaloje la habitación y el niño no se dé cuenta del procedimiento requiere a menudo una diplomacia de alto orden. Charlando con palabras benevolentes, la madre no hace más que confundir al niño y molestar al odontólogo.

b) Emplear la sinceridad, naturalidad y firmeza cuando se hable al pequeño paciente: la protección maternal es un fenómeno comprensible y es frecuente observar en algunos consultorios que el odontólogo permita la presencia de ella; se sucede entonces un fenómeno de autoridad confusa, cuando la madre piensa una cosa y el odontólogo otra, ante esta situación el niño acepta la autoridad maternal y no considera al odontólogo; cuando éste pierde su posición de autoridad el niño no responderá a las sugerencias que se le haga y se llega a un punto muerto, "El doctor no te va a hacer nada", "si no te portas como un niño bueno, no tendrás.....", "si te portas como un niño bueno, puedes tener.....esto, aquello y la otra 'cosa", toda esta charla es anuladora y perturbadora; el niño se coloca en una atmósfera que ofrece una amenaza de castigo o la promesa de una recompensa.

En esta confusión el niño decide aceptar el castigo renunciando a todo; se hace obstinado, o puede convertirse en intratable y turbulento. Aprieta fuertemente sus maxilares; se siente hosco y desafiante, es tan duro de tratar como el niño que grita y se contorsiona; surgen tensiones y la débil voz del intelecto se extingue.

La madre amenaza chillonamente o ruega con una nota de tirantez. El odontólogo puede unirse al coro de amenazas o promesas. El niño comprende que es el dueño de la situación y por fin llegamos a la conclusión que esta cita ofrece el saldo de mala voluntad.

- c) Aprovechar la primera visita para conocerse, pudiendo o no ejecutar algún trabajo simple: no existirían estos inconvenientes, si el niño fuera presentado en el consultorio dental sin tener en su experiencia conflictos provocados por afecciones dentarias y que no haya sufrido el acoso verbal del aspecto amenazante del odontólogo. La primera cita puede aprovecharse, simplemente para conocerse. No se necesita hacer nada. Desde luego para el odontólogo aparentemente, esto no ofrece los efectos deseados desde el punto de vista económico, o bien el padre creará infructuosa su visita porque su hijo no recibió el tratamiento esperado. Sin embargo debemos hacer escuela y hacer conciencia de este fenómeno en el padre, aparentemente defraudado, pudiendo cobrarse la visita como una consulta. Puede en otro

caso procederse a efectuar una sencilla profilaxis y borrar el anterior concepto de visita defraudada.

Período genital

El tercer período de la primera edad, de 3 a 6 años es designado por English y Pearson, como el período genital.

El erotismo tiene su aparición en esta fase; es normal en el desarrollo y no debe considerarse patológico. Esta etapa crea una serie de problemas y entre ellos el que tiene mayor interés en este caso es una pobre adaptación hacia otros niños; creen algunos especialistas que en esta etapa es el momento en que pueden desarrollarse las fobias. Se han hecho pruebas sobre este tópico, pero nunca relacionadas directamente a los temores dentales (6); sin embargo, podemos razonablemente incluirlos sobre todo si el niño ha vivido en una atmósfera familiar de discusiones y exhibiciones de miedo.

Recomendaciones:

Los métodos sobre la manera de vencer los temores infantiles, pueden ser divididos en tres clases de acuerdo al grado de efectividad:

- A) Ineficaces:
 - a) ignorar los temores del niño. Esto es efectivo sólo cuando el niño esta usando su temor para ganar la atención del adulto.
 - b) Forzar al niño a ponerse en contacto con el objeto fóbico.
 - c) Sacar al niño del objeto fóbico o de la situación temida o sobornarlo para hacerle menos pendiente de su temor.

B) Medidas auxiliares:

- a) Explicación y reaseguro verbal.
- b) Demostraciones prácticas de la inocuidad del objeto fóbico.
- c) Ejemplos demostrativos de la falta de miedo que otros niños tienen hacia el objeto fóbico.
- d) Acondicionamiento positivo.

C) Muy eficaces:

- a) Ayudar al niño a desarrollar habilidades de manera que sea capaz de hacer frente al objeto o situación fóbica, llevándolo gradualmente a un contacto activo con el objeto fóbico y a una participación activa en la situación temida.
- b) Darle la oportunidad de conocer gradualmente el objeto o situación temida en circunstancias que le permitan inspeccionarlo o ignorarlo.

En resumen, el procedimiento a seguir en los problemas referentes a trastornos dentorios en la infancia, es el siguiente:

- a) Trate al niño con respeto, como ser humano.
- b) Sea natural, sea usted mismo, esté libre de temores.
- c) Nunca le desfigure nada.
- d) Nunca prometa nada que no pueda cumplir.
- e) La fé y confianza de un niño se ganan fácilmente con sinceridad y buena voluntad. Estos dos inapreciables factores pueden perderse para siempre por cualquier clase de decepción o frau-

de mental.

E D A D E S C O L A R

Esta edad está dividida en dos períodos: el período de latencia de 6 a 12 años; y la pubertad de 12 a 16 años. La primera parte relativamente libre de presiones emocionales y la pubertad excesivamente recargada de tensiones.

Latencia

Latencia es un término comparativo, usado para describir los años entre las tensiones de la primera edad y los trastornos emocionales que surgen con la pubertad.

Entre los conflictos que pueden provocar ansiedad, en esta etapa se debe aludir a la dificultad de adaptación social o sea el desarrollar sentimientos inadecuados para tratar a las personas y enfrentar las experiencias de la vida.

Durante este período la incomodidad en la erupción y pérdida de dientes temporarios así como la adquisición de los permanentes se sucede con menor esfuerzo y la molestia es mínima; después adquieren su correcta relación con la armonía en la forma facial o bien pueden ubicarse en mal posición con desarmonía facial.

El niño comienza a vivir en la organización social de sus contemporáneos, volviéndose consciente de su nueva posición. Todo lo que su grupo dicte en materia de vestidos, modales, etc., será seguido por cada uno de sus miembros. El padre que pone objeciones será considerado anticuado o

como remanente fosilizado de edades pasadas. El niño opondrá resistencia a las sugerencias sobre nutrición, hábitos higiénicos y al valor de la atención médica y odontológica.

Pubertad

Generalmente ocurre entre los 12 a 16 años; es un período de responsabilidad y conflicto emocional. La transición física de la infancia a la vida adulta es tan aparente como para que la veamos todos. El niño-hombre, viviendo estos años difíciles no puede abandonar completamente las cosas de la infancia. Atrapado entre sus intereses como niño y las exigencias de que es objeto por parte de la sociedad en que vive, para asumir cierta responsabilidad, no puede definirse y casi siempre se comporta con doble personalidad.

De los 14 a los 16 años, el muchacho de mala gana se separa de sus juguetes para asumir un rol de acuerdo con su voz cambiante y sus vellos faciales. Coloquemosle en el consultorio odontológico. Puede disimular sus recelos transicionales con una viveza o arrogancia falsa. La muchacha, generalmente no se siente tan confundida como el varón, con el comienzo de la menstruación, la niña tiene una evidencia física directa de que su condición de mujer ha comenzado. Posiblemente deje a un lado sus muñecas sin vacilación y coloquemosla también en el consultorio odontológico. La niña de ayer puede pasar a ser mujer en un intervalo entre citas de 6 meses.

Ha comenzado a prestar a sus dientes una más cuidadosa

atención. Aprende pronto que ser mujer exige que obtenga al máximo sus ventajas físicas naturales. En el varón, el retardo desde este punto de vista es mayor, pasarán varios años antes de que aprenda el valor de su apariencia personal. Los accidentes dentales en esas edades son frecuentes ya que los niños en este período practican deportes violentos, se inclinan a ser audaces y a ser amantes del riesgo.

El niño no ha entrado en la relación interpersonal como resultado de una libre elección de su parte. Ha sido enviado por el padre. El odontólogo puede ser una personalidad discordante para el niño y la base para una profunda hostilidad. La autoridad paterna ha influido en el niño y lo ha llevado forzosamente a una situación que no puede escapar. Puede ser capaz de expresar su desagrado al odontólogo como persona o a la odontología. El profesional por su falta de comprensión de los procesos mentales y patrones de conducta del niño, carece de un sentimiento de comprensión y simpatía, de la que rápidamente el muchacho se dá cuenta.

Maury Massler expresa un punto de vista respecto a la base psicogénica de la caries dentaria en niños de la segunda edad así: "El niño en esta edad es emocionalmente inestable a causa de los profundos cambios en su estructura interna y externa. Los efectos de los desconciertos emocionales y tensión nerviosa sobre el aparato dentario han sido pocas veces investigados. En nuestra experiencia, hemos visto a menudo caries rampantes o erosión dentaria siguiendo a un

período de exámenes; en hombres de edad media, nerviosos, - después de incidentes que les habían causado prolongados traumas emocionales, ocurrió un completo desmoronamiento de todo el aparato dentario ya por caries rampantes o por erosión, en un período de seis meses. El mecanismo de este efecto se produce indudablemente a través de la composición alterada de la saliva; los cambios en la saliva luego de trastornos emocionales (miedo, etc) deben ser bien conocidos por el odontólogo. No es por lo tanto algo traído de los cabellos especular sobre la relación de este factor en la producción de caries en la pubertad". (7).

En resumen:

(1) En nuestras relaciones interpersonales muchas veces hace falta valor para apartarse de normas tradicionales y de apreciación; los odontólogos estamos acostumbrados a valorar nuestros servicios en términos de cosas materiales, razón por la cual nos es difícil recordar que el conocimiento y el juicio, lo mismo que las habilidades mecánicas, establecen las diferencias en la relación profesional.

(2) La personalidad del odontólogo sujeta a ciertas condiciones y constelaciones temperamentales, es la razón por la cual algunos odontólogos pueden tratar con más agrado a niños y otros atienden mejor a personas mayores.

(3) Un gran error han cometido quienes abogan porque todos los odontólogos en la práctica general, dediquen una gran parte de sus energías al ejercicio de la pavidoncia.

Muchos odontólogos están incapacitados por temperamento o por interés para atender niños.

(4) Los niños serán seguramente más perjudicados que ayudados, si tienen la poca fortuna de ser sometidos a los servicios de un odontólogo a quien además de no gustarle los niños, no tienen interés en las fases técnicas de la pedodontia.

(5) En el simple hecho de utilizar la primera cita para un acercamiento personal, estriba el conocimiento al ser humano como paciente. Hasta que la odontología para niños no sea colocada sobre esta base, continuará siendo lamentablemente descuidada en la práctica odontológica.

(6) Teniendo presente estos hechos fundamentales de conducta, tratemos de encaminar nuestro llamado de atención dental a los niños en el plano de sus intereses, no en el plano de lo que nosotros pensamos que deberían ser sus intereses. En el caso de los varones, debemos decirles que la salud dentaria contribuye a una mayor robustez física, lo que a su vez ayuda a las proezas atléticas y a la vida de aventura que pretende vivir. El llamamiento a las niñas debe enfatizarse en la apariencia. Dientes agradables la harán más atractiva, ella atenderá y reaccionará favorablemente a esta clase de aproximación.

CAPITULO V

OBSERVACIONES PSICOLOGICAS EN LA ODONTOLOGIA INFANTIL

Observaciones psicológicas en la odontología infantil

La contribución considerable de los estudios realizados en los últimos 50 años a la comprensión de la vida mental y emocional del ser humano, son tremendamente aceptados en odontología y especialmente en odonto-pediatría. (9)

Se está tratando de descubrir, los principios que gobiernan la conducta de los seres humanos y en la actualidad es posible ponerlos en práctica; no sabemos " por qué " suceden las cosas, pero sabiendo " cómo " suceden, podemos ensayar aplicaciones específicas y directas. La conducta del niño no es fundamentalmente distinta a la del adulto y es de presumir que en él se pueda observar en una etapa menos compleja siendo más fácil reconstruir las tendencias en la niñez que en la vida adulta. Es recomendable suponer que la conducta puede ser modificada más fácilmente en la persona joven, desde luego no en todas las circunstancias.

La psicología en parte, se basa en la observación y en parte es intuitiva. Gradualmente se llegó a la convicción de que si la conducta podía ser modificada, era prudente intentar su rectificación antes de que se pusieran de manifiesto los resultados de una anomalía persistente. Al ganar terreno en este punto de vista es más fácil tratar médicamente a las personas, y en especial a los niños, y estudiar los problemas que surgen entre los padres y los hijos.

Se insistirá ya que se supone que se tendrá en cuenta durante el curso de la exposición, que si ignoramos lo que

se refiere a la conducta, no debemos -no podemos- hablar de causas. Lo que observa el investigador profesional está determinado en parte por su punto de vista: medicina clínica, fisiología, endocrinología, psicoanálisis, etc., cada una de esas disciplinas hacen descripciones e interpretaciones formales, propias de su especialidad; sin embargo, a pesar de reconocer esa gran variedad de opiniones, de aceptarse el hecho de que existe una zona de acuerdo fundamental y general; zona en la que se procurará mantener este trabajo, excepto cuando se haga evidente la necesidad de apartarse de ella.

El concepto de que la conducta es propositiva no significa que sea consciente, sino que puede ser considerada de cierto valor para el organismo que lo manifiesta; por ejemplo: el niño al nacer comienza a respirar, poco después a comer; no sabe conscientemente lo que está haciendo o por qué debe hacerlo, sin embargo, desde el punto de vista del observador interesado, la conducta del niño sirve para un fin valioso; tanto es así que si no puede realizar estos actos elementales, la vida se le presenta amenazada; poco tiempo después las reacciones propositivas, hacen su aparición cuando siente la necesidad de sentarse, caminar, hablar, etc. No es absurdo suponer que el estómago podría negarse a tolerar la ingestión de ciertas sustancias benéficas para el corazón, pero los órganos llegan a una transacción relativamente aceptable, actuando como si cada uno de ellos supiera, que sus propios intereses exigen cooperación estrecha de los

otros. Así sucede que una parte de lo que nosotros llamamos, la mente del niño, puede contestar con un NO, a una demanda y otra parte puede con igual énfasis contestar que SI. En el trato que nosotros tenemos con el niño, observamos esta última situación con frecuencia, cuando las tendencias opuestas provocan un conflicto y, a pesar de ello, mediante el convencimiento, el cambio de tema, etc., el niño hace lo que debe hacer, resolviendo así su dilema. Estos mecanismos de rápida adaptación del órgano a fin común son provocados, indudablemente, por el sistema nervioso vegetativo, las glándulas de secreción interna, etc., no es necesario exponer aquí la fisiología de estas estructuras, pero puedo advertir que aunque mi propósito es psicológico, la acción de ellas debe ser considerada como un hecho fisiológico.

En otras palabras, la separación de la fisiología y la psicología es tremendamente artificial y carece de todo fundamento cuando se refiere a conductas extremadamente psicosomáticas.

Esto nos confirma que además de ser predominantemente propositiva e inconsciente, la motivación de casi toda la conducta es en gran parte "emocional". Aquí también se trata de solamente una forma de decirlo. Es real, esencial, normal como la formulación "intelectual", pero tiene su origen en los centros nerviosos más profundos y quizá más fundamental que los que regulan la conducta intelectual. Me parece que el principio que se viola con mayor frecuencia, es la

"suposición" de que si un niño, es lo bastante "grande", para saber lo que le conviene, resulta posible modificar su conducta recurriendo a lo que sabe. Esa circunstancia es causa de graves dificultades, pues se nos educa con la creencia de que la inteligencia verbal tiene una importancia vital y que es la que determina la conducta.

Sin embargo, existe la tendencia de comprobar que los niveles llamados emocionales son los que determinan el comportamiento. Es claro que no existe un lugar literal de localización de las emociones, estas son más bien procesos que dependen para su expresión, de ciertos centros situados en la profundidad del cerebro, dichos centros se han formado ya al nacer el niño y son influidos o acondicionados, valga la expresión, por sus experiencias pero no pueden ser modificados por los conceptos o las palabras tomadas como tales. Esta razón demuestra claramente y a la vez profundamente que carece de objeto pedir a una persona que no tenga temor, cuando la naturaleza misma de su experiencia es que sienta miedo. Sin embargo es común oír decir así al niño, que no debe tener miedo, puesto que es evidente (para el adulto) que no hay nada a que deba temer; si a pesar de la observación el niño siempre siente miedo cuando en realidad no hay nada que temer, es entonces considerado como desequilibrado mental.

Sencillamente la rabiata de los niños nos demuestra manifiestamente algunos de estos principios. Si observamos cuando el niño se presenta a un conjunto de estímulos en los que incluso con una "protección" aparente es ayudado, entra

entonces en un conflicto con ellos y al hacerlo adquiere lo que conocemos como experiencia, la cual lo lleva a sentirse deseoso, impulsivo, etc. Al darle salida a estos deseos, impulsos, encuentra entonces que algunos le son permitidos y otros nó.

Hasta cierto punto se siente frustrado pero es claro que no hay nada deliberado o conciente en casi toda su conducta. La palabra frustración es un término que se aplica a cierto sentido de incomodidad o desagrado y no debe considerarse extraño que el niño reaccione deliberadamente tratándolo de librarse de él.

Puede entonces luchar, gritar, llorar, dar muestras de hostilidad o de miedo. Es frecuente que los padres, ante estos actos se sientan con mucha pena y acaban por hacer cualquier cosa por evitarlo, si el padre cede terminan estas demostraciones. Es fácil entender esas manifestaciones, pero resulta evidente que ninguna explicación que se dé sobre lo intransigible de su actuación producirá el efecto deseado, como tampoco lo hará una azotina pues este precio lo ha decidido aceptar a cambio del propósito frustrado. En cambio si creamos una situación que nos lleve a conseguir el propósito, a cambio de demostraciones propias del adulto, puede a veces llegar a cambiar totalmente el cuadro. Se produce también el fenómeno de que si el padre o el operador consideran que la rabiata es una manifestación de sentimientos nocivos, como el de sentirse repudiado o inseguro, natural-

mente que procurarán borrar ese sentimiento nocivo inmediatamente, al hacerlo probablemente adviertan al niño que su comportamiento es irrazonable, exágerandole a los ojos del paciente, ya sea para usarlo como arma o para demostrarle su carácter enfermizo, pero si se considera que es una manifestación de suficiencia ante el medio que lo rodea, mala crianza desde el punto de vista social, entonces se podrá hacerlo responsable con más facilidad. Aseguran algunos, que la mayoría de los niños pueden asumir una responsabilidad mayor, y no menor, por la conducta que se considerara adecuada para su edad.

Por estas razones de carácter general, me parece que es más eficaz hacer responsable al niño por la duración de la rabiata, que castigarlo severamente o dedicar varias horas a darle explicaciones, e incluso es más eficaz que el tratamiento directo del niño. Como he indicado con anterioridad, cuando se inicia el tratamiento del niño se le dice claramente que su comportamiento debe ser considerado como una enfermedad y que se requieren los esfuerzos del profesional para curarlo.

Debe decirse lo mismo sobre actos como comer, acostarse, vestirse, jugar, etc., pues no deben considerarse sólo como obligaciones de los niños sino también como derechos y sólo se los negaremos cuando tengamos la convicción de que no pueden hacer uso de ellos. Lo que el niño sienta al ejercer estos derechos depende inevitablemente de él, por fortu-

na no podemos exigirle que sienta lo que nosotros quisieramos.

Si un niño tiene que ir a ver al odontólogo es ésta una decisión que sólo puede tomar un adulto autorizado para ello, es decir, los padres o el odontólogo y nadie podrá negar que esa visita entraña molestias considerables.

Es completamente normal que tales circunstancias provoquen el desasosiego. Intentar una y otra vez tranquilizar al niño diciéndole que no hay nada que temer, nada que deba intranquilizarlo, resulta inútil, ineficaz y esencialmente un olvido de la forma en que se manifiestan los sentimientos. En la admisión por parte de los adultos responsables, de que las ansiedades o el miedo son normales se encuentra quizá la mayor ayuda que se pueda dar al niño y el mejor medio de tranquilizarlo. Podemos aceptar el hecho de que tenga miedo, pero debemos repetir que ese temor forma parte de las reacciones no sólo normales, sino que convencionales, al hacer frente a una situación que puede no resultar tan dolorosa como se espera. Lo que siente el niño sólo de él depende, y se ha observado repetidas veces que si se mantienen - claramente separados estos dos factores el niño puede en términos generales, adoptar la actitud que requiere el problema. Puede tener miedo, pero si los padres saben que es capaz de seguir adelante a pesar de ello, su actitud es casi un reconocimiento a la capacidad del niño para hacer frente a sus problemas y poderlo resolver.

Fracasará cualquier intento que se haga para trazar líneas definidas de división entre la ansiedad y el miedo, entre los temores objetivamente válidos y entre aquellos - que carezcan de validez, pues estas palabras son términos que se aplican a ciertos sentimientos que fluctúan con gran rapidez y no están relacionados de manera estrecha con la realidad externa que acepte el observador.

Es preferible considerar el sentimiento como si fuera sustancialmente el que manifiesta su poseedor, pero no necesariamente como si tuviera la grave importancia que le - dá el que lo siente. Sería irrazonable negar lo que el niño siente, lo que dice o que tiene causas para sentirlo. Posiblemente su exámen ponga de manifiesto la importancia simbólica del miedo, pero cuando el diagnóstico es tal, el caso debe entonces ser tratado por un especialista. La tendencia común a suponer de manera rutinaria que los temores, las ansiedades, el miedo, etc., tienen significación patológica DEBEN SER DESAPROBADOS.

Clasificar a un niño como si tuviera un hondo problema psiquiátrico, es una cuestión que entraña tanta responsabilidad como clasificarlos de tuberculosos o diabéticos, sin más.

Las opiniones actuales indican que el carácter o las reacciones son normalmente defensivos. Entre estas reacciones se encuentra una que recibe el nombre de culpa. Su desarrollo coincide con el desarrollo de la personalidad

considerada como un todo; coincide también con la significativa capacidad del niño para crear en su interior las actitudes de las personas que lo rodean y para usar esas actitudes interiorizadas a fin de regular su propia conducta.

Sin esta capacidad no podríamos aprender por la experiencia. No nos debe extrañar que en ocasiones desarrolle un sentimiento excesivo de culpa para el comportamiento de que se trate, cosa que nos lleva a reflexiones sobre cuál será el grado conveniente que deba alcanzar el sentimiento de culpa en lo que se refiere a ciertos sentimientos específicos de la conducta. Sin embargo, es dudoso que alguien pueda determinar "cuánto" sentimiento de culpa, debe desarrollar el niño en relación con algunos aspectos de sus actividades. La manifestación de culpa, aún en grado considerable no tiene necesariamente que ser reprobada. Como todas las demás manifestaciones de diferencias personales, la normalidad varía dentro de límites muy amplios.

Algunos síntomas dolorosos pueden llevarnos a hacer un esfuerzo para aliviar el dolor; pero esto no significa que el proceso de formación del dolor, la potencialidad, sea en sí misma deplorable.

En la experiencia del que se ocupa de los problemas de la conducta de los niños, hay un punto de vista muy útil, parecido al que considera las reacciones orgánicas como medidas para hacer frente a situaciones que presenta el ambiente. Algunas son más eficaces y otras no lo son tanto, algu-

nos tienen la capacidad de producir efectos secundarios indeseables, otros han demostrado ser muy valiosos desde el punto de vista social e individual (9). Por ejemplo la lucha que emprenden los leucocitos y anticuerpos contra la infección, es el caso típico del mecanismo sin el cual el organismo tiene la capacidad de hacer que su comportamiento parezca razonable para sí mismo, de perderse en el sentimiento de unidad con otro, de librarse de ideas desagradables por medio de sus manifestaciones adecuadas.

El niño como paciente dental

Es común en la atención del niño pre-escolar que no haya tenido nunca ninguna explicación sobre alguna experiencia odontológica, que se acerque al consultorio con alguna timidez, pero sin miedo, posiblemente sea el factor familiaridad el que trabaje en este caso. Esta timidez puede ser modificada inmediatamente cuando el odontólogo le convenza de su amistoso interés odontológico, convirtiéndolo entonces en un caso tratable invariablemente; aseguran que estos niños que no han sido condicionados por el miedo, pueden llegar a ser excelentes pacientes. Aquí he observado que la tolerancia al dolor es sorprendentemente elevado gracias a la proximidad amistosa y sincera del odontólogo, pero es claro y desgraciadamente lo debemos reconocer, que la naturaleza del tratamiento odontológico no puede esperarse que resulte agradable, pero sí se asegure un comienzo satisfactorio en la -

relación odontólogo-paciente.

El valor que se le puede atribuir a un tratamiento precoz o mejor preventivo, sin causarle dolor, es muy importante, como lo es también la influencia verbal con miras a atenuar el miedo. Naturalmente ese tratamiento precoz asegura también la conservación de los tejidos dentarios, como lo es también el más grande factor para prevenir el miedo dental, factor que lo considero muy importante y que debería ser un hecho más común en los programas de salud pública.

Un niño pudo haber tenido mucha fortuna, como para vivir en un grupo familiar donde nunca haya sido sometido ni verbalmente ni por observación a situaciones de miedo, puede este caso tener una actitud de completa desprevenición hacia el tratamiento dental y le resulta, algo totalmente desconocido y nada familiar; este caso nos ofrece un comienzo espléndido, pero a pesar del cuidado de la familia, el niño no puede estar protegido constantemente, porque tan pronto comienza a relacionarse con otros, obtiene de ellos toda clase de valoraciones y normas, muchas de ellas aceptables, por ejemplo: el sentido del buen deportista francamente excelente, no así como los temores a la obscuridad, a los ogros, al odontólogo, al médico, pero debe quedar claro nunca puede adquirir una fobia, inculcada por otros niños.

Un niño que ha disfrutado una relación agradable con su odontólogo, corre el riesgo de perderlo porque puede oír de otro las vívidas historias de dolor, de sus experiencias con

médicos u odontólogos, inoculando el germen del miedo y entonces la proxima vez que vea a su odontólogo o médico puede reaccionar desfavorablemente.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

Conocida en el campo psicológico, la actitud del paciente como persona, los motivos que tienen para enfrentarse al consultorio dental; conocida también la actitud del odontólogo ante el menesteroso que requiere su ayuda, es preciso fijar la atención concienzudamente en este aspecto diario - que tenemos obligación de enfrentar, para canalizar suficientemente la educación del odontólogo en la RELACION ODONTOLOGO-PACIENTE EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES, (Cap. No. I); y aprender por medio de la introspección, a conocer los fracasos o causas de la comunicación en la RELACION INTERPERSONAL.

La RELACION INTERPERSONAL, se caracteriza profundamente por la capacidad de comprender y analizar al paciente -- (Cap. No. II) "nervioso", "miedoso", por falta de afectos como persona o de sinceridad o amistad, para influir en él la confianza necesaria, que como paciente amerita.

La DERROTA DE LOS TEMORES AL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO, (Cap. No. III), problema público, de profunda repercusión social, no ha tenido la atención necesaria y básica por parte de odontólogos o sociedades odontológicas, "porque nos hemos entusiasmado tanto con los valores de salud física del tratamiento odontológico, que prácticamente les hemos puesto un velo a los aspectos psíquicos del mismo", sin embargo, cada uno de nosotros, los de la profesión odontológica, por "pu-

ro instinto", conocemos y valorizamos el problema, nos damos cuenta de su real y vívida existencia, pero actuamos - sin conocimiento de causa, creyendo influir en el paciente y con nuestra visión hacia el prestigio, hacia la comodidad social o económica, tratamos el problema muy superficialmente. Es por eso que mi intención al abordar este punto, como trabajo de tesis doctoral, es canalizar la relación ODONTOLOGO-PACIENTE (Cap.No.IV), principalmente en el campo de la RELACION INTERPERSONAL y conocer algunas observaciones psicológicas en la odontología infantil (Cap.No.V), posteriormente llegar a aceptar la importancia de la urgente necesidad de aplicar estos conocimientos.

Relacionados todos los capítulos que contiene mi trabajo, llego a la conclusión que es absolutamente necesario agrupar las diferentes actitudes del paciente, miedo, inseguridad, desconfianza, etc.etc. para que en esta forma puedan ser comprensiblemente estudiados por el odontólogo y ofrecer mejor relación ODONTOLOGO-PACIENTE, en el campo de la RELACION INTERPERSONAL, la que considero que amerita inminente atención por nuestra parte.

SUGERENCIAS

Conocida la importancia que los aspectos psicológicos tienen en odontología y prueba de mi acierto, es que en la misma Clínica de Diagnósticos y Cirugía Oral de nuestra Facultad, existe una ficha, en la que se catalogan a los pacientes según su temperamento: nervioso, cooperador, etc.

Y conocida también la dificultad para hacer una correcta catalogación por parte de nosotros, los estudiantes, debido a nuestros pocos conocimientos técnicos y científicos de psicología, aplicados a la Odontología, sugiero:

- 1o. Dar conocimientos sobre fundamentos psicológicos, al estudiante de Odontología, esencialmente útiles en la profesión.
- 2o. Concederle la importancia necesaria a la psicología infantil, en Odontopediatría.
- 3o. Conceder importancia a la investigación psicológica de los problemas de salud oral, tales como caries, afecciones periodónticas, etc.
- 4o. Buscar una forma de motivar al estudiante y a los odontólogos graduados para preocuparse por el aspecto psicológico de la relación ODONTOLOGO-PACIENTE, pues ello puede ejercer una enorme influencia en el éxito profesional.

TERMINOLOGIA

CONCEPTOS

Relación inter-personal:	Actividad acaecida entre dos personas pretendiendo llegar a una posible intimidad, por ej: la establecida entre el enfermo y el odontólogo.
Relación inter-humana:	Actividad más amplia que la anterior porque se refiere a los hombres en general, por ej: la actividad que establece el odontólogo con respecto a la comunidad.
Coejecutando:	Realizar una operación o acto entre dos personas.
Odontólogo-paciente:	Unión de dos personas distintas con fines terapéuticos, por ejemplo: la relación establecida entre el enfermo y el odontólogo que cura.
Philía:	Amistad.
Ambivalencia dentaria:	Darle dos significados a la función de la dentadura pudiendo ocasionar problemas psicológicos. Por ejemplo: una sería la función que tienen los dientes en preparar los alimentos para la deglución y otra sería el disgusto que causa al niño la separación del pecho materno, por el dolor que causan al morder.
Empatía:	Trasbordarse imaginariamente al paciente; colocarse en su lugar para comprender sus sentimientos. Según Stedman's Medical Dictionary: las lecturas o sentimientos de nosotros mismos en otras personas, razas o cosas humanizadas o antropomorfizadas, objetos o sentimientos de nosotros mismos como una parte de ellos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Ryan, Edward J. "Fundamentos Psicobiológicos en Odontología", 2a. ed. Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, 1950, IX - 159 pg. (pgs. 41-46)
- (2) Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos, 12a. ed. Ginebra, Diciembre, 1961. Pg. 1
- (3) Entralgo, Pedro Laín "La Relación Médico-Enfermo", Ed. Revista de Occidente, Madrid, 1964. X - 497 pg. (pg. 255)
- (4) Ryan, E. J. Op. cit en (1) (Pg. 88)
- (5) Ryan, E. J. Ibid (pg. 97)
- (6) Ryan, E. J. Ibid (pg. 106)
- (7) Ryan, E. J. Ibid (pg. 121)
- (8) Hogeboon, F. E. "Odontología Infantil e Higiene Odontológica" 6a. ed. Gráfica Atenéa, Tránsito, México. 1958 IV - 619 pg.
- (9) Hogeboon, F. E. Ibid (pg. 25)

REFERENCIAS

- EL NINO ABANDONADO Sergio Levi y Alberto L. Merani, Ed. Alfa. Buenos Aires. Argentina. 1958
- INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA INFANTIL. Dr. Georges Heuyer -Editor Luis Miracle, Barcelona.
- APUNTES Y EXPERIENCIAS PERSONALES