

PSICOANALISIS Y ODONTOLOGIA

por el

PROF. DR. LUCAS I. GONZÁLEZ

Auxiliar Docente de la Cátedra de Patología y Clínica Buco-Dental
(Primer Curso) de la Facultad de Odontología de Buenos Aires

El doctor don Lucas I. González nos envía desde Buenos Aires el presente trabajo, expresión del impacto que otros aparecidos en esta Revista han hecho en el espíritu inquieto del ilustre odontólogo argentino, abierto a todas las inquietudes de la cultura.

Nos sentimos muy honrados por ello, y no sólo por su mérito, sino por su utilidad. No conocemos una tan clara, concreta y resumida exposición de las ideas de Freud como la que Lucas I. González expone en estas breves páginas.

Además, la exposición es francamente ortodoxa, dentro de la más pura tesis psicoanalítica.

Para los que desconozcan, o no hayan sabido entrar en el campo del psicoanálisis, este trabajo habrá de facilitarles este primer paso hacia las inquietudes de nuestro tiempo.

Acaso el segundo paso sea el hacer compatible esta ortodoxia doctrinal antropológica con la ortodoxia religiosa que latía en los artículos que publicamos nosotros. Porque toda teoría no es la última teoría, y, como se recuerda, con palabras de Hans Selye, no hace falta que sean correctas las teorías. Basta que cumplan su cometido y propósito, y después, dejen abiertas las ventanas a nuevas inquietudes. Unas, a compaginar, en síntesis de fe, nuestras creencias profesionales y religiosas; otras tendentes a un síntesis análoga entre las ideas freudianas que nos sirven en la clínica de las neurosis, por ejemplo, y las ideas utilizables en la clínica psiquiátrica, en general; todas ellas bajo una misma versión sistemática filosófica.

No creemos necesaria discusión alguna entre la doctrina pura del psicoanálisis y las distintas superaciones que de ella se intenten, tales como las expuestas por nosotros anteriormente en esta Revista. Todos nosotros tenemos ganas de comprender a cuantos tengan algo que decirnos, abiertos al máximo los poros de nuestra comprensión, tanto más cuando, como ahora, se trata del delicioso trabajo que van a empezar ustedes a leer.

I. PSICOANALISIS

«Nuestros hechos deben ser correctos; nuestras teorías no necesitan serlo, siempre que nos ayuden a descubrir nuevos hechos.»

HANS SELYE («Stress», 1951.)

I

DEFINICIONES

El *psiconálisis* es un método de comprensión de los fenómenos psíquicos normales y anormales (1, 2), así como también un método de psicoterapia.

Los *fenómenos psíquicos* (3) son los procesos de la actividad mental consciente e inconsciente que tienen lugar en la psique individual.

La *psique* es la “vida mental”.

El psicoanálisis tiene por objeto el estudio de las tres partes o instancias que componen la personalidad psíquica (4), en sus relaciones mutuas y con el mundo exterior (5).

El término *personalidad*, usado antiguamente para designar las máscaras que se ponían los actores griegos para “personificarse” en el papel que representaban (6), se usa actualmente, en psicoanálisis, para designar el conjunto de cualidades psíquicas heredadas (temperamento) o instintivas, más las cualidades adquiridas (carácter) (7, 8).

LOS COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD PSÍQUICA

1) El “ello” o “id”.—Es la parte más importante de la personalidad psíquica. El ello es inconsciente y es también lo que de común tenemos con los animales (9, 10), puesto que en él arraigan los instintos hereditarios (11).

El “ello” está subordinado al “principio del placer” (5), según el cual, todos los deseos instintivos, una vez hechos conscientes, deben satisfacerse inmediatamente para originar una sensación placentera. Los instintos cumplen su función mediante simples actos reflejos (reflejos incondicionados).

El niño “es un reflejo” (12), lo mismo que los animales, porque en ellos no existe barrera ni oposición alguna que inhiba los deseos instintivos.

2) *El "yo" o "ego".*—El "yo" se desarrolla a partir del "ello", después del nacimiento (11, 13, 14, 15), y sirve de barrera al cumplimiento indiscriminado de los deseos instintivos, cosa que se ha dado en llamar "principio de realidad" (11, 14).

El "yo" es aquello a lo que nos referimos cuando hablamos en primera persona (14) del singular. Bajo su dependencia se hallan todas las actividades conscientes del individuo y algunas inconscientes (la represión).

3) *El "super-yo" o "super-ego".*—El "super-yo" se diferencia del "yo" a partir del momento en que queda superado el complejo de Edipo, como veremos más adelante.

CONSCIENTE E INCONSCIENTE

1) *Consciente.*—No es más que una cualidad, inconstante, de lo psíquico (16).

También se le considera un órgano sensorial colocado en el límite entre el mundo interior y el mundo exterior (17, 18).

El gobierno de los músculos esqueléticos o voluntarios, así como el de los órganos de los sentidos, está bajo la dependencia de la conciencia (19).

El consciente y su contenido es accesible a la introspección (16). Para que un pensamiento pueda considerarse como consciente, debe ser tal que el individuo se percate del mismo (20, 21).

2) *Inconsciente.*—Con la teoría del inconsciente ocurre lo mismo que con la teoría del concepto químico del átomo. Ambas son teóricas en el sentido de que nunca han sido observadas directamente.

El conocimiento del inconsciente es también empírico, es decir, que representa una indiferencia imprescindible para poder explicar, lógica y sistemáticamente, una gran cantidad de observaciones aisladas, a las que es posible confirmar sin excepciones (22).

Los pensamientos inconscientes no pueden ser percibidos por el sujeto; sólo son accesibles bajo efecto de la sugestión hipnótica o a través de las "asociaciones libres" (23, 24).

"... no es el hombre quien vive y forja su vida, sino fuerzas indomables y desconocidas, que despliegan en él su actividad irresistible" (25).

“Aquellos que llamamos nuestro yo se conduce en la vida pasivamente; en vez de vivir, somos vividos por poderes ignotos e invencibles” (26).

Son inconscientes, en efecto, las fuerzas capaces de obligar al sujeto a la realización de actos y a tomar decisiones de cuyo origen no puede dar razón (27).

Experimentalmente puede comprobarse la existencia de estas fuerzas inconscientes mediante la sugestión poshipnótica (28).

La hipnosis anula las defensas del yo, por lo que si se sugiere a un sujeto hipnotizado que al despertar sienta sed y pida un vaso de agua, éste, al volver en sí, dirá que tiene sed y que quiere beber, pero no recuerda que esa idea le ha sido sugerida durante el trance. Como se ve, la orden inconsciente permanece en las sombras, pero el hecho se realiza.

En la vida real, los impulsos que nos llevan a realizar la mayor parte, si no todos nuestros actos, se generan en el inconsciente y están animados de la fuerza de los instintos.

En el ello, cuya cualidad inconsciente es completa, “no existen consideraciones de tiempo, realidad o lógica; no se reconocen contradicciones” (29), y en él reinan, absolutos, el “principio del placer” y la “compulsión repetitiva” (30).

LIBIDO Y MORTIDO

La fuerza que anima a los instintos de conservación de la especie o sexuales se llama psicoanalíticamente *libido*. El instinto opuesto a éste, o instinto de muerte (*thanatos*), por su parte, está animado por la fuerza denominada “mortido” o “destruido” (31, 32).

La libido sería una forma de energía (sexual?) semejante a la eléctrica (23), a la que Jung (33, 34, 35) dió un carácter más general, llamándola “energía psíquica”.

Adler, por su parte, no acepta la idea de la libido freudiana, pero su “protesta viril” es, en muchos aspectos, asimilable a aquélla (36, 37).

En el adulto normal, el yo se interpone con sus mecanismos de defensa al cumplimiento inmediato de los instintos eróticos o agresivos, a fin de preservar al sujeto (a sí mismo, pues se tra-

ta del "yo") de entrar en conflicto con las costumbres y convencionalismos sociales, así como con la ley de la comunidad en la que se desenvuelven sus actividades.

Los impulsos inconscientes se conocen en psicoanálisis bajo la denominación de "afectos". Un afecto es un sentimiento que ha adquirido gran intensidad debido a su carga (38) de libido o "catexia".

La aparición de afectos sexuales u hostiles en la consciencia es lo que tratan de impedir las defensas del yo.

LAS DEFENSAS DEL YO

Entre todos los mecanismos defensivos del "ego" o "yo" (39, 40), sólo nos ocuparemos de la represión.

Represión.—Esta defensa es ejercida por el yo inconsciente (41, 42), y consiste en volver inconsciente a un afecto que el yo consciente no puede aceptar en sus dominios.

La represión intenta mantener inconscientes a los impulsos peligrosos para el yo. Pero la catexia que contienen aquéllos tiende, como si se tratara de un barril lleno de aire sumergido a hacerlo subir a la superficie de la consciencia.

De manera semejante al barril, que requiere ser mantenido en inmersión un gasto considerable de energía, los afectos necesitan, para ser mantenidos inconscientes, un gran desgaste energético por parte del yo (esta fuerza de represión se llama *contratexia*), el que debe ser ejercido constantemente, puesto que al menor descuido los impulsos inconscientes tienden a hacerse conscientes, mediante la producción de "actos fallidos" o "sueños".

NEUROSIS

La represión es causa de "conflictos psíquicos" entre el yo y el ello. Estos conflictos, cuando son muy duraderos o demasiado intensos, originan las *neurosis* (psico-neurosis).

GÉNESIS DE LA ANGUSTIA

El tener el yo la mayoría de sus energías (contra-catexia) ocupadas en la represión, hace que esta parte de la personalidad se torne más vulnerable ante cualquier aumento de las exigencias instintivas o inconscientes. Por otra parte, las ener-

gías del yo deben también ser empleadas en mantener las relaciones con el mundo exterior (trabajar, divertirse, moverse, etcétera). La poca energía que el yo del sujeto neurótico puede dedicar a la vida de relación, explica la disminución de su capacidad de trabajar y de divertirse que los caracteriza en comparación con los individuos normales.

Un aumento del empuje de los instintos inconscientes, afectando a un yo sobrecargado de trabajo por la represión, lo hace sentir impotente para gobernar la nueva situación creada (situación traumática) desde el ello, o sea, desde el medio interior, por lo que aparecerá una sensación particular displacentera que se conoce con el nombre de *angustia neurótica* (43).

La angustia puede aparecer también en un sujeto normal ante situaciones traumáticas exteriores de gran magnitud, como serían los terremotos, bombardeos, etc. en los que el yo, aún perfectamente normal, se siente impotente y obligado a vivir la situación pasivamente. Esta angustia exterior no neurótica se llama *angustia real*.

NEUROSIS DE ANGUSTIA

Cuando la situación traumática, cualquiera sea su origen, alcanza una intensidad determinada o cuando su duración es prolongada durante mucho tiempo, aparece lo que ha dado en llamar una *neurosis traumática*. Esta neurosis, en su forma crónica, preferimos designarla como "neurosis de angustia", "parapatía de angustia" (44).

En general, cuanto menos esperado es el "trauma", tanto más grave resulta la angustia (45) subsiguiente.

LOS EQUIVALENTES DE ANGUSTIA

La angustia se siente subjetivamente como una sensación de "desplacer" (46) y se acompaña, lo mismo que otros estados (miedo, cólera), de una serie de manifestaciones funcionales objetivas de origen neurovegetativo (taquicardia, hipertensión arterial, sequedad oral, hiperhidrosis, palidez, respiración suspirosa, disnea, etc.).

Estas manifestaciones funcionales objetivas pueden aparecer como únicos signos de un estado de angustia "sin angustia", donde la sensación subjetiva de displacer o angustia está la-

tente o larvada (47, 48). Dichos síntomas abjetivos se llaman *equivalentes de angustia* (44), los que pueden deducirse por causas diferentes de las psíquicas (adrelina, lesiones del dien-céfalo) (49, 50).

ANGUSTIA PRIMARIA

Se llama así a la angustia que siente el recién nacido a causa del "trauma de nacimiento" (51, 52, 53). Como el recién nacido tiene un yo poco o nada desarrollado y la angustia, como toda emoción, requiere la existencia de esta parte de la personalidad para expresarse, es muy probable que la angustia primaria se limite a los solos equivalentes funcionales de la misma, a los que también se conoce en medicina general como "stress de nacimiento" (54, 55).

La experiencia del nacimiento provee el patrón para todas las ulteriores situaciones angustiosas (56, 57).

Más tarde, cuando concurren las circunstancias de un yo recargado de trabajo y la excitación neurovegetativa adecuada, el yo repetirá la situación displacentera del nacimiento.

IMPULSO REPETITIVO

Inconscientemente, el sujeto se ve obligado a la repetición de todas aquellas situaciones placenteras o displacenteras que ha vivido durante su ontogenia. Se trata del impulso o compulsión de repetición (58, 59) o repetitiva, con la que el psicoanálisis explica una cantidad de fenómenos como la transferencia y la superación de los estados angustiosos.

SUPERACIÓN DE LA ANGUSTIA

Durante sus juegos, los niños logran superar la angustia que sintieron en una situación anterior desagradable, "porque por medio de su actividad consigue un más fundamental sojuzgamiento de la fuerte impresión experimentada que el que le era posible alcanzar limitándose a recibirla pasivamente. Cada nueva repetición parece perfeccionar el deseado dominio" (60).

Cuando el niño descubre que es capaz de dominar o superar sin miedo una situación que naturalmente lo hubiera abrumado

de angustia, experimenta un "placer funcional" que significa: "ya no necesito sentir angustia" (61), ante tal o cual situación.

Esto es lo que ocurre cuando el niño juega al "doctor" o al "dentista". Este juego tiene preferencia entre los niños, apenas regresan a sus casas después de haber sido llevados engañados a operarse de las amígdalas o al odontólogo. La situación desconocida en que se encuentra entonces el yo infantil, que se siente además pasivo e impotente ante las maniobras del profesional, es causa de una angustia traumática o real, que superará luego en el juego en el que hace él mismo de profesional, tomando en sus manos las riendas de la situación y, por lo tanto, haciendo que su yo se sienta dominando la situación que sufriera pasivamente.

Otras veces, el niño, después de una consulta dental en la que le han hecho daño, se pone a romper todo lo que llega a sus manos. Se dice entonces que él mismo se identifica con el agresor (dentista) (62) o con la agresión (63).

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Como se sabe, el yo y el superyo son partes de la personalidad psíquica adquiridas durante la vida y conforman en su conjunto el carácter del sujeto.

Abraham definía el carácter como la suma de reacciones de una persona hacia su medio social (64), en el cual busca la satisfacción de sus instintos.

La "sexualidad infantil".—Este es el concepto freudiano que probablemente ha sido más discutido, atacado y vilipendiado por sus detractores, y el más defendido por sus discípulos, aun por aquellos que, como Stekel, se apartaron de la rigidez dogmática del maestro.

A las pocas horas del nacimiento ya pueden observarse en el varón erecciones (65). El flujo y hemorragia genital de la recién nacida ha sido mencionado por numerosos autores (66, 67, 68, 69), lo mismo que la ginecomastia observada en bebés de ambos sexos (70). Además, todos están de acuerdo también en que ese fenómeno se debe a las hormonas maternas (hiperfoliculinemia del 9.º mes).

Por otra parte, la secreción interna de las gonadas no parece

influenciar el psiquismo del niño, como lo prueban los casos de maduración sexual precoz, no acompañada de una maduración concomitante de los instintos sexuales (71), si bien el priapismo es una de las consecuencias del tratamiento hormonal excesivo de la criptorquidia (72, 73).

Freud sostenía que el máximo placer del adulto es el obtenido durante el orgasmo sexual a través de sus órganos genitales (zona erótica que cumple dos funciones fisiológicas: la mencionada de sitio donde se obtiene placer erótico, y la eliminación de productos de deshecho con la orina).

En el niño se encuentran, como zonas eróticas primitivas (sitios por los cuales se obtiene placer, además de cumplir una segunda función fisiológica) la boca y los labios, el ano y la uretra.

PTIALISMO EN EL EMBARAZO

Existe una estrecha relación anatómica y fisiológica entre los centros del vómito y de la salivación, y la salivación excesiva es un síntoma prodrómico bien conocido de la emesis. El embarazo altera los umbrales de estos centros, de modo que el malestar matutino se presenta frecuentemente con un ligero aumento de la salivación. Además, la corteza cerebral también puede estimular los centros medulares; y es probable que la hiperemesis gravídica y el ptialismo resulten de esta componente cortical que agrava el efecto fisiológico en los individuos neuróticos.

Por consiguiente, el tratamiento deberá ir dirigido hacia la sedación, sugestión y persuasión. Esto sólo puede ser llevado a cabo en forma eficiente en el hospital, lejos de los parientes y si es posible alejado de otros enfermos. El alivio sintomático tiene importancia hasta que pueda ser controlado el elemento neurótico y ayuda a ganar la confianza de la enferma. Como ya han fracasado los remedios más corrientes podría ensayarse uno de los nuevos fármacos cuaternarios atropínicos (por ejemplo, N-butilbromuro de hioscina), pero no se recomienda un tratamiento prolongado para que no ocurran subsiguientemente efectos oculares desagradables. Entre los sedantes los más eficaces son los barbitúricos.

Como hay una pérdida de un considerable volumen de líquido todos los días en este caso deberá vigilarse el estado de la lengua y el volumen urinario para saber si hay necesidad de administrar líquidos intravenosos. La corrección de esa deshidratación puede conducir a una considerable mejoría del estado general y al mismo tiempo, al compensar la alimentación bucal, reducirá la estimulación de las glándulas salivales por los alimentos y líquidos en la boca.