



EL NIÑO Y LA ODONTOPEDIATRÍA



Resumen

Se describe el nacimiento y la evolución de la odontopediatría. Se subraya la relevancia clínica que tuvo la teoría psicoanalítica, determinante en la importancia del trabajo interdisciplinario para el tratamiento del niño en la clínica odontológica. En el desarrollo de la primera infancia existe una importante tríada evolutiva constituida por la adquisición de la “dentición / marcha / lenguaje”. Precisamente en el sillón del odontólogo se anula esta triple posibilidad expresiva. El odontopediatra sabe ya, a través de los conocimientos psicodinámicos, las fantasías y ansiedades que puede implicar el solo hecho de abrir la boca y someterla a exploración. Por ello, no hay que forzar al niño y respetar, si existe, su rechazo inicial. En tal caso, percibirá que de ninguna manera el dentista le quiere violentar y que, en cambio, le ofrece comprensión y seguridad.

Palabras clave

Odontopediatría, psicoanálisis, infancia.

Abstract

The birth and evolution of pediatric dentistry is described. The clinical relevance of psychoanalytic theory, determining the importance of interdisciplinary work for the treatment of children in the dental clinic, is underlined. In early childhood development, there is an important evolutionary triad consisting of the acquisition of “teething / gait / language”. Precisely in the dental chair the triple expressive possibility is canceled. The pediatric dentist already knows, through psychodynamic knowledge, the fantasies and anxieties that the mere fact of opening the mouth and subjecting it to exploration may entail. Therefore, the child should not be forced and his initial rejection respected, if any. In this case, you will perceive that the dentist does not want to violate you in any way and, instead, offers you understanding and security.

Keywords:

Pediatric dentistry, psychoanalysis, childhood





Introducción

Mediado el siglo XIX, se realizan en Alemania e Inglaterra las primeras estadísticas sobre el estado de la salud bucodental de los niños. Casi el 100% de los niños padecían caries. Sin embargo, ya a finales del siglo XVIII hay observaciones de una asistencia dental reglada a la infancia. Así, John Greenwood, dentista de George Washington en Nueva York, empezó a utilizar en el año 1780 un modelo de asistencia dental que consistía en cobrar una tarifa reducida a los niños que eran citados para seguir un tratamiento periódico. En 1885, la British Dental Association recomendó la odontología escolar obligatoria. También en Dinamarca, a finales del siglo XIX, existía un servicio de atención escolar privado en la ciudad de Svendborg. En Nueva York, en 1901, se organiza la primera clínica de asistencia odontopediátrica por la Rochester Dental Society. En 1913 un grupo de catorce dentistas de Detroit formó

provisionalmente de un servicio de higiene dental escolar. Atendió a casi mil escolares de los que solo el 10% tenían sus dientes en buenas condiciones. Realizó casi 700 extracciones, con lo que disminuyó la asistencia a clase un 40 por ciento. En la década de 1930 se instauraron los dentistas municipales y en 1935 los odontólogos de asistencia domiciliaria, cuya misión fundamental consistía en vigilar la salud bucodental en las escuelas. La odontología infantil surgió, pues, con una preocupación preventiva. Pero el despegue de la odontopediatría en España, desde el punto de vista universitario, se debe al profesor Juan Pedro Moreno González (1937-1993), quien impulsó la creación de la primera cátedra odontopediátrica. (García Ballesta, 2004. pp. 4-6).

El dentista general adquiría progresivamente mejores técnicas e instrumental, pero se encontraba inermemente frente al niño que, sencillamente, no quería abrir

La odontopediatría se afianzó con la condición de que el niño necesitaba un trato especial. El odontopediatra necesitaba que su primera consulta con el pequeño paciente fuera positiva

la Sociedad de Odontología Infantil que se transformó en organización nacional en 1925, constituyéndose dos años más tarde la American Society of Children's Dentistry. En 1924 se publica el primer libro de texto dedicado a la materia *Practical Pedodontia or Juvenile Operative Dentistry and Public Health Dentistry*, por F. Hogeboom. En 1928 aparece la primera revista científica dedicada a la odontología pediátrica, el actual *Journal of Dentistry for Children*.

En España, en el año 1906 se crean en Barcelona 10 plazas de dentistas municipales con el fin de revisar a los niños de las escuelas públicas, pero se desencadenó una polémica entre los concejales partidarios de mantener el servicio y los que lo consideraban un gasto superfluo. Consecuencia de ello fue la desaparición del servicio de atención dental escolar. Otro intento de asistencia dental escolar lo realizó el Dr. Juan Chicote en 1926 a instancia del ayuntamiento de Madrid, y se encargó

la boca y no aceptaba de ninguna manera el acto odontológico. Se llegó a decir que había más dentistas que temían a los niños que niños que temían al dentista. Estos dentistas no estaban preparados para entender y manejar la conducta infantil. Emplearon métodos "silvestres" e intuitivos que seguramente no les dejaban muy satisfechos consigo mismos, es decir, usaron la contención, la fuerza física y la anestesia general, y todo ello mezclado con un cierto engaño al niño.

La odontopediatría se afianzó con la condición de que el niño necesitaba un trato especial. El odontopediatra necesitaba que su primera consulta con el pequeño paciente fuera positiva; el encuentro y la primera consulta son fundamentales y han de estar basados en la sinceridad, la confianza, el respeto al niño y la comprensión de sus problemas, relacionados o no con la boca. (Cobo, 1983, pp. 320-321).





La Asociación Psicoanalítica Argentina contribuyó al desarrollo de una corriente psico-odontopediátrica muy enriquecedora. Las investigaciones y trabajos realizados por Arminda Aberastury y María Inés Egozcue, en la cátedra de odontopediatria de la Universidad de Buenos Aires fueron determinantes en la importancia del trabajo interdisciplinario para el tratamiento del niño en la clínica odontológica.

En 1951, J. Porter, director de la *Revista de Odontología* de la Asociación Odontológica Argentina, invita a Enrique Pichon-Rivière y a Arminda Aberastury a presentar una comunicación en la inauguración de la especialidad de odontopediatria. La comunicación se tituló "Aportaciones del psicoanálisis de niños con trastornos odontológicos". El grado de odontología incluía, entre otras asignaturas, "Ansiedades, manejo del niño en el sillón, trastornos emocionales del niño en la dentición". La titular era María Inés Egozcue. Entre sus objetivos estaba evitar la anestesia general, muy común en niños y en discapacitados. También colaboraron en este proyecto Ángel Garma y Arnaldo Rascovsky. Las experiencias fueron reunidas por A. Aberastury en el libro *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones* (Aberastury, A. 1972).

Significado de la eclosión dentaria El primer diente

Es importante el hecho de que la eclosión dentaria se produzca o no con dolor. En algunos niños la dentición pasa inadvertida, es una especie de "dentición blanda" que no les insta a morder, o por lo menos no en exceso. Para otros, por el contrario, es dolorosa y da lugar a las "enfermedades de la dentición". Estos niños tendrían en el dolor dentario la base estimuladora para generar intensos deseos de morder. La dentición induce la masticación. El *primer diente* es para el niño la comprobación interna y externa de que posee algo real en él que hace daño y sirve para destruir; es el representante orgánico genuino de agresión directa hacia el mundo exterior. Es evidente que se puede expresar agresión de otras maneras, pero el diente es el elemento paradigmático de destrucción. Está hecho

para eso y no para otra cosa. *La función vital del diente es destruir para incorporar*. No obstante, ese elemento destructor está en la boca, donde al mismo tiempo se van a producir funciones de alta especialización humana como el lenguaje, la sonrisa y el beso, que introducen la *humanización del diente*.

Si aplicamos lo dicho a la práctica odontopediátrica, podemos suponer que uno de los temores que el niño puede experimentar en el sillón del dentista es la pérdida de su control y de la realización del impulso de morder. (Cobo, 1983, pp. 321-322).

En el desarrollo de la primera infancia existe una importante tríada evolutiva constituida por la adquisición de la "*dentición / marcha / lenguaje*". Precisamente en el sillón del odontólogo se anula esta triple posibilidad expresiva: el niño expone sus dientes a la angustiada manipulación, sentida en principio como dañadora (más adelante podrá comprobar sus efectos reparadores y positivos), además no puede hablar ni moverse. Es decir, se le hace volver, aunque sea momentáneamente, a estadios muy anteriores de su desarrollo, se le induce a una regresión que podrá soportar mejor o peor según las experiencias que haya vivido en etapas pasadas. Todo cuanto sabemos del bebé nos lleva a pensar que el feto, al ser separado de la madre, necesita restablecer cuanto antes un intenso vínculo con ella y con el padre, y recuperar, aunque sea parcialmente, el contacto con sus cuerpos. Si bien la boca es la zona más adecuada para que el bebé establezca su primer contacto con el mundo, ya que necesita alimentarse para sobrevivir, no basta la boca ni el ser alimentado. También necesita el calor de su madre, su voz, su compañía, su manipulación, su contacto y el de ropas adecuadas, así como la presencia del padre. Todo ello crea en el recién nacido el sentimiento de que existe un objeto que le dará todo cuanto necesita y desea. Cuando el niño nace, se estructura la fase oral de succión que es imprescindible para la supervivencia del ser humano no solo por el suministro de alimento sino también porque le permite rehacer un vínculo con la madre mediante el cual supera el trauma del nacimiento. En todo este proceso, la boca adquiere especial importancia ya que en ella se condensan las esperanzas del niño de





rehacer el vínculo perdido mediante la alimentación y el contacto físico. Es por ello que la dentición adquirirá más tarde un significado tan especial, al estar dentro de la boca y formar parte de ella. En los niños, el temor al dentista se hace evidente cuando lloran, gritan, patalean o cierran herméticamente la boca. Al analizar estas reacciones durante la terapia psicoanalítica, se hizo evidente la similitud entre estas conductas y las observadas en pacientes fóbicos. En las fobias no existe proporción entre el objeto fóbico internamente distorsionado y potencialmente muy ansiógeno con las dimensiones reales de ese objeto en el mundo exterior. La angustia en estos casos no es despertada por el objeto en sí sino por sus significados subyacentes. Cuando odontólogos y psicoanalistas trabajaron juntos investigando las ansiedades subyacentes frente a un tratamiento odontológico confirmaron estas hipótesis y agregaron otras nuevas referidas a las ansiedades de los padres en relación con el tratamiento odontológico del hijo. (Aberastury, 1951, p.357).

En el niño en edad escolar la dentición temporal empieza a moverse y a desprenderse. El niño posee una experiencia similar de partes de su cuerpo que se desprenden pero que vuelven a crecer, como el pelo y las uñas, pudiendo responder, al principio, incluso con pánico cuando se los intentan cortar, porque lo vive como una agresión indiscriminada, ya que posee el temor confuso de que puede morir o ser destruido si se daña alguna parte de su cuerpo. No todos los niños vivencian estos temores con la misma intensidad, dependiendo ello de las características personales del niño, de la actitud más o menos satisfactoria de los padres y de la relación del niño con su mundo externo. Así pues, el niño escolar que se somete a una intervención dentaria puede sufrir ansiedades de castración porque sitúa simbólicamente en sus dientes sus temores, agresión o mutilación corporal, así como sus preocupaciones hipocondríacas. Bien es verdad que el niño sano siente miedo ante el desprendimiento de sus dientes, sobre todo del primero, pero también experimenta un sorprendente júbilo cuando dicho desprendimiento se produce: es el contento lógico ante una mala experiencia superada y la verificación de que nada de lo que temía

ha sucedido. Todo ello marca un paréntesis: el de la espera hacia la comprobación de que otro diente (en su fantasía, más fuerte y más potente, “como el de papá, como el de mamá, o como el del hermano mayor”) volverá a estar en el mismo sitio que el perdido, con lo que llega a la conclusión de que no se trata de una pérdida sino de una ganancia futura. El brote del nuevo diente confirma en el niño su capacidad orgánica de reparación, de regeneración, de reconstrucción interna. Con el inicio de la pubertad se producen importantes cambios corporales y mentales. Los adolescentes son

El brote del nuevo diente confirma en el niño su capacidad orgánica de reparación, de regeneración, de reconstrucción interna.

muy susceptibles y con frecuencia sufren inquietudes en relación con el rostro: experimentan ansiedad cuando se les mira, se ruborizan con facilidad y manifiestan ciertos complejos en relación con características de su nariz, de su boca o de sus dientes. Pueden sentir mucha ansiedad por la introducción de instrumental médico en su boca, concebir su pasividad en el sillón odontológico como un sentimiento intolerable, vivirse como inseguros y atacados por el dentista armado y poderoso que manipula sus dientes, que perturba su integridad bucal y vulnera su intimidad. El joven y el adulto saben que un diente que se deteriora, que es extraído, se pierde definitivamente. La pérdida de los dientes definitivos es el símbolo de la irremediable vejez, el presagio de la muerte. Perder un diente definitivo es perder lo que nunca ya se podrá recuperar. Los sueños de caída de dientes son universales y forman parte del inconsciente colectivo.

No debemos olvidar en odontopediatría los sentimientos de inferioridad de pacientes con deformaciones o malformaciones de la boca: fisura palatina, labio leporino y alteraciones producidas por maloclusiones dentales. Siempre que sea posible, la corrección precoz de dichas alteraciones evitará sufrimiento psíquico y permitirá la construcción de un “yo” más seguro. (Cobo, 1983, pp. 322-323).





Profilaxis de las dificultades emocionales

Consideremos, por último, la profilaxis y tratamiento de las dificultades emocionales del niño en odontopediatría. Lo más importante para el odontopediatra consiste en modificar el encuadre tradicional de la consulta odontológica. El acondicionamiento en la sala de espera de un espacio donde el niño encuentre un cajón de juguetes sencillos, pinturas, cuentos, revistas infantiles..., le hará sentirse tomado en consideración desde el principio. Deberá estimularse su participación activa en la elaboración del historial clínico y se facilitará su comunicación verbal. Es conveniente, en la medida de lo posible, que el niño pueda tocar los aparatos médicos, haciéndole ver que son controlables y que se pueden parar cuando se desee. Se le debe explicar claramente lo que se le va a realizar y lo que él debe hacer. Hay que ser sinceros y coherentes con el niño, sin contradecirse y sin cambiar de técnica sin previo aviso.

El odontopediatra sabe ya, a través de los conocimientos psicodinámicos, las fantasías y ansiedades que puede implicar el solo hecho de abrir la boca y someterla a exploración. Por ello, no hay que forzar al niño y respetar, si existe, su rechazo inicial. En tal caso, percibirá que de ninguna manera el dentista le quiere violentar y que, en cambio, le ofrece comprensión y seguridad. Esto requiere, naturalmente, tiempo, paciencia, y a veces una nueva cita. Cuando el niño comprueba la franqueza de la actitud de su dentista, confiará en él y facilitará la consulta.

Al igual que cualquier especialista pediátrico, el odontopediatra ha de asumir la angustia y los problemas de carácter de los padres que, muchas veces, son mayores que los del propio niño. Hay que cuidar mucho la primera consulta. A la hora de concertar la cita, se informará a los padres que no engañen al niño con respecto a la consulta odontológica ya que, si así lo hicieran, dificultarían la tarea del odontopediatra, falseando la relación de este con el niño desde el comienzo.

Sabiendo cuales son los temores y fantasías ligados a la intervención en la boca, el odontopediatra explicará mejor al niño lo que le pasa, haciéndole tomar conciencia de que no solo hay destrucción en su boca y en las técnicas de tratamiento, sino posibilidades de reparación que redundarán no exclusivamente en ser una persona con una boca mejor y más bonita, sino en ser *más persona*, con una mejor percepción de sí mismo y una mayor exigencia en la calidad de su vida. Y aquí entramos en otra perspectiva, que es la labor de higiene psicósomática que todo odontopediatra deberá poder realizar en su tarea cotidiana. Enseñar al niño, *desde su boca*, a enfocar su vida más ampliamente es una bella tarea. Concienciar a los niños que cuidar su boca no es solo, aunque también, enseñarles a limpiarse los dientes, sino a comer cuantitativa y cualitativamente mejor, a masticar y deglutir sin prisas. Es, enseñarles a cuidarse mejor. (Cobo, 1983, pp. 324-325). ■

Bibliografía

- GARCÍA BALLESTA, C., PLANELLS DEL POZO, P., ESPASA SUÁREZ DE DEZA, E. *Concepto e historia de la odontopediatría*. En: BOJ, J. R., CATALÁ, M., GARCÍA BALLESTA, C., MENDOZA, A. (2004). *Odontopediatría*. (1ª ed.). Barcelona: Masson.
- COBO C. (1983). *Paidopsiquiatría dinámica*. (1ª ed.). Madrid: Roche.
- ABERASTURY, A. (1972). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- (1951). Trastornos emocionales en el niño vinculados con la dentición. *Revista de Odontología de Argentina*. (Buenos Aires). Vol. 39, nº8, p.357.

Antonio Pombo Sánchez
[T] 609517415
[@] apombosan@telefonica.net

