

# Aspectos Psicológicos en Odontopediatría

Dr. LUIS ALBERTO BROTONS ALBARELLO

PALABRA CLAVE:

— ODONTOLOGIA PSICOSOMATICA

## INTRODUCCION

### A) Objetivos y Motivaciones

Las razones por la cual hemos querido desarrollar los aspectos psicológicos, concernientes a la Odontología en la terapéutica de los niños, son las dificultades que se presentan en las relaciones entre el odontólogo y el niño.

La clínica ha sido nuestro punto de partida, sobre la que hemos elaborado este trabajo, que reviste un carácter fundamentalmente teórico-conceptual.

Es nuestro deseo, aportar nuevos puntos de vista, o tal vez, clarificar los ya conocidos, de modo que el afán de otros investigadores, puedan ser retomados y ampliados.

### B) Concepción básica de nuestro planteo.

Un individuo le da personalidad a su afección.

Nuestra tradicional formación médica-odontológica se ha ocupado de las causas etiológicas o de la estructura fisiopatológica, con sus manifestaciones sintomáticas, amparándose en una terapéutica paleativa.

Al considerar la enfermedad como algo inerte que ataca al hombre, se ha perdido de vista la razón de existir de una enfermedad.

## METODO:

### Desarrollo de los aspectos psicológicos

#### 2.1. La comprensión diagnóstica del niño enfermo.

Cargo del autor: Asistente de la Cátedra de Ortopedia Dento-Maxilo Facial 2° de la Facultad de Odontología de la República Oriental del Uruguay.

Dirección: Luis Alberto de Herrera 2245.

A fin de tener un cambio efectivo, debemos tratar al niño, no, a la enfermedad.

Dosificar la patología es poner límites, que pueden resultar muy arbitrarios, a riesgo de perder una visión global. Debemos humanizar la afección; personificarla.

Nuestra habitual forma de referirnos a un paciente es a través de la patología que presenta. Decimos que un niño tiene una succión del pulgar, como si la misma viniera del exterior y se le impusiera.

En la concepción humanizada de la enfermedad que proponemos, diríamos que es un niño que se chupa el pulgar, o no; que deglute atípicamente y no que tiene una deglución atípica. Así es que no vamos a cambiar una respiración bucal, sino un niño que respira por la boca; que se succiona el pulgar, o que deglute atípicamente.

Surge entonces claramente la dimensión humana de la enfermedad y podemos ahora comprender, que cualquier afección puede tener una razón distinta a las vinculadas con sus causas orgánicas etiológicas y que involucra la vida misma del sujeto.

#### 2.2. Reafirmación de la concepción psicosomática en la acción terapéutica.

La medicina psicosomática es una concepción moderna ya que no nueva, una orientación general de toda la terapéutica, que pretende hacer resaltar la importancia de los factores psíquicos en el origen de las enfermedades y, sobre todo, en su tratamiento.

#### 2.3. Elementos psicosociales que actúan en la relación del niño con su medio.

### 2.3. Elementos psicosociales que actúan en la relación del niño con su medio.

Numerosas experiencias han demostrado que la estimulación entre seres vivos es absolutamente necesaria para la supervivencia. Un adulto sometido a privación de estímulos bajo condiciones controladas, comienza a tener alucinaciones entre 24 y 48 horas. Se autoestimula para mantener su equilibrio.

Se observó en niños de muy corta edad que la privación de contactos físicos durante períodos largos tenía mucha influencia en su crecimiento y salud. En algunos casos esta privación puede llevar a la muerte. (Spitz, 1945).

Existe pues un "hambre de estímulos". Para el recién nacido, la estrecha intimidad con la madre cubre la "cuota" de estimulación del primer período de su vida. A través del tiempo, el niño deberá relacionarse con su medio para sustituir aquellos primeros estímulos por otros.

La resolución del problema del "hambre básica de estímulos", pueden definirse como el proceso por el cual son remplazadas las caricias físicas recibidas en los primeros meses de vida, por caricias o estímulos físicos, verbales o escritos socialmente aceptables. La cuota necesaria de estimulación QUE SIRVE DE BASE AL RECONOCIMIENTO, puede ser satisfecha con estímulos positivos adecuados, que se realizan también sobre conductas adecuadas, o negativos, dados sobre conductas no adecuadas. Los estímulos refuerzan las conductas sobre las cuales se efectúan. Quien no recibe estímulos de elogio o aprobación sobre sus éxitos, pero si es tenido en cuenta cuando "está mal", buscará la forma de llenar su cuota de estímulos, logrando de quienes lo rodean preocupación o lástima.

Berne (1964), afirma que luego del "hambre de estímulos" y del "reconocimiento" aparece la necesidad de estructuración, esto es, la necesidad de programar o estructurar el tiempo disponible.

El tiempo es estructurado en función de recibir, administrar o evitar estímulos. Todos desde nuestro actuar social como seres humanos, desempeñamos roles; nuestro rol de profesional, de padres, de deportistas, etc.

El rol es una planificación de nuestro tiempo en función de una actividad, la que nos brinda

un gran número de nuestra cuota diaria de estímulos, del mismo modo que satisface otra de nuestras necesidades básicas que es la de pertenencia, o sea, nos provee una identidad.

Son varios los roles que podemos desempeñar, pero socialmente uno es el que predomina. Quien desde pequeño aprendió intuitivamente, que la única forma de recibir atención y reconocimiento por parte de sus padres o seres queridos era cuando estaba enfermo, o "algo" andaba mal; adjudicará importancia al rol de enfermo para recibir caricias de preocupación o de lástima.

Ya podemos adelantar aquí que reeducarlo, supondrá que el sujeto aprenda a planificar su actividad desde roles adecuados que le provean reconocimiento sobre conductas positivas.

Desde el momento que un niño concurre a nuestra consulta se ubica en un rol de paciente al mismo tiempo que confirma nuestro rol profesional.

En muchos casos la posición de enfermo no se limita al consultorio, sino que es explotada en el ambiente escolar y familiar. Sus temas de conversación o de quienes lo rodean, comienzan a estructurarse alrededor de esta nueva situación de un "estar mal". Los síntomas ya no pasan desapercibidos, sino que son centros de atención de su micromundo social.

Coincidimos con Pichon Riviére, que tras los signos de una conducta "anormal", "desviada", "enferma", subyace una situación de conflicto. La enfermedad entonces emerge como un intento fallido para resolverlo.

Surge aquí la pregunta: pero? . . . frente a las enfermedades orgánicas que determinan una patología funcional, como responde este enfoque?

Pues bien, supongamos el caso de quien respira por la boca a causa de pólipos nasales. Una vez extirpados estos, continúa con su hábito. Respira del modo a que está habituado. Si bien, la conducta inicial puede ser explicada en función de la obstrucción rinofaringia; la mantención de la conducta anómala y su dificultad de corrección no son explicables de igual forma.

Es aquí donde el individuo le da personalidad a su enfermedad, y donde toca la realidad, el enfoque que postulamos.

#### 2.4. La resistencia al cambio.

Basados en el pensamiento que hasta aquí nos ha guiado, nos referimos a la "resistencia, al cambio", como la dificultad del individuo de adoptar una nueva conducta, diferente a la anterior, orgánica y socialmente más beneficiosa.

Opinamos que dicha resistencia, se asienta sobre un desencuentro entre la conveniencia orgánica en el sentido estricto y la conveniencia social de su existir.

El cambio presupone una pérdida del rol, y que los futuros estímulos que se recibirán serán en función de otras conductas que no son la del niño o joven enfermo. Debe pues reestructurarse el tiempo en conductas socialmente productivas, a la que nos ampara la justificación: "estoy mal", "tengo tal o cual problema". En todo cambio hay un antes y un después. Podemos decir que la resistencia al mismo se asienta en la ecuación: mantener . . . para evitar . . . Mantener lo actual, lo conocido, con lo que me identifico, para evitar lo que no conozco, lo que vendrá. Tomando como ejemplo un niño que debe cambiar o eliminar un hábito, ¿qué motivación hay para cambiar?, si a través de la preocupación de sus padres obtiene atención, regalos, paseos luego de la consulta, incluso el dolor del tratamiento (enorme fuente de estímulos negativos), pero estímulos al fin con las subsiguientes caricias de lástima. Al cambiar, ¿serán todos igualmente cariñosos o ahora, en su situación de niños sanos perderá todo aquello que obtenía con el seudo beneficio de su enfermedad?, ¿logrará atención al esforzarse en el colegio?, ¿le harán regalos, aunque no reciba pinchazos del odontólogo? Mantener lo de antes para evitar lo de después, una realidad que se incerta en la vida misma del sujeto.

#### 2.5. La resistencia al cambio en el marco de la relación Técnico-paciente.

Desde la primera actitud de quien consulta podemos acertar un pronóstico de colaboración y mejoría, sin temor a equivocarnos ampliamente.

Si es el paciente quien decide venir a nuestra consulta contamos a nuestro favor su predisposición a cambiar, aunque eso no nos exonera de ser meticulosos. Muchos acuden al técnico

con la finalidad no conciente de confirmar su incurabilidad y reforzar su rol de enfermo, sus frases clásicas son: "mi hijo es tan rebelde, es intratable; ojalá Ud. logre algo porque hasta ahora nadie pudo", "es un chico tan difícil"; o es el niño quien nos dice ¿verdad que es cosa seria lo que tengo?, ¿es cierto, que es difícil de curar?

El chico interpreta las palabras o gestos de sus padres y responde conductualmente a las expectativas que expresan. Ocupa de esta forma una posición de privilegio en la familia, siendo además original, "el incurable". Bajo esta forma los padres plantean de entrada un desafío solapado de "mi hijo versus el técnico tratante".

El profesional que tiene cubierta sus necesidades básicas humanas a través de su rol, puede aceptar el reto y entrar en una lucha que podríamos titular de: "mi posición de buen profesional contra la tuya de paciente". Se coloca de este modo en una situación sin salida, ya que si cura al jovencito, le saca a los padres un hijo originalmente enfermo, sobre el que estructuran sus roles de "padres preocupados de su hijo"; reciben condolencias y le sirve de excusa para no hacer tal o cual cosa. Por el contrario si realmente comienza a curarlo puede que no cuente con los padres para la continuación del tratamiento o inclusive del cobro de honorarios.

El enfoque global familiar, la comprensión de que es lo que está sucediendo en esa familia es una necesidad.

De acuerdo donde se presente la mayor dificultad para adaptarse a nuevas situaciones, pueden darse tres formas relacionales básicas, para lo cual el técnico debe tener clara conciencia de la valoración de su rol.

El profesional de la salud existe en la medida en que existen pacientes.

Es así que la resistencia al cambio, puede presentarse en el profesional frente a la posible curación del enfermo.

Hay quienes decimos: "acarician la enfermedad", le hablan de ella al paciente le dicen lo difícil e incurable que es queriendo convencerlo y autoconvencerse que es así.

El temor subyacente es la pérdida de identidad una vez que se está frente a un hombre sano. La personalidad entra en crisis con la pérdida del rol. Necesita de nuevos pacientes para mantener su identidad.

Si quien concurre, a la consulta tiene realmente deseos de modificar su estado, abando-

nará a ese técnico y recurrirá a quien realmente le solucione su problema.

Si ubicamos la dificultad al cambio en el paciente y siendo que el profesional basa su papel en la función de curar y no de tener pacientes, perdiendo de vista esta situación en la que el paciente se aferra a su afección, con el tiempo lo irá dejando de lado o terminará por no atenderlo ya que es típico del paciente frustrante.

En tercera instancia, si ambos profesional y paciente se vinculan por sus roles sociales complementarios, el técnico a tener pacientes y el enfermo a visitar un profesional, la relación se cronifica. Son los tratamientos interminables o los pacientes eternos que por alguna razón nunca se curan del todo.

El sujeto puede esperar la solución de su mal como proveniente en forma directa de quien lo trata y no como una conquista que el debe realizar.

## CONCLUSIONES

### UNA ESTRATEGIA PARA EL CAMBIO

Basados en el planteo hasta aquí expresado toda planificación de cambio debe ser hecha en función del sujeto enfermo y no de la enfermedad.

El diagnóstico global de la afección orgánica del sujeto y su modo de vincularse con ésta; de su familia y de la relación con el Técnico marcarán las pautas a seguir.

Frente a la afección orgánica el enfoque tradicional nos brindará su apoyo aunque parcial.

En lo referente a la relación del sujeto con su entorno depende el éxito terapéutico de una extensa semiología, y por no decirlo ahora, de un trabajo coordinado entre diferentes especialistas, que manejan un concepto unificado.

Como primer paso hacemos hincapié en la determinación de en cual de las partes en juego se encuentra el obstáculo que dificulta la curación.

La integración de los padres al tratamiento de los chicos, a través de entrevistas que permitan conocer las expectativas que tienen del tratamiento; al mismo tiempo que se les brinda información y asesoramiento de cómo colaborar son de suma importancia.

Despejar dudas, disipar fantasías, brindar

apoyo y seguridad a los padres, es asegurar apoyo y seguridad también al niño.

La educación de los padres de como tratar a su hijo, facilitando y premiando la aparición de conductas positivas en vez de castigar las negativas, con lo cual las refuerzan no debe ser olvidado.

En lo que respecta al paciente, la planificación conjunta con el profesional sobre proyectos futuros, sobre lo que se va a realizar predisponen positivamente al niño. El planteo de una relación de amistad posterior y no en función de los roles de paciente y profesional suele ser de gran poder terapéutico. La acción terapéutica debe basarse en la debilitación de las conductas inadecuadas de la condición de enfermo brindando el mínimo de estímulos sobre la misma y trabajar eficazmente sobre la proyección personal del sujeto hacia el futuro.

Frente a la posición de mantener la conducta actual los pasos recomendados son:

- a) concientización y discusión de la realidad actual y la necesidad de cambio.
- b) brindar información técnica.
- c) dar el mínimo de estímulos sobre el mal.
- d) colaboración de familiares a través de entrevistas con ellos.

En lo que se refiere al futuro a lo que el sujeto evita, es aconsejable;

- a) discusión y trabajo sicoterapéutico diverso, sobre futuros planes, forma de vida y estructuración del tiempo como personas sanas.

- b) brindar estímulos positivos, sobre conductas que reflejen el "estar bien".

La acción no se limita al consultorio sino que se extiende a todo el medio de vida del sujeto.

Sabemos que es un planteo exigente pero que lo exige la realidad, no nosotros. La necesidad del intercambio científico y del trabajo en equipo se impone por encima de toda teorización.

## RESUMEN

Nos hemos referido a la metodología necesaria para la obtención de un buen diagnóstico sobre la cual hemos desarrollado un estrategia de cambio adecuada, dando realce a la concepción humanística de la enfermedad, y encua-

drándola dentro de la relación técnico paciente. Esto ha implicado la revitalización del concepto de odontología sicosomática junto con la visión integral del niño, con su medio y con su propia estructura, siendo mente y cuerpo un todo invisible. Conceptos estos indispensables para la correcta actuación del profesional de la salud.

### SUMARY

We have referred to the necessary methodology to get a good diagnosis over which we have carried out an adequate strategy, giving relevance to the humanistic conception in the relationship technician-patient. This has implied therevitalisation of the concept of psychosomatic odontology together with the integral vision of the child, with its medium and proper structure, being mind and body completely undivided. Indispensable concepts for the correct work of the health professional.

### BIBLIOGRAFIA

1) ALBAREDA J.M.-"Vida de la Inteligencia"  
ED. N y C Magisterio 1971.

2) BLOUBAN - PLOZZA y POLDINGER N.  
"El enfermo sicosomático y el médico práctico".- Ediciones Roche - Basilea - Suiza 1973.

3) GRINBERG L. y Colab. "Introducción a las ideas de Bion" Ediciones Nueva Visión Buenos Aires - 1976.

4) JAMES M. JONGEWARD D. (1971)  
"Born to win: Transactional Analysis with gestalt experiment - Adison Wesley Publishing Company Reading Mass., EUA.

5) KERTESZ R. - Induni G. 1977. Caricias  
"Manual de Análisis Transaccional" - Conantal Bs. As. 1977.

6) PICHON RIVIERE E. "Una teoría de la enfermedad" - El proceso grupal - Ediciones Nueva Visión Saic Bs. As. 1977.

7) SPITZ RENE "Hospitalism Genesis of Psychiatric Conditions in early childhood".