

PRECONC

Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional

CURSO



Odontología integral para niños I

MODULO



Atención integral de la salud bucal

PALTEX

PROGRAMA AMPLIADO DE LIBROS DE TEXTO Y MATERIALES DE INSTRUCCION

PRECONC

Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional

.....

CURSO

2

Odontología integral para niños I

MODULO

1

Atención integral de la salud bucal

Dirección general del PRECONC:

Dra. Noemí Bordoni

Equipo técnico responsable:

Dra. Raquel Doño
Dra. Virginia Preliasco
Dra. Mariana Bonazzi
Lic. Verónica Fallik
Dra. Shirley Valente

© Organización Panamericana de la Salud 1992
ISBN Obra Completa: 950-710-029-6
ISBN Volumen 4: 950-710-035-0

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo o escrito de la Organización Panamericana de la Salud. Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Organización Panamericana de la Salud.

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de América Latina y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

Publicación de la
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street N.W.
Washington, D.C. 20037 E.U.A.

1992

Contenido

- Submódulo $\triangle 1$ Aspectos psicológicos en la situación odontopediátrica,
por Hebe P. de Bellagamba, Noemí Bordoni, Raquel Doño,
Verónica Fallik, Alfredo Preliasco y Virginia F. de Preliasco 5
- Submódulo $\triangle 2$ Plan de tratamiento integral, por Noemí Bordoni 83

Autores

Hebe P. de Bellagamba: Profesora adjunta de la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

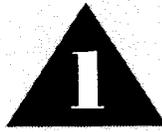
Noemí Bordoni: Profesora titular de la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Directora del Programa de Articulación Docencia-Asistencia-Investigación (Fundación W. K. Kellogg).

Raquel Doño: Profesora asociada de la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Verónica Fallik: Licenciada en Educación. Asesora pedagógica de la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Alfredo Preliasco: Profesor titular de la Cátedra de Odontología Integral Niños, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Virginia F. de Preliasco: Profesora adjunta de la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.



SUBMODULO

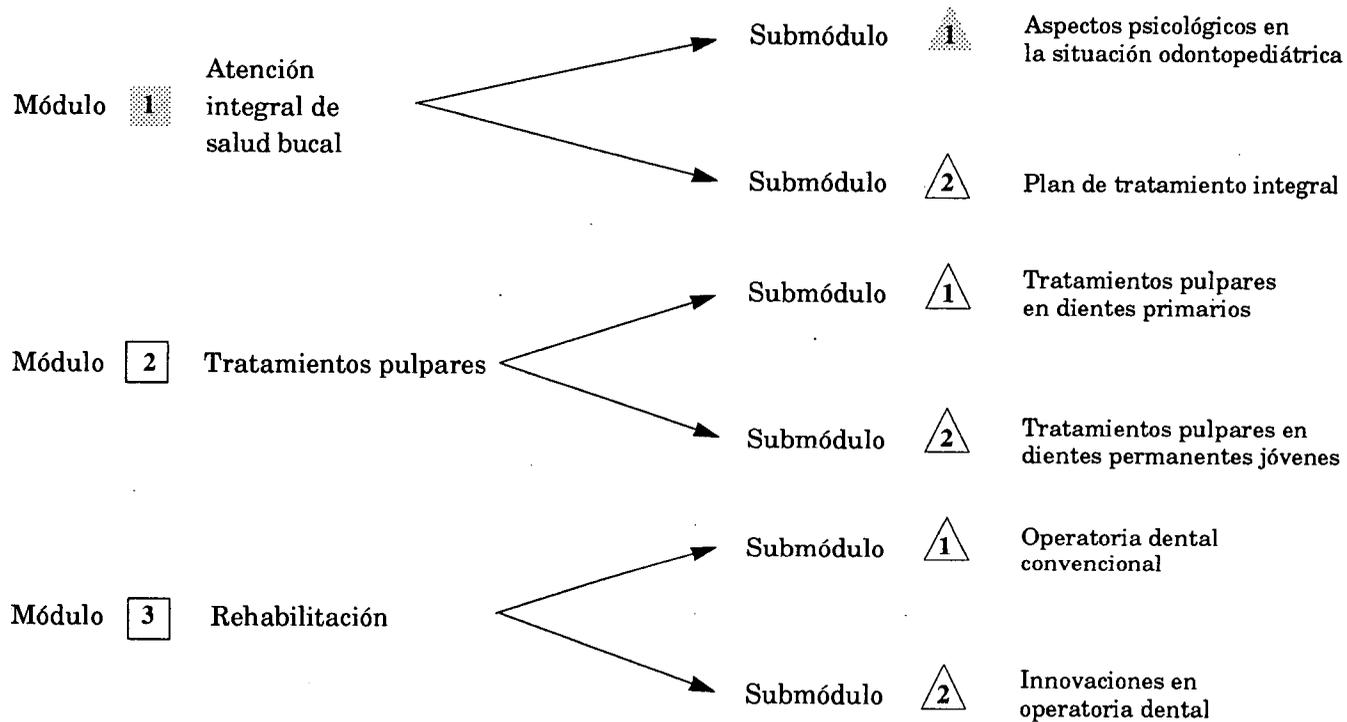
Aspectos psicológicos en la situación odontopediátrica

**Hebe P. de Bellagamba
Noemí Bordoni
Raquel Doño
Verónica Fallik
Alfredo Preliasco
Virginia F. de Preliasco**



Curso 2 Odontología para niños I

Contenido



Objetivo del curso ②

Programar, ejecutar y evaluar la atención integral de la salud bucal del niño, aplicando un fuerte componente preventivo.

Objetivo del módulo ①

Tomar decisiones fundamentales para la atención integral de la salud bucal del niño.

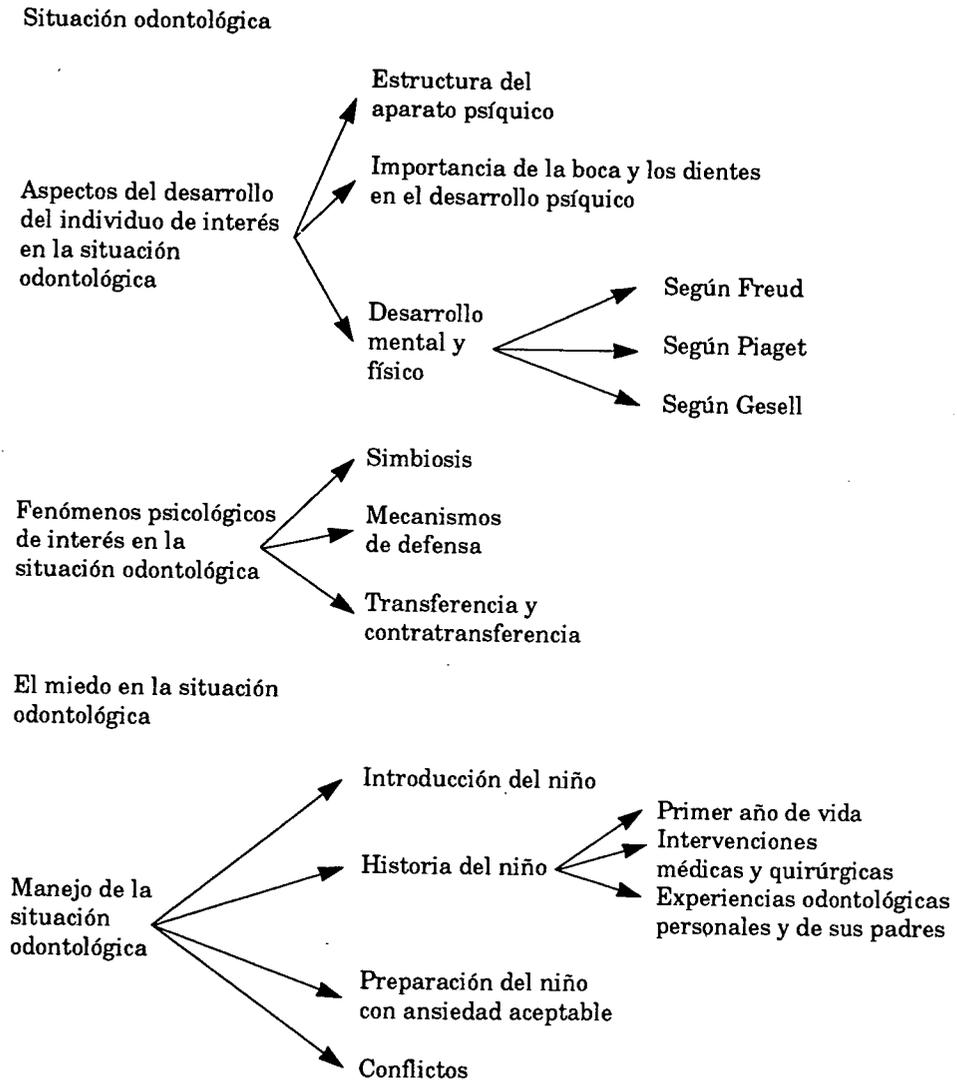
Objetivos del submódulo △*Objetivo general:*

Identificar los aspectos psicológicos involucrados en la situación odontológica que sirven de fundamento a las decisiones que protegen la salud mental de los actores involucrados.

Objetivos específicos:

1. Comprender la situación odontopediátrica como una situación global en la que interactúan el niño, sus padres o acompañante y el odontólogo.
2. Conocer los aspectos psicológicos del desarrollo del individuo que faciliten una mejor atención odontológica.
3. Reconocer que existen mecanismos psíquicos que influyen en la situación odontológica.
4. Aplicar los conocimientos psicológicos al manejo de la situación odontológica.

Diagrama del contenido



Anexo 1. Lectura recomendada: Medicina psicosomática en pediatría, de Marta Bekei. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1965, capítulo 3.

Anexo 2. El desarrollo psicológico.

Anexo 3. Angustia y mecanismos de defensa.

Anexo 4. Planilla de historia del niño.

OBJETIVO 1

1. Situación odontológica

Bleger (1969) definió la *situación* como el conjunto de elementos, hechos, relaciones y condiciones que cubre siempre una fase o período determinado en un momento dado. Cada situación es diferente y depende de los participantes y del tiempo y lugar en que ocurre. Es un conjunto de elementos coexistentes e interactuantes, dinámicos y en permanente modificación y reestructuración.

El emergente de la situación es la *conducta*, que puede recaer sobre el individuo o sobre los otros elementos que la integran. La parte de la situación que rodea al individuo se denomina *entorno* o *medio*. Toda situación es siempre original y única, en el sentido de que jamás se repite de la misma manera (Bleger, 1969).

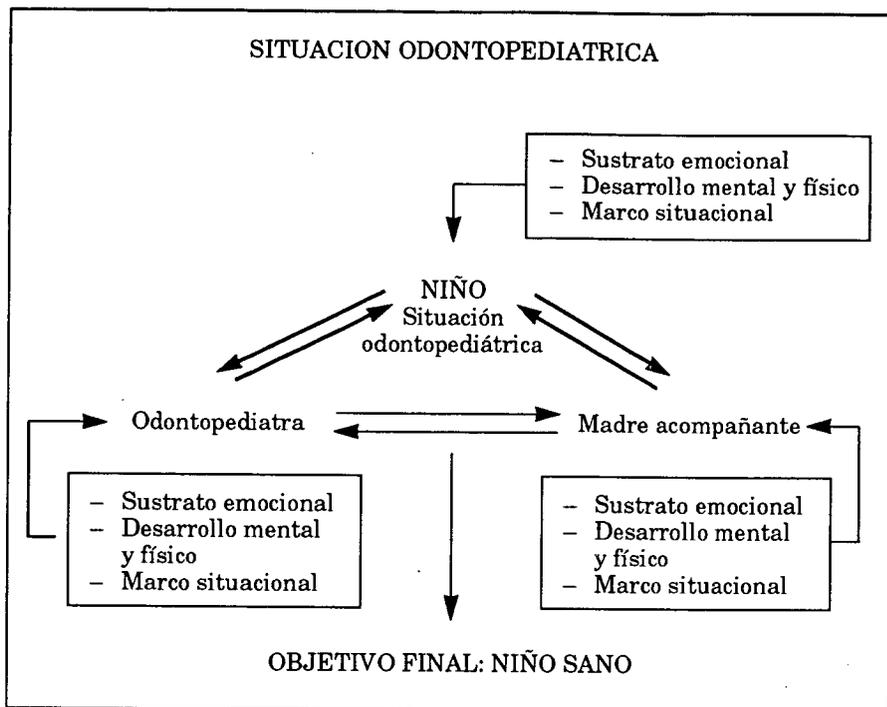
La situación odontológica no escapa a esa definición y será única cada vez, dependiendo de cada niño y su historia, del acompañante y su historia, del odontólogo y su historia, y del momento témporo-espacial en que ocurre; influyen sobre su estructuración las conductas actuales y en ella se producen cambios que se proyectan hacia el futuro. La comprensión de la conducta de los participantes en la situación odontológica permite elaborar criterios para su eficaz resolución.

La situación odontopediátrica configura una situación peculiar, resultado de la relación de tres personas: niño, madre o acompañante y odontólogo, con un objetivo común: mantener al niño sano (Bordoni, 1980). La elaboración e instrumentación del proceso que permite la obtención de ese objetivo constituye el plan de tratamiento. La metodología de ese proceso surge de contenidos que traen, contenidos que adquieren y contenidos que crean cada uno de los integrantes de la situación odontológica (Figura 1).

En la situación odontológica, el odontopediatra adquiere los siguientes contenidos: a) conocimiento del motivo de la consulta; b) realización de la entrevista; c) historia del niño; d) exámenes clínicos, radiográficos y de laboratorio.

Los contenidos que elabora el odontopediatra son: a) el diagnóstico y b) el plan de tratamiento para ese niño.

Figura 1. Contenidos que aporta cada uno de los integrantes de la situación odontológica (Bordoni, 1980)



OBJETIVO 2**2. Aspectos del desarrollo del individuo de interés en la situación odontológica**

La odontopediatría ha recibido el aporte de escuelas psicológicas, como la evolutiva (Gesell), la genética (Piaget) y la profunda (Freud), para lograr el conocimiento del ser humano, de los fenómenos psicológicos y de la conducta manifiesta.

2.1 Estructura del aparato psíquico

Los aspectos de la psicología profunda relacionados con la situación odontológica y la angustia irracional que ella puede desencadenar arrancan desde la organización psicoinstintiva de la personalidad.

Para comprender la aplicación de estos conceptos en la clínica, le sugerimos la lectura del capítulo 3 del libro *Medicina psicosomática en pediatría*, de Marta Bekei, presentado en el Anexo 1 de este submódulo.

Autoevaluación con clave de corrección**Ejercicio 1**

Relacione ambas columnas:

- | | |
|------------|---|
| 1. Ello | a. inconsciente |
| | b. sin cronología |
| | c. en contacto con el mundo externo |
| | d. presente al nacer |
| 2. Yo | e. consciente |
| | f. desconoce la contradicción |
| | g. ejerce la censura |
| 3. Superyó | h. obedece al principio del placer |
| | i. autoconservación |
| | j. función integradora y ejecutiva |
| | k. indispensable para mantener el orden |

Ejercicio 2

Defina consciente, inconsciente y preconscious.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Clave de corrección**Ejercicio 1**

1: a - b - d - f - h

2: c - e - i - j

3: a - g - k

Ejercicio 2

Consulte las respuestas en el Anexo 1 (pág. 57)

2.3 Importancia de la boca y los dientes en el desarrollo psíquico del individuo

A través de la boca, el individuo accede al mundo por primera vez, recibe al mismo tiempo alimento y afectos. Las dificultades y frustraciones durante el amamantamiento determinan un incremento de ansiedad en el niño que favorece el acúmulo de agresión. El diente se transforma, para la mente, no solo en el elemento capaz de tomar alimentos, triturar, crecer, sino en el elemento agresor, capaz de morder el pecho materno.

Aberastury (1951, 1958, 1961a, 1962) puntualiza que la angustia irracional frente al tratamiento odontológico deriva de las siguientes fuentes:

1. La atención odontológica reactiva ansiedades correspondientes a situaciones primitivas del desarrollo.
2. Los dientes y la boca tienen determinados significados para el inconsciente, de acuerdo con cada etapa del desarrollo.
3. Sobre la figura del odontólogo y el tratamiento se proyectan ansiedades.
4. La aparición del diente marca un jalón importante en la relación madre-hijo, representa en el lactante la ruptura del vínculo bipersonal, y constituye la prueba de realidad diaria de su capacidad real de destrucción.
5. La segunda dentición también moviliza ansiedades, y el hecho de que el diente permanente es irremplazable representa para el inconsciente el camino vital que termina con la muerte.

La tarea odontológica, por lo tanto, pone en marcha mecanismos inconscientes de desplazamientos de las descargas afectivas que pueden desencadenar angustias patológicas capaces de determinar rechazo por parte del paciente y, a veces, hasta la imposibilidad de hacerse atender.

2.4 Desarrollo mental y físico

El desarrollo mental es un progresivo equilibrarse, un paso perpetuo de un estado de menos equilibrio a otro más equilibrado, y se da en los planos de la inteligencia, en los de la vida afectiva y de las relaciones sociales. Es importante tener presente las características de los períodos de desarrollo analizados a través de la observación de las conductas porque, por ejemplo, es inconducente realizar una motivación abstracta con un niño de 2 años, que lo que necesita es tocar, porque es lo que puede instrumentar su desarrollo cognoscitivo en ese momento.

Para abordar el desarrollo del niño se han formulado diferentes teorías. En este submódulo se considerarán dos de ellas.

2.4.1 *Desarrollo de la inteligencia*

Jean Piaget elaboró una teoría sobre el desarrollo y funcionamiento de la inteligencia abordando el problema de la génesis del conocimiento (teoría psicogenética), e investigando cómo el individuo comprende la realidad en los distintos momentos de su desarrollo. No es posible analizar aquí su teoría. Solo se hará una breve referencia para señalar el interés que ella puede revestir para el mejoramiento de la práctica odontopediátrica.

Cada etapa del desarrollo del niño se caracteriza por una estructura psicológica (de conocimiento) distinta, es decir, por una particular forma de organización de la actividad mental. Una *estructura* es un *sistema dinámico* que subyace a las variadas conductas específicas.

Piaget (1971) establece *seis estadios*, que pueden agruparse en *cuatro grandes períodos* y cuyos límites en edades son solo aproximados.

Ellos son:

0 - 1 1/2 ó 2 años: período sensoriomotor.

2 - 7 años: período preoperativo.

7 - 11 años: período de las operaciones concretas.

11 ó 12 años en adelante: período de las operaciones formales.

El conocimiento de las características de cada etapa permite comprender más al niño y, por lo tanto, establecer con él una comunicación mejor, adecuando las explicaciones a sus posibilidades intelectuales. El niño pequeño, por ejemplo, no tiene la misma noción del espacio, del tiempo y de la causalidad que el adulto.

En general, cuanto más pequeño es un niño más directamente actúa sobre la realidad. Hasta los 2 años, al no tener representación mental del mundo, la realidad se limita en forma exclusiva a lo inmediatamente perceptible; el niño no puede evocar el pasado ni lo ausente. Su comprensión está ligada a sus acciones motoras (manipular, chupar) y sensitivas (ver, oír). A lo largo de las distintas etapas, el niño será capaz de pensar más allá del aquí y ahora, y actuar intelectualmente sobre el mundo. Sin embargo, solo a partir de los 11 años podrá despegarse totalmente del mundo concreto para pensar en términos de abstracciones y posibilidades.

Veamos un ejemplo de dependencia al dato perceptible de un niño de aproximadamente 6 años: si se le presentan dos hileras de seis fichas, el niño reconocerá que hay igual cantidad en ambas siempre y cuando las hileras coincidan en el largo:

```

0 0 0 0 0 0
0 0 0 0 0 0

```

Si una de ellas ocupa más lugar en el espacio, dirá que en esta hilera hay más fichas, aun cuando pueda contarlas.

0 0 0 0 0 0
0 0 0 0 0 0

El desarrollo se caracteriza, además, por la evolución desde una mayor hacia una menor centración. La *centración* es la tendencia a ver un solo aspecto o parte sin integración en un todo. El niño más pequeño, piensa la realidad en función de sí mismo y de sus acciones (egocentrismo) y solo paulatinamente puede ir captando un mundo objetivo independiente de él. Por ejemplo: un niño que tira un cordón de su cuna que sacude sonajeros, probablemente tirará del mismo cordón para actuar sobre objetos alejados, ya que no es el cordón la causa del movimiento, sino su propia acción de “tirar del cordón”. Esta centración sobre sí mismo se verifica también, más adelante, en el uso del lenguaje (cuando habla para sí mismo sin finalidad comunicativa) y en los juegos (dos niños que juegan juntos pueden seguir cada uno reglas diferentes). Por ejemplo: niños entre 4 y 5 años podrán decir que la luna los sigue.

Al respecto, Piaget e Inhelder (1984) indican:

“[...] señalemos que un niño de 4-5 años sabrá designar su mano ‘derecha’ y su mano ‘izquierda’, aunque las distinga, acaso, desde el nivel de la acción; pero sabiendo utilizar esas nociones sobre su cuerpo, tardará aún 2 ó 3 años en comprender que un árbol visto a la derecha en el camino de ida, se hallará a la izquierda al volver; o que la mano derecha de una persona sentada de cara al niño se halla a la izquierda de este; y tardará más tiempo aún en admitir que un objeto B sentado entre A y C puede estar, a la vez, a la derecha de A y a la izquierda de C”.

En forma interdependiente con lo anterior, el pensamiento se vuelve más flexible y dinámico, la descentración permite enfocar de manera simultánea dos dimensiones de un problema. A partir de los 7 años aproximadamente, el niño adquiere lo que Piaget denomina *reversibilidad*, es decir, puede pensar en las idas y vueltas de los fenómenos. Por ejemplo: al poner tres bolitas en un tubo de una sola boca, ahora sabrá que en primer término va a salir la bolita que puso en último lugar, y podrá pensar en dos variables que se compensan entre sí. Otro ejemplo: si se trasvasa un líquido de un vaso (A) a otro más estrecho (o más ancho) (B), a los 4-6 años un niño dirá que hay más líquido en B porque el agua llega más alto (o menos, porque está más bajo el nivel). A partir de los 7 años puede reconocer que la cantidad es la misma porque “es la misma agua; no se ha hecho más que verterla”; puede *volvér-sela* de B a A “como estaba antes” o “está más alto *pero* el vaso es más estrecho, lo que es igual”.

En síntesis: la teoría psicogenética constituye una herramienta útil para comprender las formas de pensamiento de los niños de diferentes edades y permite interpretar algunos "errores" sistemáticos de los niños y sus incomprensiones respecto de ciertos planteos de los adultos.

2.4.2 *Desarrollo psicomotriz*

Arnold Gesell estableció las pautas evolutivas del desarrollo psicomotor del niño. Este autor coincide con la escuela psicoanalítica al considerar que el desarrollo motor y el desarrollo psíquico son indivisibles. Pero su sistema es exclusivamente descriptivo. Gesell observó durante años la conducta manifiesta de gran número de niños y la registró fijándose especialmente en los logros de la inteligencia motora. Estableció así el tipo de conducta característica de cada edad. Los períodos en que dividió la infancia son los siguientes:

- 1) *lactancia,*
- 2) *edad del deambulador,*
- 3) *edad del preescolar,*
- 4) *edad escolar,*
- 5) *pubertad.*

La técnica que Gesell aplicó es la llamada longitudinal. Sigue el desarrollo de los niños en orden cronológico, desde su comienzo hasta su terminación. Periódicamente, en ciertas edades claves preestablecidas, puntos cruciales del desarrollo, compara los datos obtenidos y establece las características, los perfiles de conducta correspondientes a cada una de estas edades. Los perfiles abarcan períodos de tiempo de diferente duración, según la distinta rapidez del desarrollo en cada edad. Hay un perfil para cada trimestre del primer año y uno para cada semestre del segundo año. Luego se establecen perfiles anuales o bianuales.

Para uniformar y sistematizar las observaciones y comparar los resultados de las distintas investigaciones, Gesell dividió la conducta en cuatro campos:

- 1) *conducta motora,*
- 2) *conducta adaptativa,*
- 3) *conducta personal-social,*
- 4) *lenguaje.*

La conducta motora incluye tanto las capacidades estáticas como las motrices. Se registra en este campo todo lo que el lactante o el niño son capaces de hacer: mantener erguida la cabeza, sentarse, pararse, caminar, correr, etcétera.

La conducta adaptativa abarca todos los aspectos de la motricidad más

fina. En este campo se investiga el manejo de la mano y de los dedos, la forma de la prensión, etcétera.

La conducta personal-social alude a la calidad del contacto que el niño establece con las personas cercanas o extrañas.

En el campo del lenguaje se registra la cantidad de palabras conocidas por el niño, el uso que hace de frases y construcciones cada vez más complejas, su progresiva capacidad de abstracción, etcétera.

2.5 Descripción de etapas

El desarrollo mental es continuo y se va expresando con la maduración de la conducta. Dentro de esa continuidad indivisible, hay períodos que adquieren una característica especial y se observan en todos los niños con la misma secuencia. A estos períodos se los denomina *etapas*. Estas etapas se advierten desde la hora 0 del nacimiento.

1. El primer ciclo comprende las siguientes etapas: 4, 16, 28 y 40 semanas. Como se observa, el crecimiento es tan veloz que las etapas tienen intervalos semanales.
2. En el segundo ciclo, las etapas se alargan, afloran trimestralmente: 15, 18 y 21 meses; la infancia culmina en los dos años que corresponden al comienzo de la preescolaridad.
3. En el tercer ciclo, que comprende la preescolaridad, las etapas aparecen a intervalos semestrales: 2, 2 1/2, 3, 3 1/2, 4, 4 1/2 y 5 años. En tres años el niño pasa de infante al umbral de la escolaridad.
4. En el cuarto ciclo, el escolar propiamente dicho, las etapas tienen intervalos anuales. A la culturación que logró el hogar se suma ahora la escolaridad.
5. El quinto ciclo abarca desde los 10 hasta los 16 años, y dura seis años. También aquí los intervalos en que se presentan las etapas son anuales, coincidentes con los cumpleaños. Entre los 9 y 10 años aparece el período de la pubertad, algo antes en las niñas y posterior en los varones. La pubertad es seguida por la adolescencia temprana que en las niñas se extiende aproximadamente de los 12 a los 14 años y en los varones de los 13 a los 15 años. Luego comienza la adolescencia tardía que sobrepasa por supuesto los 16 años de este quinto ciclo.

Cuando se ve crecer a un niño, se piensa generalmente que esa maduración que ha adquirido es la suma de todas las capacidades previas. Hasta hace pocas décadas se consideraba que el crecimiento se hacía en forma lineal. Posteriormente, se definió el principio de alternancia,

alternación o entrelazamiento recíproco, entendido como “la alternancia repetida de fuerzas opuestas o contradictorias”, expresadas en “conductas positivas”, maduras, aceptables, y en “conductas opuestas, negativas, inmaduras, molestas” (Gesell, 1979).

2.5.1 *Características de las edades. Perfiles de conducta en la infancia*

La edad cronológica es un concepto formal. Las etapas de maduración, coincidentes muchas veces con la edad cronológica, son conceptos funcionales, dinámicos, que expresan la maduración de la conducta en ese momento. De cada edad se puede dar un perfil de conducta que es sinónimo del nivel de maduración alcanzado. Así como el crecimiento físico puede medirse, ya sea el peso en kilos, o la talla en centímetros, el crecimiento mental, la maduración, se mide por las pautas de conducta que van apareciendo sucesivamente.

Las características de las edades de los ciclos primero y segundo son de interés pediátrico. La odontología clínica empieza con el niño de 2 años. No obstante, la odontología interviene bastante a lo largo del segundo año de vida, a raíz de los traumatismos dentarios causados por las caídas frecuentes. A partir de los 2 años hasta la adolescencia inclusive, todas las edades deben ser conocidas por el odontólogo en sus características fundamentales, pero sin duda las edades más versátiles y sorprendentes se encuentran en el ciclo preescolar.

El niño de 2 años, el de 5, el de 10 y el de 16 poseen equilibrio, muestran como rasgo característico una conducta consolidada, completa para su edad y en su respectivo nivel de maduración. Aunque parezca difícil comparar el infante de 2 años con el adolescente de 16, sus conductas aseguran una buena relación odontólogo-paciente con su respectivo bagaje conductual. El equilibrio de estas cuatro edades se traduce en una conducta pareja, sólida, consolidada. Son asimismo edades en las que termina un ciclo y se inicia el siguiente: son verdaderas edades de advenimiento, a las que también se denomina *nodales* o *focales*. Los 2 años y medio, los 5 años y medio, los 6, los 10 y los 11 años son edades caracterizadas por una ruptura del equilibrio anterior. Al niño de esas edades se lo suele calificar como “*fuera de foco*”. La falta de equilibrio es más bien consigo mismo, de ahí el desconcierto que produce en el ambiente que lo rodea, fundamentalmente a los 2 años y medio.

Los niños de 3 años, 6 años y medio y 12 vuelven a presentar conductas en equilibrio. Son estables y vuelven a ser felices consigo mismos y a aceptar lo que ocurre a su alrededor. El desequilibrio reaparece a los 3 años y medio, 7 y 13, edades en las que el rasgo predominante es la introversión. La ruptura del equilibrio conductual en un niño de 3 años y medio se advierte en su generalizada inestabilidad emocional; en uno

de 7 años, en su exagerada sensibilidad, y en uno de 13 años la ruptura de su conducta es parecida a la del niño de 7 años pero en un nivel más maduro.

A los 4, 8 y 14 años el equilibrio se expresa con una conducta de notable expansividad y vigor. En el niño de 4 años y medio, 9 y 15, se produce una ruptura del equilibrio interior que suele expresarse como "internalización" de los rasgos de conducta y que da origen a la conducta "neurótica" (Gesell).

Al repasar este panorama del desarrollo de la conducta en estos 14 años (de los 2 a los 16), que cubre tres ciclos: preescolar, escolar y adolescente, se observa que los principales rasgos de conducta dan una prueba fehaciente del cumplimiento del principio de alternancia y entrelazamiento recíproco, y que la maduración de la conducta va acentuándose sin que se pierda el componente negativo o inmaduro que produce el desequilibrio necesario para crecer y madurar (Cuadro 1).

Cuadro 1. Resumen de las características del desarrollo^a

| Edades en años | Rasgo dominante | Característica especial |
|------------------------|-----------------|--|
| 2-5-10 | Focal | Conducta en buen equilibrio. Tiene pocas dificultades consigo mismo y con el medio que lo rodea. |
| 2 1/2 - 5 1/2 - 6 - 11 | Fuera de foco | Marcado desequilibrio. |
| 3-6 1/2 - 12 | Equilibrio | Niño feliz consigo mismo. Es aceptador de la cultura que lo rodea. |
| 3 1/2 - 7 - 13 | Instrospección | A los 3 1/2 años presenta inseguridad emocional general, lo que suele reflejarse en miedos variados, pobre orientación espacial, temblor en las manos y en la voz, tartamudeo. A los 7 años es sumamente sensible, quiere hacerse notar poco, se torna algo lerdo en sus reacciones. Le duelen excesivamente los retos. El niño de 13 años se parece al de 7, pero en un plano más maduro. |
| 4 - 8 - 14 | Fuera de límite | Está en peligro de expandirse demasiado. El niño de 4 años vaga demasiado. El de 8 desobedece constantemente, y el de 14 se pierde en discusiones sociales con sus mayores. |
| 4 1/2 - 9 - 15 | Neurótico | Son las edades de las cuales se conoce menos. No hay buen equilibrio, pero las manifestaciones son difíciles de captar. Son edades sutiles (superficial, fino, ingenioso). |
| 5 - 10 - 16 | Focal | Conducta en buen equilibrio. Tiene pocas dificultades consigo mismo y con el mundo que lo rodea. |

(a) Tomado de Egozcue, 1988.

2.5.2 *Perfiles de conducta en la edad escolar*

Abordaje según Gesell, A. (adaptado de Bellagamba, 1988)

Perfil a los 6 años: comienzan a desaparecer los dientes primarios y erupciona el primer molar permanente. Se observa más susceptibilidad a las enfermedades infecciosas. A esta edad el niño tiende a los extremos, oscila entre dos posibilidades: sufre de duplicidad evolutiva, de bipolaridad, vacilación y falta de integración. Se encuentra inquieto, está en actividad constante en todas partes. Su juego es tumultuoso y peleador. No le gusta integrar la mesa familiar. Balancea las piernas, derrama su comida, se columpia en la silla, se llena la boca de comida y tiende a hablar con la boca llena. Es decididamente bueno para comenzar las cosas, pero decididamente malo para terminarlas. Es torpe en el cumplimiento de las tareas motrices delicadas. Despliega abundante actividad oral: saca la lengua, sopla, mastica y se muerde los labios o un lápiz. Siente hambre antes de acostarse (este es un dato a tener en cuenta cuando se analiza su dieta). Se lava bien las manos y la cara pero no espontáneamente. Está aprendiendo a distinguir la mano izquierda de la derecha.

En resumen: es una edad alborotada y de dispersión.

Perfil a los 7 años: Se produce una especie de aquietamiento. El niño atraviesa prolongados períodos de calma. Tiene capacidad de reflexión, elabora internamente sus impresiones. Es un buen oyente y capaz de aprovechar y enriquecerse con los aportes que se le hacen. Se encariña con figuras parentales y tanto en su casa como en la escuela profundiza sus relaciones personal-sociales. Comienza a desarrollar sentido ético. Lloro por su sensibilidad herida. Es perseverante: lucha por lograr mejores resultados (es la edad de la goma de borrar). Aún tiene inclinación a tocar todo, a tomarlo y manipularlo. Se sienta mejor en la mesa y hasta puede contar sus experiencias del día. Se le debe recordar que se lave las manos. Es capaz de peinarse solo y atarse los cordones de los zapatos. No puede distinguir bien la derecha y la izquierda excepto en relación con su propio cuerpo. Comienza a tener representación temporal de lapsos más largos. Está interesado en programar su día. Puede conocer la sucesión de los meses.

En resumen: es una edad de reflexión.

Perfil a los 8 años: tres rasgos lo caracterizan: velocidad, expansividad, valoratividad. El niño de 8 años aparece más maduro incluso en su aspecto físico. Es más rápido en sus propias reacciones y comprende mejor las de los demás. Su ritmo psicomotriz se ha acelerado. Quiere hablar, leer, escribir, comer y jugar a toda velocidad. Sus movimientos corporales tienen fluidez, gracia y equilibrio. Tiene conciencia definida

del grupo escolar como grupo al cual pertenece. No comprende aún reglas complejas. Tiene un sentido vivo de la propiedad y aversión a la falsedad.

Los dos sexos comienzan a separarse. Un grupo de niños se burlará de uno de niñas. El niño de 8 años establece su propia posición en la escuela y en el hogar. Ambos sexos expresan admiración por sus padres y se identifican con ellos. La maestra es menos importante. Hay incremento de la velocidad y fluidez en las operaciones motrices finas. Puede pensar antes de obrar, pero todavía deja las cosas incompletas. Puede lavarse la cabeza sin ayuda y cortarse las uñas de la mano opuesta a la dominante. Algunos se lavan las manos por sí solos antes de las comidas. Se viste solo con regular facilidad y rapidez. Ata correctamente el cordón de los zapatos.

En resumen: es una edad expansiva en un nivel superior de madurez.

Perfil a los 9 años (Gesell, 1967): es una edad intermedia entre un niño y un adolescente con reorientaciones significativas. La característica principal es la automotivación. Aplica su mente en las cosas por propia iniciativa. Su día está completo de actividades y conoce el orden en que se suceden. Es una edad óptima para perfeccionar la pericia en el manejo de herramientas, en aritmética y otras habilidades (cepillado). Clasifica, identifica y ordena su información y conoce un cúmulo sorprendente de hechos y cifras relacionadas con algo que le gusta (fútbol, historia, geografía, biología, etcétera).

Ambos sexos se desdeñan cordialmente. Para crecer, el niño de 9 años debe lograr un sentido de estatus individual no solo en relación con sus padres sino también con el sexo opuesto. En la escuela y reuniones se junta con los de su sexo. Termina de abotonarse, ata correctamente los cordones de los zapatos y acomoda su camisa o blusa; las niñas quieren peinarse solas.

El baño no es motivo de resistencia ni de goce especial, pero aún necesita de la indicación de cepillarse los dientes y de hacerlo bien, y también hay que recordarle que debe lavarse las manos antes de comer. Acepta esto con buena disposición. Predomina un intenso tono afectivo; puede pasar de la timidez a la audacia excesiva.

En resumen: es una edad de realismo, racionalidad y automotivación.

Perfil a los 10 años: El niño de 10 años es dueño de sí mismo y de sus habilidades, pero es reposado y despreocupado. Las diferencias sexuales a esta edad son muy pronunciadas. La niña es más reposada. Se interesa por los problemas relativos al matrimonio y la familia. Quiere a su

maestra y observa su aspecto físico como modelo de identificación. Esto parece servir a una necesidad psicológica. Las niñas de 10 años juegan con las muñecas dramatizando la estructura familiar y tienen mayor conciencia de las relaciones interpersonales que los varones.

En resumen: es una edad de reorientación.

Perfil a los 11 años (Gesell, 1975): esta edad señala indudablemente el comienzo de la adolescencia. El niño de 11 años es inquieto, investigador, charlatán. Se mueve en forma permanente. Padece de un hambre voraz y constante. Así marcha el apetito por nuevas experiencias. Llega a imitar a los adultos mímicamente para facilitar su comprensión. Su vida emocional a menudo presenta picos de gran intensidad. En poquísimo tiempo puede ser víctima de un fuerte ataque de cólera o estallar en risa. Los humores van y vienen en ráfagas. Sube la voz, lo que obliga a los demás a hacer lo mismo. Su organismo se halla en pleno proceso de transformación. Prefiere contradecir al responder, pero también le gusta iniciar cordiales intercambios de opiniones con otras personas para observar las reacciones provocadas por su indagación. La adecuación en la escuela es más fácil que en el hogar. Los datos que mejor aprende son aquellos presentados en forma de cuentos en los que una acción lleva a otra. A los maestros que solo tienen un contacto semanal se les hace más difícil adquirir dominio sobre la clase.

En resumen: es una edad de expansión, de búsqueda incansable.

Perfil a los 12 años: un progreso en el pensamiento conceptual y en el uso de las ideas, unido a la función compensadora de sus actitudes de razonabilidad, tolerancia y humor, jalonan el camino hacia la madurez reforzado por el entusiasmo y el celo, la iniciativa y la inteligencia, la empatía y la buena voluntad, el conocimiento y el dominio de sí mismo.

Al niño de 12 años le gusta que le enseñen. Puede llegar a admirar a una maestra enérgica, preparada, con sentido del humor, que lleve amistosamente la clase. Debe convertirse en un miembro especial del grupo que actúe como catalizador. Es vivaz. Si se le permite cierto grado de libertad, puede concentrarse en tareas individuales, independientes. Puede resultarle provechoso faltar un día a la escuela porque se fatiga. Sin embargo, no debe subestimarse su crecimiento intelectual.

En resumen: en esta edad se reorientan las relaciones interpersonales y su comportamiento es más maduro. El rasgo dominante es su expansivo entusiasmo.

Autoevaluación sin clave de corrección

Ejercicio 1

Establezca puntos de coincidencia entre los enfoques de Gesell y Piaget.

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 2

Correlacione las etapas identificadas por Gesell con las propuestas por Freud.

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 3

Identifique cinco historias clínicas de su consultorio y relacione el grupo etáreo descrito por Gesell con la conducta observable del niño.

.....

.....

.....

.....

.....

Autoevaluación con clave de corrección

Ejercicio 1

Un odontólogo es invitado a realizar un programa de Educación para la Salud en 1^{er} grado. Su programa consiste en una clase informativa de 90 minutos y dos sesiones de 30 minutos cada una de enseñanza de cepillado con técnica de Bass y pasaje de hilo dental. ¿Está de acuerdo con este programa? ¿Por qué?

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 2

En un niño de 6 años se realiza el siguiente diagnóstico: surcos profundos en los primeros molares permanentes y varias caries en los molares primarios. Se decide realizar un tratamiento por cuadrantes; cada sesión llevaría entre 45 y 60 minutos. ¿Está de acuerdo con este plan de tratamiento? Fundamente su posición.

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 3

A un niño de 7 años hay que darle anestesia en la boca. Usted le explica lo que se le va a hacer y cómo. ¿Realiza la anestesia en la misma sesión de la explicación o en la próxima? Al finalizar la sesión, ¿cuál es su conducta respecto del niño?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 4

Un odontólogo tiene que ejecutar un programa de Educación para la Salud en 3^{er} grado. Da una clase de contenidos de 20 minutos y en la misma sesión enseña la técnica de Bass y observa cómo la realizan los niños. ¿Está bien encarado esto para niños de 8 años? Fundaméntelo.

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 5

El odontólogo a cargo de un Programa de Educación para la salud divide el total de alumnos de 9 años en grupos mixtos más pequeños para la enseñanza de cepillado. ¿Cree que encontrará dificultades agrupando ambos sexos?
¿Puede comprobar un niño de 9 años si se cepilla bien? ¿Por qué?
¿Puede hacerse cargo de su propio control del consumo de golosinas? ¿Por qué?

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 6

Una maestra de 5º grado realiza el programa de Educación para la Salud en su grado. ¿Cuál debe ser el aspecto físico y de la boca de la maestra para constituir un buen modelo para el grupo?

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 7

¿Por qué en 6º grado se prefiere que sea la maestra y no el odontólogo el encargado de dar Educación para la Salud?

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 8

¿Puede un niño de 12 años realizar correctamente la técnica de cepillado? En su programa de Educación para la Salud, ¿puede incluir como ayudantes a niños de 7º grado? ¿Por qué?

.....

.....

.....

.....

Clave de corrección

Ejercicio 1

Ese programa no sirve para niños de 6 años porque:

- a) A esa edad no son capaces de mantener la atención durante 90 minutos.
- b) No tienen la habilidad manual suficiente para aprender una técnica difícil; solo podría aceptarse una técnica de cepillado horizontal.
- c) No están neuromuscularmente maduros para realizar el pasaje de hilo dental.

Ejercicio 2

Por el mismo motivo que el del caso anterior, no es aceptable que un niño de 6 años permanezca quieto durante sesiones largas. Es preferible que asista más veces por menos tiempo.

Ejercicio 3

Es una edad de reflexión. El niño de 7 años necesita tiempo para reflexionar sobre lo que van a hacerle y lo aceptará mejor. Es un niño sensible, le agrada que elogien su comportamiento al concluir la sesión.

Ejercicio 4

Es un buen programa para niños de 8 años. Veinte minutos de clase son adecuados para su nivel de atención y pueden, bajo control, realizar un técnica más difícil. Aún no se incluye el pasaje de hilo dental.

Ejercicio 5

Ambos sexos se desdennan, pero no suelen crear conflictos dentro de los grupos. Un niño de 9 años puede comprobar la eficacia de su cepillado y es capaz de racionalizar el consumo de golosinas.

Ejercicio 6

Los niños de 10 años observan el aspecto físico de su maestra. Es conveniente que la persona que imparte Educación para la Salud presente un aspecto saludable y su boca en buen estado.

Ejercicio 7

A los 11 años los niños se relacionan bien con su maestra. A los profesores con escaso contacto semanal les resulta difícil dominar la clase.

Ejercicio 8

El niño de 12 años es capaz de aprender fácilmente una técnica y practicarla. Comienza a organizarse su pensamiento abstracto, le gusta que le enseñen. Es capaz de colaborar en un programa enseñando a otros niños: es entusiasta y voluntarioso en el emprendimiento de tareas.

2.5.3 *Conducta del adolescente de interés en la situación odontológica* (adaptado de Doño y Preliasco, 1980)

A) PERFIL DEL ADOLESCENTE

La adolescencia transita el largo período que va desde los 10 ó 12 años hasta los 21 a 25 años y debe ser tomado como un proceso universal de cambio y desprendimiento cuyo destino es la integración al mundo adulto. El adolescente pasa por desequilibrios e inestabilidades, y así se suceden o superponen momentos de audacia, timidez, incoordinación, urgencia, desinterés o apatía, conflictos afectivos, crisis religiosas, intelectualizaciones y postulaciones filosóficas. Esto es lo que Knobel denominó "síndrome normal de la adolescencia" (Aberastury y Knobel, 1961).

Cambios en el esquema corporal (Aberastury, 1971)

Durante la pubertad ocurren cambios hormonales que determinan características sexuales primarias y secundarias a las que se agregan modificaciones fisiológicas del crecimiento en general, cambios en el peso y en las proporciones del cuerpo. Los cambios físicos se realizan tan rápidamente que al adolescente le cuesta adaptarse a ellos. Debe modificar continuamente su "esquema corporal", es decir la representación mental que tiene de su propio cuerpo.

Proceso de duelo

Los procesos de duelo en este momento de la vida son sumamente importantes, uno de ellos, el duelo por el *cuerpo infantil perdido*, bien elaborado, le permitirá aceptar sus cambios corporales. Unido a este debe elaborar otro no menos importante: el duelo por la pérdida del *vínculo con los padres de la infancia*, de quienes dependía y que comienzan a ser prescindibles. Los procesos de duelo necesitan tiempo para ser mejorados, elaborados, de ahí que la adolescencia sea un proceso largo.

Búsqueda de identidad

En la búsqueda de su identidad recurre a la uniformidad, en la que encuentra mayor seguridad: una es la moda, donde cada uno se identifica con todos. Estas identificaciones pueden ser transitorias, circunstanciales u ocasionales, pero siempre las adopta en relación con el proceso de separación de sus figuras parentales hasta lograr su propia identidad adulta. El dentista es, como los padres y los profesores, una figura parental.

Incremento en la intelectualización

Es reconocido el incremento de la intelectualización en los adolescentes, que los lleva a preocuparse por los principios éticos, filosóficos y sociales.

Desubicación temporal

Se observa en su conducta una cierta desubicación temporal. Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son irracionales. En la consulta odontológica es conveniente aclarar la cronología del plan de tratamiento para que sea mejor aceptado.

Al decir de Mauricio Knobel: "cuando se puede reconocer un pasado y formular proyectos de futuro con capacidad de espera y elaboración en el presente, se supera gran parte de la problemática de la adolescencia".

Fluctuaciones del humor

Las fluctuaciones del humor de los adolescentes son signos característicos. Las reacciones suelen ser desmedidas e intensas y pueden pasar rápidamente de una situación de incomunicación y desaliento a otra de gran comunicatividad y alegría. El adolescente sufre mayor ansiedad y angustia al revivir fantasías inconscientes de la primera infancia (complejo de Edipo). Maniobras como la de la anestesia local, el uso del torno o la turbina pueden despertar fantasías de penetración, mientras que la extracción dentaria puede incrementar vivencias de castración o vaciamiento, provocando tal monto de angustia que conduce al rechazo de la atención odontológica. El objeto de la puntualización de estas conductas es que sirva al dentista como instrumento aclaratorio para adecuar los tratamientos al momento emocional que está viviendo su paciente, sin incrementar su ansiedad.

B) ENFOQUE DE LA ATENCION DEL ADOLESCENTE

Conocer el motivo de la consulta y realizar una historia clínica detallada permitirá abordar al adolescente con mayores posibilidades de éxito para lograr conductas propicias para la salud de su boca. Es inútil querer obtener conductas higiénicas en momentos de apatía o desinterés. El incremento de la intelectualización descrito en el perfil del adolescente, permitirá que se interese en su propia boca por medio de una información científica seria y claramente expuesta.

Higiene bucal

Poner en evidencia la placa microbiana por medio de sustancias reveladoras y proporcionar una explicación clara de por qué y cómo actúa en las dos grandes enfermedades: caries y enfermedad periodontal, resultará de interés para conseguir una higiene bucal adecuada en el adolescente. La enseñanza de un correcto cepillado (técnica de Bass modificada) y de la utilización del hilo dental, esta última realizada en varias sesiones en las que se aprecie el progreso en la eliminación de la placa y el mejor estado de las encías, actuarán como estimulantes para continuar con la tarea de aprendizaje emprendida.

Ingesta de hidratos de carbono

El incremento de la ingesta de hidratos de carbono generalmente ansiógena, determina mayor actividad de caries. Aclarar con el adolescente esta situación e interesarlo en el uso de sustitutos que lo gratifiquen puede servir como motivación para lograr un cambio en la conducta dietética. Una vez lograda una buena higiene bucal, la incorporación del enjuagatorio diario nocturno de fluoruro de sodio al 0,05% y, si es necesario, el agregado del cepillado diario nocturno con gel de fosfato flúor acidulado con pH 5,6 pueden ser bien aceptados.

Visita periódica

La visita periódica semestral incluirá: examen bucal, aplicación tópica de fluoruros, aplicación de selladores, control de placa y efectividad de las medidas preventivas indicadas para el hogar. Estas acciones estarán sustentadas en una situación de empatía establecida con el adolescente, que verá en el dentista a un adulto responsable que al mismo tiempo que lo controla, deja en sus manos durante seis meses la responsabilidad del cuidado de su boca.

Anestesia local y tratamientos pulpares e intervenciones quirúrgicas

No es extraño que un adolescente con experiencias anteriores correctas de anestesia local para sus amalgamas, las desconozca y manifieste un temor inesperado e irracional a la inyección. El dentista debe reasegurar a su paciente reforzando la información sobre técnicas y efectos de la anestesia: dique de goma y uso de alta velocidad.

Las extracciones como ataque al esquema corporal, sobre todo las indicadas por ortodoncia cuando se trata de dientes sanos, son difíciles. La salida de sangre, sobre todo en las niñas cercanas a la menarca, despierta un miedo irracional que el dentista debe comprender, aceptar y explicar.

Todas las pautas señaladas permitirán que el dentista colabore desde su ángulo de acción para conseguir que el adolescente pueda reconocer el pasado, proyectar el futuro y elaborar el presente. Las sesiones clínicas para endodoncia demandan mucha tolerancia por parte del paciente y explicaciones claras de los pasos operatorios; la instrumentación y el ruido (que puede ser confundido con dolor), requieren aclaraciones para que no incrementen la ansiedad.

Ortodoncia

Un tratamiento de ortodoncia debe iniciarse solo cuando el adolescente y sus padres estén totalmente convencidos de la necesidad de hacerlo. Es oportuno realizar consultas aclaratorias sobre el tipo de aparatología

ortodóncica, duración aproximada del tratamiento, medidas preventivas (control de cepillado, uso de cepillo especial, buches diarios con fluoruros), movimientos dentarios que producen dolor, aceptación de extracciones, cumplimiento de citas, etcétera. Una actitud flexible pero consistente del dentista servirá de ayuda cuando algunas de esas pautas fallen y los conflictos subyacentes en el adolescente hagan trastabillar el tratamiento. Saber suspender a tiempo para retomar más adelante, suele conducir al éxito y convertir un tratamiento yatrógeno en otro bien aceptado.

Traumatismos

El diente permanente es irremplazable y, en caso de traumatismos, el adolescente debe elaborar el duelo por el esquema corporal agredido. El monto de ansiedad dependerá de las fantasías inconscientes reactivadas o activadas por el accidente y es diferente en cada situación (véase ② ① △).

Las resinas compuestas con grabado ácido y bases de hidróxido de calcio permiten una reparación estética *inmediata* de las fracturas amelodentarias. Esto resolvería en parte la situación de ansiedad. En casos más graves, el control periódico radiológico de la vitalidad pulpar permitirá establecer en qué momento el diente está en condiciones de ser tallado para la colocación de una corona de porcelana.

C) PERFIL DEL DENTISTA

El dentista forma parte del entorno de figuras adultas en las que el adolescente debe encontrar pautas sanas de identificación y adecuada comprensión. El dentista debe tratar a su paciente como ser integral.

Es común que el adolescente adopte conductas infantiles (regresiones) o sumamente adultas que no debieran ser usadas para críticas, reproches o burlas; el dentista debe aceptar y comprender ese comportamiento. Aceptación y comprensión surgirán del conocimiento de esta etapa de la vida.

Un adolescente que no se cepilla los dientes, necesitará de una conversación encaminada a buscar la causa que motiva tal conducta y a tratar de ayudarlo en lugar de una actitud punitiva, de burla o de rigurosidad en la temporalidad del tratamiento.

Toda intervención debe ir precedida de una correcta y clara explicación, lo que permitirá que el adolescente se ubique en la realidad.

La conducta difícil y hasta a veces perturbadora del adolescente puede inducir a buscar caminos fáciles para lograr su atención odontológica; la seducción fácil, la alabanza excesiva, será percibida por el adolescente, que ante esta actitud inmadura rechazará la atención.

Autoevaluación con clave de corrección

Ejercicio 1

Paula ha sido atendida por el mismo odontólogo desde los 4 años. Aceptó los tratamientos necesarios sin problemas y ahora, que tiene 11 años, se asusta ante la anestesia y no se deja atender. ¿Qué mecanismos pueden condicionar la conducta observada? ¿Cómo puede ayudarla el odontólogo?

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 2

Elisa tiene 13 años y abandonó totalmente los hábitos de higiene bucal que venía practicando. Sus encías se observan inflamadas y los dientes cubiertos por placa. Ella está preocupada por el aspecto de su encía y por la halitosis. ¿Cómo encararía el tratamiento?

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 3

A Pedro, de 16 años, se le deben extraer cuatro premolares por razones ortodóncicas. Se halla muy asustado y pide que su madre esté presente en el consultorio. ¿Qué mecanismos se ponen en juego frente a esta experiencia? ¿Cómo puede ayudarlo su odontólogo?

.....

.....

.....

.....

Clave de corrección

Ejercicio 1

El temor irracional frente a la anestesia se incrementa en la adolescencia. Varias fantasías inconscientes pueden hallarse en juego: de penetración, de vaciamiento, fobias por desplazamiento, temor inconsciente al sexo opuesto. El odontólogo debe *reasegurar* con sus explicaciones, y debe *dar tiempo* para elaborar la situación como si se tratara de la primera vez. Si el tratamiento no fuera urgente, puede realizarse una obturación intermedia y esperar unos meses para que la propia evolución de la adolescente permita cambios de conducta.

Ejercicio 2

El abandono de los hábitos de higiene suele ocurrir durante la primera etapa de la adolescencia. A los 13 años el adolescente se encuentra, según Piaget, en el período de “pensamiento formal”: valorará las explicaciones serias y racionales sobre el mecanismo de acción de la placa y su eliminación. El uso de solución reveladora ayudará a visualizar el problema. Se requerirán varias sesiones para lograr el mejoramiento de la encía y es importante realizar controles periódicos para reforzar los hábitos de higiene. El adolescente necesita sentirse protegido y verá en su dentista a un adulto responsable capaz de controlarlo, pero también de permitirle su autocuidado por varios meses.

Ejercicio 3

Las extracciones remueven fantasías de castración. Si, además, se trata de dientes sanos como ocurre en este adolescente, debe vivir un duelo por la pérdida. Esto provoca angustia y un mecanismo de defensa utilizado podría ser la regresión: necesita volver al vínculo simbiótico con su madre para sobrellevar la situación. El odontólogo que comprende esto permitirá la presencia de la madre, reforzará las explicaciones sobre la anestesia y las extracciones y dará tiempo para elaborarlas.

OBJETIVO 3

3. Fenómenos psicológicos de interés en la situación odontológica

El ser humano utiliza, para la resolución de las diferentes situaciones que debe enfrentar, una serie de mecanismos psicológicos. Algunos de ellos son de especial importancia en la situación odontológica, en tanto determinan conductas que pueden interferir y aun impedir la atención.

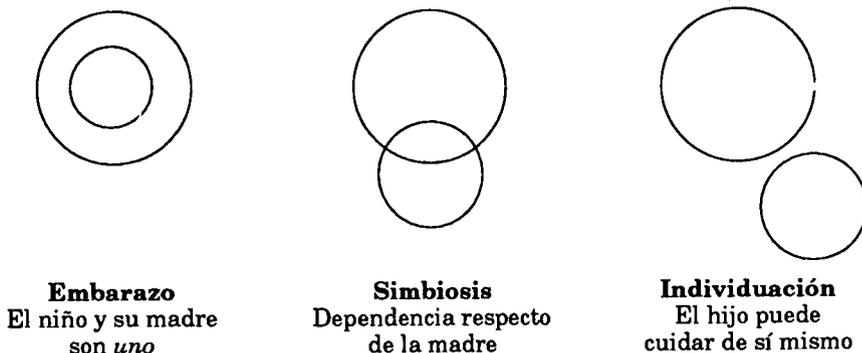
3.1 Simbiosis

Las posibilidades de desarrollo físico y psíquico del niño dependen exclusivamente del suministro material y emocional que le brinda la familia y en especial la madre. La indefensión total del niño al nacer, que perdura durante un lapso muy prolongado, signa esa dependencia (Soifer, 1983).

La simbiosis fisiológica madre-niño descrita por Wallon (1978) procede de la necesidad que tiene el niño de recibir ayuda externa para vivir. Esta vinculación se resuelve durante la infancia y adolescencia en la medida en que el yo se va organizando con el aprendizaje y adquisición de capacidades. Las funciones básicas de la familia son, por lo tanto, dos: la enseñanza y el aprendizaje para la defensa de la vida (Soifer, 1979).

La *simbiosis infantil* constituye un período evolutivo normal, que se extiende a lo largo del desarrollo libidinal y del madurativo desde el nacimiento hasta la total capacitación del ser humano para cuidar por sí mismo de su vida (Mahler, 1968). Ese momento se denomina *individuación*. El niño, hasta los tres años, biológicamente necesita a su madre; cada vez que ella no está se produce una *inscripción traumática* porque aún se halla en estado de simbiosis con ella (Figura 2).

Figura 2. Simbiosis. Individuación



Desde el punto de vista odontológico, esto es muy importante porque determina la atención del niño pequeño con la presencia de su madre, que permanecerá con él hasta que se cree el vínculo con el odontólogo.

Cuando se enfoca la atención de una familia con varios hijos, conocer sus edades permite identificar el tipo de vinculación entre sus miembros. Por ejemplo: una familia con hijos de 3, 6 y 9 años es posible que presente conductas de calidad aceptable. Al estar cada niño separado tres años de sus hermanos, puede suponerse que fue permitida la individuación de cada uno. No ocurriría lo mismo con una familia con tres niños gemelos o de edades muy seguidas. Los niños podrían ser dependientes y podría haber simbiosis de la madre con ellos y entre ellos. Esto puede traer problemas de conducta en el consultorio y en la recepción. Es recomendable que concurren individualmente para su tratamiento.

3.2 Mecanismos de defensa

A través del proceso de elaboración el yo se conecta con la realidad. Cuando las presiones desde el mundo externo o desde el mundo interno son muy intensas y atentan contra la estabilidad del yo, se recurre a mecanismos de defensa. Por ejemplo: olvidarse de una cita, llegar siempre tarde, faltar, idealizar al profesional, huir de la situación mediante enjuagues continuos, son mecanismos defensivos que emplea el paciente cuando se siente desbordado en su poder de adaptación.

Le sugerimos la lectura del capítulo del libro de Marta Bekei presentado en el Anexo 3 de este submódulo.

A continuación analice la conducta de cinco pacientes e identifique los mecanismos de defensa utilizados para evitar su atención odontológica.

.....

.....

.....

.....

.....

Con este material puede hacer uso de la tutoría.

3.3 Transferencia y contratransferencia

Cada situación odontológica es única. El niño *transfiere* al profesional lo que siente: su miedo; a la vez, esto impacta al profesional y lo moviliza internamente, y es recibido por el niño *contratransferencialmente*. Este fluir de vivencias de una persona a otra ocurre en los campos consciente e inconsciente.

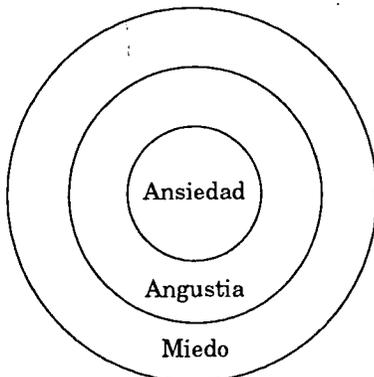
Por el lado del paciente, la *transferencia* se define como la repetición en una situación actual de experiencias relacionales anteriores vividas entre él y sus padres. La situación odontológica va a favorecer de un modo muy particular la reviviscencia de una parte de esas relaciones infantiles. Por el lado del profesional, la *contratransferencia* se define por el conjunto de reacciones conscientes e inconscientes experimentadas respecto de cada uno de sus pacientes, en lo que ellos le suscitan, le evocan y con la transferencia que ellos le establecen (Ruel-Kellerman, 1982).

En la medida en que el profesional se tome su tiempo para reflexionar sobre lo que ocurre, podrá provocar situaciones con un monto aceptable de ansiedad en el paciente, en su madre o acompañante y en él mismo, y así logrará mantener relaciones saludables, ya que se crearán conductas socialmente admitidas en las que pueda entrar la odontología.

4. El miedo

Cuando un individuo y su medio mantienen estabilizada una estructura definida no hay *tensión*. La tensión es una cualidad tanto de la situación como del individuo y puede ser percibida o no. Cuando la desorganización o estado de tensión en la situación emerge del sujeto, recibe el nombre de *ansiedad* (Bleger, 1969) (Figura 3).

Figura 3. Ansiedad, angustia, miedo.



La ansiedad es una conducta desorganizada o desordenada, que tiende imperiosamente a organizarse u ordenarse como todo desequilibrio de la situación (Bleger, 1969).

El correlato subjetivo de la tensión en una situación es la ansiedad, pero la tensión puede aparecer en las tres áreas (mental, física, del medio) o sólo en alguna de ellas. Según su predominio en alguna de las tres áreas de manifestación de la conducta, se reconoce con diferentes nombres. Si es subjetivamente percibida, es decir, si aparece en el área de la mente, se denomina *ansiedad*. Si aparece como fenómeno predominante en el área del cuerpo se denomina *angustia* (temblor, diarrea, poliuria, etc.). Mientras que se denomina *miedo*, si aparece *ligada a un objeto concreto* (Bleger, 1969) interno o externo.

La ansiedad funciona como *señal de alarma*; la desorganización que implica promueve nuevas manifestaciones de la conducta que tienden a restablecer el equilibrio. Si esa desorganización alcanza un nivel demasiado intenso no se produce un reequilibrio, la ansiedad no funciona como señal de alarma y se sobrepasa la capacidad del organismo para recuperar su equilibrio. En estos casos, la ansiedad se transforma en la conducta predominante (Bleger, 1969).

4.1 Diferentes tipos de miedos

Los miedos pueden dividirse en tres categorías:

- a) Miedos innatos (los que el individuo tiene al nacer).
- b) Miedos de desarrollo (los que aparecen a determinadas edades y tienen que ver con las fantasías inconscientes).
- c) Miedos por experiencias traumáticas.

4.1.1 Miedos innatos

Algunos temores, como el miedo a perder el equilibrio, a los objetos que se aproximan rápidamente, a los ruidos intensos y repetitivos, a las tormentas, son innatos. Pero el temor a los peligros potenciales no es innato y los niños van aprendiendo a distinguir el miedo real del imaginario.

4.1.2 Temores de desarrollo (Bellagamba, 1988)

Miedo a la oscuridad: según Freud, es una de las ansiedades básicas. Se refiere al sentimiento de pérdida de la persona amada o anhelada (la madre).

Miedo a lo desconocido o a lo desacostumbrado: algunos niños de entre 5 y 9 meses de edad tienen miedo a las personas desconocidas, a cosas y a situaciones extrañas; miedo a lo nuevo. Durante el desarrollo, los niños superan o abandonan sus miedos cuando lo que los produce se torna

familiar. Algunas personas alcanzan la edad adulta con miedo a muchas cosas, porque no han alcanzado su elaboración. Todos estos temores tienden a desaparecer con la madurez del individuo, en la medida en que se adecuan a la realidad.

4.1.3 *Temores por experiencia traumática*

Hay temores que persisten en la edad adulta: miedo a peligros físicos, a las enfermedades, a las intervenciones quirúrgicas, a las heridas, a ser asaltados por delincuentes, a los accidentes de automóvil y de aviación, a la soledad y al aislamiento, y, por fin, a la muerte. El temor muy intenso afecta el discernimiento, menoscaba el juicio y el dominio de sí mismo. Cuanto más pequeño en edad es el niño, mayor daño puede causar a su personalidad y a su desarrollo; por eso, los niños golpeados frecuentemente por sus padres pueden tener graves trastornos emocionales (síndrome del niño apaleado).

La *fobia* es un miedo irracional, persistente y recurrente a un objeto o situación, que en la realidad objetiva no son peligrosos. En las fobias no existe proporción entre el objeto fóbigeno, que está interiormente distorsionado, y las dimensiones reales del objeto en el mundo externo. La evitación puede dirigirse a objetos limitados (la aguja, el dentista, el torno, etc.) que son los objetos peligrosos. Una forma de evitar el objeto peligroso consiste en estar acompañado. El acompañante es un protector, un depositario en quien se proyectan objetos buenos, y puede ser cualquier persona. Si la protección se obtiene mediante amuletos o rituales, se pasa a una conducta ritualista (Bleger, 1969).

En resumen: comprender la existencia de mecanismos profundos ayuda a visualizar que es imposible que haya personas a las que el tratamiento odontológico no les produzca alguna reacción.

OBJETIVO 4

5. Manejo de la situación odontológica

5.1 Introducción del niño en la odontología

La profesión odontológica tiene una mitología, enraizada en las fantasías inconscientes pero alimentada por un ejercicio real de los mitos. Las técnicas dolorosas, los procedimientos deficientes, la falta de respeto, afecto, seguridad, consistencia y veracidad, y también la violencia en la atención del niño, han permitido que este reciba a través de su cultura o sufra en el nivel personal experiencias médicas u odontológicas que actúan sobre su sustrato psicoinstintivo y pueden determinar el rechazo justificado a la atención (Bordoni, 1980).

El vínculo afectivo que se establece en la situación odontológica se estructura en forma dinámica y evoluciona; su calidad depende de los factores antes mencionados (niño, madre o acompañante, y profesional), el niño necesita tiempo y ese tiempo debe ser respetado. Debe conocer primero el espacio, el territorio donde se mueve el odontólogo; requiere tiempo para incorporar todos los elementos de la sala de recepción, luego podrá dar un paso más y observar qué hay en el consultorio. Al comienzo verá todo como inmerso en una nube; cuando esta se disipe observará claramente quién es el odontólogo. Llama la atención que pacientes adultos, después de muchos años de atención, reparen en la existencia de un mueble que lleva allí varios años. Requiere tiempo introyectar los objetos, ubicarse en la realidad y moverse correctamente en ella.

Cuando un niño va por primera vez al jardín de infantes o a la escuela hay un tiempo de adecuación que es conveniente respetar: la madre, durante la primera semana, se queda en la escuela y se va separando paulatinamente, hasta que el niño puede quedarse solo. En el consultorio sucede lo mismo; el dentista, al igual que el maestro, es visto como *figura parental*. En el momento en que el niño vive al odontólogo "como si" fuera sus padres, podrá "desprenderse" de ellos, porque estableció un vínculo con el odontólogo. A partir de allí el padre *puede* quedarse en la sala de recepción. La calidad del vínculo y la conducta que ese niño manifieste serán más o menos dependientes según cómo haya sido el proceso de individuación del niño y del profesional (transferencia-contratransferencia).

5.2 Historia del niño

El odontólogo debe conocer aspectos de la historia del niño que le permitan orientar la motivación y el plan de tratamiento. Cada niño tiene una

historia diferente que parte desde su concepción, o aun antes, desde la formación de la pareja parental. Diversos factores influyen en su conducta posterior; si ha sido un hijo deseado o no por sus padres, si el embarazo transcurrió en forma normal o hubo rechazo de la madre. También es importante saber si el parto fue normal, o se utilizó fórceps o se realizó cesárea. Una situación traumática como la circular de cordón puede producir posteriormente rechazo a los elementos que se coloquen en la boca, como por ejemplo los rollos de algodón.

A continuación se analizarán algunos aspectos importantes de la historia del niño.

5.2.1 *Primer año de vida*

La forma en que fue alimentado el niño: amamantamiento, destete, aceptación o rechazo de los alimentos sólidos, permite aclarar algunos hábitos alimentarios y comportamientos posteriores, por ejemplo, el de niños de 3 años o más que siguen tomando mamadera azucarada nocturna, o que necesitan comer antes de dormir.

La erupción de los dientes primarios es trascendental en este período. Aberastury (1958) le adjudica una gran importancia. Según ella, en la vida del hombre hay tres grandes momentos de separación y reencuentro: el primero es el trauma de nacimiento, el segundo la *aparición de los dientes*, con el abandono de la unión oral, la bipedestación, la marcha y el lenguaje, y el tercero, la maduración genital que inicia la adolescencia con la entrada al mundo adulto.

5.2.2 *Intervenciones médicas y quirúrgicas*

Las intervenciones médicas o quirúrgicas traumáticas de la infancia relacionadas con la zona bucal (por ejemplo: extirpación de las amígdalas), pueden producir rechazo por las maniobras odontológicas. El odontólogo tendrá que respetar los tiempos de cada niño para la elaboración de las diferentes maniobras.

5.2.3 *Experiencias odontológicas del niño y de sus padres*

Las conductas del niño pueden estar influidas por malas experiencias anteriores, tanto propias como de los padres o hermanos. El niño mostrará miedo, desconfianza, angustia. El odontólogo debe "darle tiempo" para elaborar la nueva situación. La capacidad de cada familia para mantener o alcanzar la salud también influye en las conductas del hijo. Es distinta la situación de un niño cuya madre lo lleva a la consulta para realizar la topicación semestral con fluoruros que la del que es lle-

vado al consultorio cuando tiene dolor, edema o después de haber pasado una noche sin dormir. El estado bucal de los padres orienta sobre el valor que esa familia da a su salud.

Le sugerimos utilizar la planilla de historia del niño reproducida en el Anexo 4 de este submódulo.

5.3 Preparación del niño con ansiedad aceptable (Bordoni, 1980)

El profesional debe reconocer la posible causa del miedo y en función de ello comprender las ansiedades, discriminar las confusiones respecto del papel del odontólogo o de experiencias anteriores reubicando al niño en la realidad, manejar en forma adecuada la situación, es decir, actuar con la *flexibilidad* necesaria para adecuarse a los emergentes y con la *consistencia* imprescindible para ser una figura de referencia con *seguridad interna*, establecer sanamente *límites* sin usar técnicas agresivas, y realizar con claridad y firmeza la *tarea de prevenir y curar*.

Miedo en la situación odontológica

Enfoque terapéutico

Explicar los actos odontológicos antes de su realización.

Reconocer la posible causa del miedo.

Comprender las ansiedades subyacentes en planos profundos del psiquismo referidos a la boca.

Discriminar confusiones sobre el papel del odontólogo.

Reubicar al niño en la realidad.

Manejar las ansiedades de los acompañantes y las propias.

Reconocer y replantear el marco situacional del paciente.

Si se desea una buena conexión con el niño y calidad en las conductas, debe darse lugar a la *elaboración* de cada situación nueva y permitir la *abreacción*. Se llama abreacción a una descarga emotiva que produce el alivio. El juego en el hogar y el dibujo permiten esa descarga de tensiones y la elaboración de la situación odontológica. No son abreacciones aceptables tirar agua, patear, pegar.

5.4 Conflictos

La coexistencia de conductas contradictorias, incompatibles entre sí, configura un conflicto (Bleger, 1969). Los siguientes esquemas sintetizan algunas de las conductas manifiestas que los integrantes de la situación odontológica desarrollan cuando existen en ella ansiedades patológicas.

| Miedo en la situación odontopediátrica | |
|---|--|
| Area predominante | Conductas manifiestas |
| Area de la mente | . Someterse |
| Area del cuerpo | . Enfermarse (vómitos, diarreas, palpitaciones, otros) |
| Area del medio | . No entrar al consultorio |
| | . No abrir la boca |
| | . Agredir con violencia |

| Miedo en la situación odontopediátrica Sintomatología de la madre o acompañante | |
|--|--|
| Area predominante | Conductas manifiestas |
| Area de la mente | . No apoyar al niño |
| | . Desviar la atención del odontólogo |
| Area del cuerpo | . Enfermarse |
| | . Proyectar sus temores al daño físico sobre el niño |
| Area del medio | . Faltar a la consulta |
| | . Llegar tarde a la consulta |
| | . No acompañar al niño |
| | . Desvalorizar la atención odontológica |
| | . Burlarse, amenazar o castigar al niño |
| | . Presionar al odontólogo |
| | . Repetir las indicaciones con ansiedad |

El miedo en la situación odontopediátrica puede ser resuelto en forma satisfactoria. En ese caso el *tratamiento es concretable*; o puede interferir en tal forma que el *tratamiento es concretable con ayuda psicológica*, o es *imposible*.

Cuando la situación odontológica resulta problemática, ya sea por la patología familiar, o por el monto de ansiedad del niño, no es posible lograr un nivel de trabajo aceptable. Las fantasías conscientes e inconscientes del niño, la confusión entre las zonas oral y genital y la angustia de separación impiden una buena relación odontólogo-niño-acompañante. El odontólogo es vivido como una amenaza y puede llegarse al abandono del tratamiento. Esta situación puede ser modificada por la labor en equipo del psicoterapeuta y del odontólogo (Egozcue *et al.*, 1971).

La odontología es una profesión reparadora. Reparar a otro es repararse a sí mismo, se recibe gratificación de un semejante y se reparan situaciones inconclusas de nuestra propia historia. Las experiencias traumáticas o yatrogénicas propias son reparadas a través del ejercicio de la profesión. Cuando no se repara y se repiten conductas yatrogénicas la profesión asume el papel sádico que le ha sido atribuido.

Autoevaluación sin clave de corrección

Ejercicio 1

Tome las fichas de cinco pacientes que tuvieron dificultades en su atención.

Analice la historia de su primer año de vida; si no la tiene, trate de recuperar esa información.

Realice una cuidadosa historia que comprenda el primer año de vida, experiencias traumáticas médicas, odontológicas y otras.

Trate de establecer asociaciones entre lo que obtiene de la historia y sus dificultades para la atención odontológica.

Resuma sus observaciones y convérselas con otros colegas.

Reflexione sobre la conducta y establezca relaciones.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Con este material también puede hacer uso de la tutoría.

Ejercicio 2

Identifique en cinco historias clínicas de sus pacientes los mecanismos psicológicos que se manifiestan en la situación odontológica, por ejemplo: simbiosis, mecanismos de defensa, ansiedad, miedos, fobia.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si está haciendo uso de la tutoría puede consultar;
también puede discutirlo con sus colegas.

Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. 1951. Trastornos emocionales en el niño, vinculados con la dentición. *Rev. Odontológica* 39:357.
- Aberastury, A. 1958. La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posible posición represiva. *Revista de Psicoanálisis* 15(1-2):41.
- Aberastury, A. 1961. La dentición, su significado y sus consecuencias en el desarrollo. *Bol. Asoc. Arg. Odont. para Niños* 3(4):110.
- Aberastury, A. y Knobel, M. 1961. La adolescencia normal. Buenos Aires, Paidós.
- Aberastury, A. 1962. El bebé ante la dentición. *Bol. Asoc. Arg. Odont. para Niños* 4(1):8.
- Aberastury, A. *et al.* 1971. Adolescencia. Buenos Aires, Kargieman.
- Bekei, M. 1965. Medicina psicosomática en pediatría. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana.
- Bellagamba, H. 1988. El miedo en la situación odontológica. PRECONC.
- Bleger, J. 1969. Psicología de la conducta. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- Bordoni, 1980. Prevención del miedo en la situación odontopediátrica. *Actualidad Odontológica* 2(4):44-49.
- Egozcue, M. I. 1988. Aportes de la psicología evolutiva a la odontopediatría. Buenos Aires, Kargieman.
- Egozcue, M. I. *et al.* 1971. Aporte del tratamiento combinado odontológico psicológico al estudio del aspecto inconsciente de la atención odontopediátrica. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.* 59(1):22-26.
- Gesell, A. *et al.* 1967. El niño de 9 y 10 años. Buenos Aires, Paidós.
- Gesell, A. *et al.* 1974. El niño de 13 y 14 años. Buenos Aires, Paidós.
- Gesell, A. *et al.* 1975. El niño de 11 y 12 años. Buenos Aires, Paidós.
- Gesell, A. 1979. El infante y el niño en la cultura actual. Buenos Aires, Paidós.
- Mahler, M. 1968. On human symbiosis and the vicissitudes of individuation, vol. 1, Nueva York, International Universities Press.
- Piaget, J. e Inhelder, B. 1984. Psicología del niño. Madrid, Morata.
- Piaget, J. 1974. Seis estudios de Psicología. Buenos Aires, Corregidor.
- Preliasco, A. y Doño, R. 1980. Odontología integral para el adolescente. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.* 68:85-88.
- Ruel-Kellermann, M. 1982. El *stress* relacional en el odontólogo. *Rev. Asoc. Odont. Argent.* 70(1):7-11.
- Soifer, R. 1975. Psiquiatría infantil operativa. Psicología evolutiva, tomo 1. Buenos Aires, Kargieman.
- Soifer, R. 1979. ¿Para qué la familia? Buenos Aires, Kapelusz.
- Soifer, R. 1983. Psiquiatría infantil operativa, tomo 2: Psicopatología. Buenos Aires, Kargieman.
- Wallon, 1978. Del acto al pensamiento. Buenos Aires, Psique.

Anexo 1

Estructura psíquica*

Para la comprensión de la psicogénesis de los trastornos corporales, afirma Alexander, tenemos que estudiar la relación existente entre las funciones psíquicas y las funciones normales o alteradas del soma.¹ Para llevar a cabo este estudio, necesitamos ampliar nuestros conocimientos fisiopatológicos con algunas nociones imprescindibles sobre la función psíquica normal. Pero al intentar familiarizarnos con estas funciones psíquicas, tropezamos inmediatamente con una dificultad: la psicología clásica no nos proporciona una definición clara de lo psíquico. Por el contrario, solo nos da clasificaciones estáticas, divisiones de una función no definida en subgrupos descriptivos separados, sin que se señale su interrelación.

Igual dificultad encontró Freud cuando comenzó a ocuparse de la patología de la vida psíquica, y resolvió el problema creando su propia teoría psicológica. Su visión dinámica de las funciones psíquicas es la única con cuya ayuda podemos comprender salud y enfermedad en términos funcionales y causales.

Freud parte de lo conocido para explicar lo desconocido. En la introducción de su *Esquema del psicoanálisis* explica Freud: "De lo que hemos dado en llamar nuestro psiquismo o vida mental son dos las cosas que conocemos: por un lado su órgano somático y teatro de acción: el encéfalo o sistema nervioso; por el otro, nuestros actos de conciencia, que se nos dan en forma inmediata y cuya intuición no podría tornarse más directa mediante ninguna descripción. Ignoramos cuanto existe entre estos dos términos finales de nuestro conocimiento."²

Freud esbozó una estructura psíquica hipotética. Con la ayuda de esta hipótesis las relaciones entre el cerebro y nuestros actos de conciencia se hacen más comprensibles.

La descripción de esta estructura y la exposición de las leyes que rigen su funcionamiento constituyen la metapsicología analítica. Esta considera a las funciones anímicas en forma dinámica, como interacción de fuerzas paralelas u opuestas.

El primer descubrimiento revolucionario de Freud fue el de que nuestros actos *conscientes* constituyen solo una fracción de nuestra vida psíquica, cuya mayor parte consiste en fenómenos *inconscientes*.

* Marta Bekei. *Medicina psicosomática en pediatría*. Capítulo 3. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1965. (Revisado y reproducido con la autorización de la autora y de Editorial Médica Panamericana.)

¹ Franz Alexander, *Medicina psicosomática*. La Habana, Cultural, 1954, Prólogo a la edición española, p. XV.

² Sigmund Freud, *Esquema del psicoanálisis*. Buenos Aires, Nova, 1952, p. 11.

Las manifestaciones de nuestras actividades conscientes están constituidas por casi todos nuestros actos cotidianos, de los cuales estamos plenamente enterados, aunque no podamos definir satisfactoriamente esta actividad. Por el contrario, de la actividad de nuestro inconsciente nos damos cuenta solo por medio de fenómenos que se consideran secundarios. Sin embargo, esta actividad existe y no está subordinada a nuestras ideas y emociones conscientes. Influye sobre ellas y muchas veces las dirige.

En condiciones normales, nuestro *inconsciente* se manifiesta perceptiblemente solo en nuestros sueños y actos fallidos.

Indirectamente se puede sentir a veces su intervención también en nuestro comportamiento diario, en las motivaciones ocultas de nuestra conducta manifiesta. Generalmente no nos damos cuenta de esto. Solo raras veces nos extrañamos por alguna actividad nuestra y nos preguntamos por qué la hemos realizado. Buscamos y encontramos por lo general una explicación, aunque forzada, aparentemente racional. Y nos resulta más fácil aceptar esta explicación que reconocer que hemos actuado obedeciendo los mandatos de nuestro *inconsciente*.

También es posible demostrar experimentalmente la existencia del inconsciente, como lo hizo ya Bernheim, antes de Freud. Bernheim procedió de esta manera: hipnotizó a individuos sanos y, mientras estaban en estado hipnótico, les impartió órdenes que tenían que cumplir después que hubieran despertado del sueño producido por la hipnosis. Las órdenes eran extremadamente simples, quitarse un zapato, por ejemplo, o ponerse los guantes de otra persona. Después que estos individuos cumplieron las órdenes mencionadas, se les preguntó por qué habían realizado tales acciones. Todos dieron una explicación aparentemente racional de su conducta: "Me quité el zapato porque me oprimía el pie". Desconocían el móvil real de su acción. Bernheim no se conformó con esta respuesta e insistió en que trataran de recordar por qué habían procedido de ese modo. Solo entonces, lentamente y con gran esfuerzo, surgió el recuerdo de la orden recibida. Las personas hipnotizadas actuaban, pues, bajo el impulso de fuerzas inconscientes y, sin darse cuenta de ello, buscaban una razón lógica para explicar su proceder, ya que la mente humana no tolera lo irracional. Es por esta misma intolerancia que nuestros sueños nos parecen tan absurdos y sin ninguna relación con nuestro pensamiento racional. Sin embargo, ya antes de Freud, algunos investigadores comenzaron a ocuparse de nuestra actividad psíquica durante el sueño y de sus implicaciones biológicas, fisiológicas y neurológicas. Pero fue Freud el primero que comprendió cabalmente el sentido del sueño. A través de su estudio penetró en el mundo de nuestro inconsciente en el que encontró distintos grados: vio que cierto material inconsciente podía hacerse fácilmente consciente, mientras otro admitía esta transformación solo después de una ardua labor.

El material de la primera categoría se llama *preconsciente*, porque alcanza fácilmente la conciencia, y porque, aunque pierda de nuevo su calidad consciente recién alcanzada, puede volver a recobrarla sin dificultad. Está constituido por los hechos de nuestra memoria. Es lo que recordamos y olvidamos según las circunstancias.

Al segundo grupo, el verdadero *inconsciente*, pertenece la mayor parte de nuestros contenidos psíquicos, que adivinamos solo a través de sus expresiones indirectas.

Con los dos grados del inconsciente nuestro material psíquico se divide en tres grupos: *consciente*, *preconsciente* e *inconsciente*.

Pero esta división no es permanente. Los contenidos psíquicos pueden cambiar su calidad, espontáneamente o con la intervención de drogas o de la psicoterapia. Ejemplo normal del cambio espontáneo es el bloqueo pasajero del material preconsciente y su vuelta al inconsciente, como ocurre con nuestros olvidos fugaces. Olvidamos una cita o una promesa molesta, por ejemplo, y la recordamos cuando ya ha perdido su actualidad. Ejemplo patológico de la irrupción espontánea del contenido *inconsciente* en el *consciente* es la psicosis. El mantener cierto material permanentemente inconsciente es condición de normalidad y es obra de resistencias internas. Son estas resistencias las que se aflojan durante el sueño y permiten que afloren algunos contenidos inconscientes.

Otra división de las funciones mentales se hace desde el punto de vista estructural. El *esquema estructural* de las llamadas *instancias psíquicas* de Freud ayuda a nuestra imaginación a comprender cómo se relacionan las calidades mentales, cómo se unen, se separan y se confunden. Esta estructura es muy útil como visualización de una hipótesis, siempre que se tenga en cuenta que es solo una hipótesis y una abstracción. Los bordes y límites que establece no son reales, tampoco absolutos ni rígidos. Al distinguir tres instancias psíquicas,

el *Ello*
 el *Yo* y
 el *Superyó*,

Freud no se refiere a compartimientos cerrados en un lugar delimitado del cerebro, sino a áreas hipotéticas no cerradas herméticamente ni separadas una de la otra por paredes firmes. Aunque se adjudiquen contenidos y funciones diferentes a cada una de estas tres instancias, estos materiales pueden pasar de una a la otra, según las condiciones del momento, con mayor o menor dificultad.

Teniendo en cuenta esta premisa, veamos los contenidos y caracteres que se atribuyen a estas instancias.

El *Ello*, presente al nacer, es la formación más primitiva, la más arcaica entre las tres instancias; contiene todos los impulsos instintivos heredados. Para decirlo con palabras de Freud, se encuentran en el ello "todo lo congénitamente dado, lo constitucionalmente establecido; es decir, ante todo, los instintos surgidos de la organización somática, que hallan aquí una primera expresión psíquica, cuyas formas ignoramos".

Aparte de este material arcaico, se encuentra también en el *ello*, lo que el *yo* tuvo que rechazar en el curso del desarrollo por no poder manejarlo. Este material puede haber pertenecido originariamente al *ello* y haber intentado pasar

del *ello* al *yo*, que le habría incorporado pasajeramente; o puede haber sido el resultado de vivencias externas no aceptadas. El conjunto de este material constituye lo que denominamos el contenido *reprimido* del *ello*.

Todo este conglomerado caótico de fuerzas instintivas es totalmente inconsciente y se rige por normas peculiares: las leyes del *proceso primario*. Con la denominación *proceso primario* se quiere expresar la forma de acción más primitiva, preverbal. He aquí sus características:

1. No tiene cronología.
2. No conoce el concepto de contradicción.
3. Usa el lenguaje simbólico.
4. Su realidad es la interna, no la del mundo externo.
5. Obedece al principio del placer.

Con otras palabras, para el *ello* el tiempo no existe; todo transcurre en el presente, como en nuestros sueños y fantasías. Allí se representan hechos que ocurren en el momento, aunque se refieran a acontecimientos que pasaron hace mucho tiempo o que nunca ocurrieron.

La falta de contradicción significa que pueden existir juntas al mismo tiempo tendencias opuestas, sin que una excluya o neutralice a la otra.

El uso de símbolos es una forma indirecta de expresión. Se emplean ciertos *objetos-tipo* para representar otros de caracteres esencialmente similares. Generalmente se sustituye una cosa animada por una inanimada o se utiliza un animal para señalar fuerzas instintivas. Para el *ello* la realidad interna es más importante que la externa. Esto quiere decir que la fuerza de las fantasías y deseos es tal que se los acepta como realidad sin someterlos a nuestro juicio. Esta falta del juicio de realidad la vemos en los psicóticos; su *ello* invade al *yo* y viven en un mundo de fantasías, para ellos, real.

El principio de placer al cual obedece el *ello* es el que nos gobierna exclusivamente al comienzo de nuestra vida. Nuestras necesidades, sobre todo nuestra hambre, buscan satisfacción; la necesidad crea malestar, el organismo se pone tenso y el niño da expresión a su incomodidad en forma de llanto o pataleo incoercibles, hasta que no se satisfaga su hambre. Entonces alcanza un estado de placidez, libre de tensión, que equivale al bienestar-placer del infante. Es decir que las necesidades instintivas exigen una gratificación directa e inmediata. Esta calidad perentoria del instinto que lo lleva a la búsqueda de satisfacción, sin considerar las condiciones reales, se llama *principio de placer*. Este *principio de placer*, que al comienzo de nuestra vida rige nuestra actividad psíquica total, seguirá actuando en forma permanente solo en la parte más arcaica, en el *ello*. Y será sustituido en el curso del desarrollo por el *principio de realidad* que regirá a nuestro *yo*.

El *yo* es la instancia que está en contacto directo con el mundo externo. Su función principal es integradora, armonizadora. Examina las exigencias instinti-

vas del *ello* y juzga sobre la base de las condiciones externas actuales y de las experiencias previas recordadas, si las demandas se pueden gratificar o si su satisfacción se debe diferir a un momento más oportuno. Se evitan así choques con el ambiente y se asegura, aunque sea por la intercalación de un compás de espera, una satisfacción más completa y segura de los deseos.

El *yo* es la instancia encargada de la autoconservación. Según Freud, no existe al nacer, sino que es un producto del desarrollo. De acuerdo con esto, el *yo* se diferenciará del *ello* bajo la influencia del contacto con el mundo externo. Esta tesis freudiana fue puesta luego en duda por investigadores posteriores: M. Klein, Hartmann, Kris y Löwenstein.

En la actualidad, se acepta que rudimentos del *yo* se encuentran ya al principio de la vida. Este *yo* rudimentario es un *yo* corporal, cuyo *substratum anatomicum* es el sistema nervioso, que recibe estímulos y responde a ellos desde el momento del nacimiento. De este núcleo primitivo, y, como consecuencia de la interacción de fuerzas instintivas recibidas del *ello* y de estímulos sensoriales procedentes del ambiente, se diferencia paulatinamente el *yo*, hasta transformarse en la entidad madura que gobierna nuestro ser.

Durante mucho tiempo se creyó que *yo* y *consciente* eran una misma cosa. Ahora sabemos que nuestro *yo* tiene una parte consciente, una preconscious y una inconsciente. Estas tres partes, coordinadas, cumplen las funciones esenciales del *yo*. Ellas son:

1. *La percepción* (externa e interna).
2. *La función integradora*.
3. *La función ejecutiva*.

La percepción, externa e interna, es una función conjunta del *consciente* y del *preconsciente*. De la realidad ambiental el *yo* se entera por medio de su capa externa, de su superficie sensorial. Al principio, para distinguir si una percepción es externa o interna, tiene que someterla a un *examen de realidad*. Podemos hacer cesar una percepción externa eliminando el estímulo externo correspondiente, alejándonos de él. En cambio los estímulos internos persisten, aunque cambiemos de lugar, y persiste, por lo tanto, la percepción interna.

Paulatinamente, sobre la base de huellas mnémicas de experiencias anteriores, se establece el *juicio de realidad*, que nos permite distinguir las percepciones internas de las externas, sin que sea necesario ya examinarlas.

La *percepción interna* se efectúa sobre la superficie perceptora interna del *yo*. Comunica las condiciones del medio interno y las necesidades y exigencias del *ello*, captando los estímulos procedentes de todas las partes de nuestro cuerpo y de nuestra mente. Para que estos mensajes puedan ser atendidos, tienen que ser modificados, traducidos a un lenguaje comprensible para el *yo*, es decir, tienen que ser elaborados por el *proceso secundario*.

El *proceso secundario* es función del *preconsciente*. Lo llamamos así porque transforma *secundariamente* nuestros actos mentales primarios, caóticos y contradictorios, en lógicos y causales, y los hace aceptables para nuestra conciencia.

He aquí los caracteres del *preconsciente*, gobernado por el *proceso secundario*:

reina una cronología absoluta;
no se tolera contradicción;
se establece una relación causa-efecto;
se llenan eventuales lagunas entre ideas aisladas.

Los contenidos principales del *preconsciente* son las huellas mnémicas (elementos estables) productos de las impresiones del mundo externo almacenados en forma de representación verbal.

Además puede encontrarse pasajeramente en el *preconsciente* material en tránsito: desde el *consciente* al *inconsciente*, en vías de ser reprimido, y desde el *inconsciente* al *consciente*, en pugna por realizarse.

El *yo*, luego de recibir las percepciones externas e internas ya elaboradas, efectúa la síntesis. Trata de armonizar exigencias subjetivas con condiciones externas objetivas, para lograr, ejecutando una acción generalmente motora, una satisfacción máxima.

Pero en este trabajo de integración, además de las condiciones ambientales y de las necesidades internas, el *yo* tiene que considerar también otro factor: la censura del *superyó*, de nuestro juez interno. Una acción que para esta instancia es inadmisibile constituye un peligro que tiene que ser evitado. El *yo* dispone de una serie de mecanismos de defensa contra estos peligros intrapsíquicos.

Con todas estas capacidades a su servicio, el *yo* es nuestra parte más plástica, la que continuamente se adapta a las condiciones del momento, por medio de mecanismos conscientes e inconscientes. Los mecanismos de defensa están en la parte inconsciente del *yo* y son muy variados.

El *superyó* es, según la teoría freudiana, la última instancia a formarse. Es la sede de *nuestra moral*, nuestro juez interno, lo que llamamos comúnmente *nuestra conciencia*. Contiene las prohibiciones, reglas e ideales recibidos de nuestros padres y asimilados por medio de introyección e identificación. A esto se agregan los conceptos morales de otras personas del medio, importantes para el niño (educadores, ídolos, líderes juveniles, etc.) y las normas de la comunidad a la que pertenece. Por lo tanto, el carácter del *superyó* depende del ambiente social y varía según las culturas.

Para Freud, el *superyó* se diferencia del *yo*; es el heredero del complejo de Edipo, complejo que constituye la esencia de la tercera fase del desarrollo psicosexual que finaliza solo después del cuarto año de vida. En consecuencia, el *superyó* no existe para Freud hasta este período. M. Klein adelanta cronológi-

camente esta tercera fase del desarrollo y sostiene que en el *superyó* hay también una parte filogenéticamente heredada.³ Afirma por lo tanto que, desde el nacimiento, existen rudimentos del *superyó* y que su formación posnatal se completa tempranamente.

El *superyó* es inconsciente y ejerce su censura mecánicamente y con rigidez. Una vez constituido, es difícil que admita algún cambio. Sin embargo, existe la posibilidad de modificarlo, porque entre la conducta plástica del *yo*, y la dura y rígida del *superyó* no hay una pared infranqueable, sino una serie de imperceptibles transiciones. Impulsos biológicos del *ello* buscan satisfacción, pero solo pueden realizarse si la censura ejercida por el *superyó* los encuentra aceptables y los deja pasar.

Las exigencias del *superyó* son la causa más frecuente de conflictos, de choques entre tendencias opuestas y, por ende, de enfermedades neuróticas o psicósomáticas.

Sin embargo, el *superyó* es indispensable para el mantenimiento del orden en cualquier forma de civilización.

Bibliografía sumaria

- Alexander, F. *Fundamentals of psychoanalysis*. Nueva York, W. W. Norton, 1948.
Fenichel, O. *The Psychoanalytic theory of neurosis*. Nueva York, W. W. Norton, 1945.
Lagache, D. *El Psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós, 1959.

³ H. Segal. *Introduction to the work of Melanie Klein*. Londres, E. W. Heinemann, 1962, p. 9.

Anexo 2

El desarrollo psicológico*

Freud: el desarrollo psicosexual

Según Freud, el desarrollo depende de la fuerza rectora que la libido ejerce al ligarse sucesivamente a distintas zonas del cuerpo. Estas zonas alcanzan en un determinado momento del desarrollo su madurez completa, y atraen entonces a la libido. Se produce así una concentración de las fuerzas instintivas en tales áreas, que se constituyen, por esta misma razón, en centros del desarrollo. Se las denomina *zonas erógenas* por la gran carga libidinosa que llevan.

Estas zonas erógenas establecidas por Freud son, de acuerdo con el orden cronológico de su actuación, la *zona oral*, la *zona anal*, la *zona fálica* y la *zona genital*. Los períodos de desarrollo respectivos se llaman, según las zonas erógenas dominantes, *período oral*, *período anal*, *período fálico* y *período genital*. Algunos postulan la existencia de un *período uretral* —breve fase de transición entre el *período anal* y el *fálico*— cuya zona erógena sería la uretra. Hay también un período de transición entre el fálico y el genital, llamado *período de latencia*. Durante esta fase, la libido no tiene una localización clara y se manifiesta solo indirectamente en sus derivados.

Importantes transformaciones ocurren en el curso del desarrollo. En la *fase oral*, breve período que abarca solo los primeros 9-12 meses de vida, suceden los cambios quizá más significativos. En el momento de nacer, el lactante es un ser indefenso e indiferenciado. Funciona exclusivamente sobre la base de reflejos. Sus sentidos responden solo a excitaciones burdas. Sus reacciones son globales. De este recién nacido que solo come, duerme y llora, se forma durante el primer año de vida, un niño que sonríe, camina, habla, distingue a su madre de los extraños, tiene sus gustos y desagrados y sabe expresar su voluntad.

La *fase oral* se divide en dos períodos: uno *oral incorporativo* (los primeros seis meses de vida) y otro *oral sádico* (la segunda mitad del primer año).

En el período *oral incorporativo* los acontecimientos más importantes giran alrededor de la alimentación. Ya en el momento de nacer, a pesar de su incapacidad para defenderse y mantenerse solo, el niño puede establecer cierto entendimiento con la madre valiéndose de una conducta expresiva corporal. La primera necesidad del niño es la de comer. El hambre crea tensión y displacer y provoca la consiguiente descarga global por medio del llanto y pataleo que alertan a la madre y despiertan en ella el deseo de aliviar al niño. La conducta de ese ser indiferencia-

* Marta Bekei. *Medicina psicósomática en pediatría*. Capítulo 7.

do logra entonces su propósito: la madre le da de comer. La criatura se satisface succionando; su tensión cede, su hambre se calma. Experimenta entonces una sensación de bienestar y de placer. Pero no solo la succión alimentaria es placentera, sino también el simple hecho de succionar, mamar o chupar. El lactante chupa el pecho, la mamadera, el chupete o el pulgar. Pero desde el momento de nacer y sin ningún estímulo, realiza también movimientos espontáneos de chupeteo.

La boca es la zona por la cual el lactante busca y logra satisfacción; ella rige su conducta en esta primera fase de su desarrollo psicosexual. Es en la boca donde se concentra su libido, su instinto vital. A medida que el lactante crece y madura, comienza a llevar todos los objetos a la boca. Esta actividad no es solo un medio de placer; sino también una forma de conocimiento.

En la segunda mitad del primer año comienza la dentición y con ella se desarrolla la facultad de morder, que, como toda función recién adquirida, proporciona al niño, además de su aporte específico, una vía de placer. La satisfacción de morder se agrega ahora a la que le daba el hecho de succionar. Esta nueva actitud agresiva caracteriza a la *fase oral sádica*.

La fase oral tiene importancia no solo como una etapa del desarrollo considerada dentro de los límites cronológicos que le corresponden, sino también por la influencia que ejerce en las fases posteriores. Una buena satisfacción oral en el *período incorporativo*, una relación madre-hijo comprensiva, crean confianza y seguridad en el lactante y le permiten el paso imperceptible a la fase siguiente. Un trato inconsecuente y brusco no conduce a una satisfacción adecuada, aunque la comida suministrada sea cuantitativamente suficiente. Frustraciones sucesivas crean en el lactante una sensación de inseguridad que impide al desarrollo seguir su curso normal. La evolución se detiene tempranamente y, aunque el desarrollo prosiga y el niño logre superar el obstáculo, se habrá creado un *punto de fijación*, al cual podrá regresar en momentos críticos de su vida ulterior.

En el *período oral sádico* se crea la primera situación conflictual, el primer choque de tendencias opuestas. El niño encuentra ahora placer al morder. Pero si muerde el pecho de la madre, esta se lo retira, provocando así la rabia del niño. La criatura distingue ya a su madre y la quiere por todas las satisfacciones que le proporciona. Pero, al mismo tiempo, siente fastidio porque en ocasiones le retira el pecho y finalmente lo desteta; este esquema —amor y odio dirigidos a la misma persona— es el patrón de ambivalencia. De la solución de este conflicto depende en gran medida el hecho de que el niño desarrolle su capacidad de amar, o que por el contrario, tienda a crear nuevos conflictos que pueden llegar a originar enfermedades psicógenas.

Con el correr del tiempo se supera también esa fase y el niño entra en el *período anal*. La maduración nerviosa que prosigue en dirección céfalo-caudal alcanza a los esfínteres. El niño comienza a experimentar sensaciones placenteras relacionadas con el recto. Tanto la expulsión de la materia fecal como la retención de esta masa pueden proporcionarle placer. Este se origina ya por la tensión moderada, ya por su alivio ulterior o por el acto mismo de la expulsión.

Este período anal dura desde el final del primer año (donde coincide con la parte final del período oral sádico) hasta el tercer año de vida. Se divide en dos fases: una inicial, *anal sádica expulsiva*, y una posterior, *anal retentiva*.

En la *fase anal sádica expulsiva* el niño logra ya cierto control sobre sus esfínteres. Comienza también a dominar su musculatura y la fuerza y coordinación de sus movimientos. Experimenta placer al expulsar la materia fecal pues este hecho le permite sentir y demostrar dominio y fuerza, y ejercer, al mismo tiempo, un acto de incipiente voluntad. También le proporciona placer el hecho de romper, deshacer o cortar en pedazos sus juguetes y todos los objetos que están a su alcance. La marcada preferencia del niño por este tipo de actividad se explica porque ella le permite ejercitar el control neuromuscular recientemente adquirido. La impresión de los que rodean al niño es la de que su placer consiste exclusivamente en el hecho mismo de destruir. Por esta razón esta primera fase del período anal, fue denominada *sádica*.

En la *fase anal retentiva*, la maduración de la función motriz permite al niño el completo dominio de sus esfínteres. Ahora puede expulsar y retener a voluntad la materia fecal, que es su primera posesión. El placer provocado por las sensaciones que tienen lugar en la mucosa y en la musculatura anal derivan principalmente de la capacidad de retener, de la excitación que provoca la presión de la masa fecal sobre el recto.

El ejercicio del dominio de los esfínteres es una de las primeras manifestaciones de independencia del niño y, al mismo tiempo, uno de los primeros actos de autoafirmación voluntaria. Con estos intentos infantiles de independencia y de dominio del ambiente coinciden las primeras medidas educativas de la madre, que se concentran en lograr un control esfinteriano no espontáneo, sino dirigido.

La mayor parte de las madres de nuestra cultura insiste en una educación esfinteriana temprana. Estos intentos de adiestramiento resultan indefectiblemente coercitivos, porque el niño no ha alcanzado aún el grado de comprensión suficiente ni la madurez neuromuscular necesaria para el aprendizaje. Así se logra precisamente el resultado contrario al deseado. Se despierta la terquedad del niño y se crea en él el hábito de mover el vientre en el momento en que se lo levanta de la escupidera. En casos más graves se provoca una regresión a la fase oral. El niño, hasta entonces feliz y contento, se vuelve temeroso y huraño y empieza a succionar su dedo. En lo que respecta al futuro, se pueden establecer fijaciones anales, que traerán como consecuencia ciertos rasgos de carácter obsesivo —limpieza o desaliño, terquedad, mezquindad, etcétera—.

Pero aun con el mejor manejo, pueden surgir algunas dificultades propias de esta fase.

A medida que el niño logra controlar sus esfínteres, pueden observarse diversas manifestaciones colaterales, desplazamientos del placer anal original reprimido.

mido: el placer de ensuciarse con comida, de jugar con barro, de coleccionar objetos sucios o brillantes, la tendencia al desorden, etcétera.

Poco a poco, y gracias a todas estas manifestaciones compensatorias, el placer anal se hace menos intenso y, con el progreso de la maduración, da lugar a sensaciones uretrales. El niño entra al *período uretral*. El erotismo uretral es, según Fenichel, el oponente pregenital de la genuina sexualidad infantil.¹ El fin primario del erotismo uretral es el placer de orinar. Pero existe también en esta fase el placer de retener, más frecuente en las niñas por su particular constitución anatómica. Este placer, autoerótico al principio, puede volverse luego hacia los objetos y cargarse con fantasías aloeróticas. Puede ser un placer activo, fálico —eyacular— o pasivo —dejarse ir—. El rasgo de carácter típico de este período es la vergüenza, la fuerza específica que se opone a las tentaciones uretral-eróticas. La ambición, que representa la lucha contra la vergüenza, sería el resultado del conflicto uretral-erótico resuelto.

El niño con erotismo uretral se da cuenta de la diferencia de sexos al orinar. Por esto el erotismo uretral aparece a menudo combinado con el complejo de castración y hace que el niño entre imperceptiblemente en la fase siguiente, la fálica, cuyo complejo típico es el de la castración.

La *fase fálica* comienza después del segundo año de vida y termina entre el cuarto y el quinto año. Se la suele llamar también edípica, porque su constelación psicodinámica está dominada por el complejo de Edipo. Los niños van adquiriendo un conocimiento progresivo de sus genitales y comienzan a tener sensaciones placenteras que se originan en ellos. El tocar casualmente los genitales ya puede empezar en el curso del primer año de vida, pero equivale todavía a las otras actividades autoeróticas, tales como chuparse el dedo o rascarse la nariz. Solo en el curso del tercer año de vida se hace más insistente esta sensación genital. Esto se comprueba por la actividad masturbatoria que se observa corrientemente en esta edad. La zona erógena es el pene en los varones y el clitoris en las niñas (la vagina no está erotizada aún). Junto con estas sensaciones se despierta también la curiosidad sexual, que pronto tropieza con la desaprobación paterna. Los padres no tienen inconvenientes en enseñar al niño el nombre de muchas partes de su cuerpo, pero titubean cuando se trata de los genitales y evitan cuidadosamente tocarlos. Esta diferencia de actitud llama la atención del niño y le provoca ansiedad, porque advierte que sus satisfacciones genitales son criticadas y prohibidas por los padres. También en esta etapa el niño advierte claramente la diferencia de sexos, hecho que provoca la angustia de castración en el varón o la envidia del pene en la niña. Estas emociones son reforzadas por el complejo de Edipo que surge en esta época con la erotización de la zona genital.

¹ O. Fenichel. *The psychoanalytic theory of neurosis*. Nueva York, W. W. Norton, 1945. Capítulo 5, pp. 68-69.

El *complejo de Edipo* es la tendencia por la cual el niño prefiere al progenitor del sexo opuesto y desea ocupar el lugar del progenitor del mismo sexo. Este deseo es naturalmente conflictivo y ambivalente y trae sensación de culpa. Esta sensación aumenta, según los casos, con la angustia de castración o con la envidia del pene.

Investigaciones antropológicas confirman que no hay cultura en la cual no exista el complejo de Edipo. Los tabúes de incesto en las sociedades más primitivas dan claro testimonio de esto, pues toda prohibición implica necesariamente la existencia real de la cosa prohibida.

El desarrollo del complejo de Edipo es distinto en el varón y en la niña. En el varón el proceso es relativamente simple. En general el niño empieza a concentrar su atención en los genitales antes que la niña. Esto se explica porque sus condiciones anatómicas le permiten, con más facilidad que a la niña, mirar su pene, tocarlo, exhibirlo, jugar con él mientras orina, etc. Estas actividades pueden traer como consecuencia una erección que se acompañe con sensaciones de tensión y hormigueo nuevas y agradables. Las nuevas sensaciones que provienen de sus genitales aumentan su curiosidad sexual. Esta curiosidad se dirige ante todo hacia la persona más cercana, hacia la madre, que se convierte en el primer objeto de amor del niño. Aunque sus fantasías sexuales no son maduras, el niño desea el cariño y el cuidado exclusivo de la madre y sueña con sustituir al padre como compañero de ella. Entonces surge el conflicto interno. El niño admira y ama a su padre y quiere imitarlo. Pero al mismo tiempo tiene sentimientos de culpa por su deseo de desplazarlo y ocupar su lugar. Como la rivalidad se origina por sensaciones en su pene, sus sentimientos de culpa también se localizan allí y aumenta el temor por la castración, aun cuando nunca se le haya formulado una amenaza concreta al respecto. El niño, que ama y aprecia a su padre, también lo odia y le teme, porque proyecta en él sus sentimientos agresivos. La sensación de culpa resultante de sus emociones antagónicas intensifica su dependencia del padre. Trata de agradarle, lo idealiza e introyecta su prohibición sexual. Con esto resuelve el complejo de Edipo. El niño, liberado de su sensación de culpa, reprime sus deseos sexuales, reconoce y acepta la realidad y encuentra nuevamente su lugar natural en la familia. Esta posición primitiva nunca fue, por otra parte, amenazada seriamente por el complejo de Edipo. El niño nunca perdió su relación cariñosa e íntima con los padres, fundamento y seguridad de su vida. Solo tuvo sus momentos de tentación y ambivalencia. Pero finalmente la necesidad anaclítica vuelve a ganar supremacía sobre la tendencia erótica, completándose así la represión de los impulsos sexuales.

En las niñas el desarrollo es más complejo. Cuando empieza a decrecer la intensidad de la fase anal, la libido de la niña no encuentra una localización nueva tan fácilmente como la del varón. Además, en la niña igual que en el varón, el primer objeto de amor es la madre. Solo a partir del segundo o tercer año la niña comienza a hacer una distinción entre padre y madre y se muestra más expansiva y seductora con el padre. En este momento su clítoris, órgano eréctil apto para fines masturbatorios, se transforma en zona erógena. Pero la

libido de la niña se dispersa más que la del varón y se erotizan también su piel y sus movimientos. Se preocupa por su cuerpo. Lo compara con el de los varones y comprueba que ella no tiene pene. La envidia del pene moviliza en la niña la tendencia a incorporarlo, el deseo de poseerlo. Esto la lleva a abandonar su dependencia libidinosa de la madre, y a fijarse en el padre. Surge el conflicto instintivo entre el deseo de ser amada por su padre y el de obtener la gratificación de sus necesidades que la madre le proporciona. El deseo dirigido hacia el padre y la rivalidad establecida con la madre originan el temor de perderla. Es este un proceso lento que no se resuelve hasta la pubertad. Falta la fuerza de la angustia de castración que obliga al varón a resolver más rápidamente su complejo de Edipo. La relación de la niña con el padre sigue teniendo un leve tinte erótico hasta que ella alcanza la madurez sexual. Y, en muchos casos, llega aún más allá de este período. Sin embargo, esto no impide que, reprimiendo finalmente la mayor parte del contenido sexual de la relación e introyectando la prohibición sexual, también la niña, después de un período de titubeo más largo que el del varón, entre en la fase de latencia, forzada a abandonar su rivalidad con la madre por el temor de perderla.

La *latencia* es un producto cultural que no existe en muchos pueblos primitivos. Comienza en el transcurso del quinto o sexto año de vida y dura hasta la pubertad. Sirve al desarrollo intelectual, pero este se produce solo si el complejo de Edipo ha sido resuelto satisfactoriamente.

Este período se caracteriza por la *formación del yo*, del carácter, y por el establecimiento de relaciones sociales extrafamiliares. Los impulsos libidinosos reprimidos actúan solo indirectamente, sublimados y transformados en interés por conocer y aprender. Estos impulsos reorientados favorecen el desarrollo mental. Pero, en cierta medida, las fuerzas sexuales reprimidas también siguen actuando como tales. Ellas se manifiestan en la masturbación secreta o en el contenido de sueños diurnos, muy frecuentes en la latencia. Si la represión falla completamente, las preocupaciones sexuales infantiles impiden el aprendizaje. En este período el varón comienza a separarse de la familia. La tendencia a la independización tiene en él un carácter imperativo. Tanto es así, que los varones demasiado dependientes son rechazados y ridiculizados por sus propios compañeros. Los niños se muestran en esta época especialmente intolerantes con aquellos compañeros que presentan las mismas debilidades que ellos se esfuerzan por combatir. El espectáculo que ofrecen los niños que aún no han podido superar su dependencia les recuerda su propia situación. Esta es la razón por la cual los excluyen del grupo o hacen de ellos chivos emisarios. Es también característica de esta edad la formación de pandillas, que tiene cierto tinte homosexual. Esta actividad sirve para confirmar la resolución del complejo de Edipo y ayuda a asumir un papel masculino, elaborando así definitivamente la angustia de castración.

Las niñas no forman pandillas. Por el contrario, se hacen más femeninas y dependientes. Se identifican con la madre y con el papel femenino. Juegan con muñecas y asumen en sus juegos las funciones de mamá, de ama de casa, etcétera.

En este período de relativa latencia se terminan de elaborar los problemas no resueltos del período fálico y se aprovecha la falta de grandes tensiones para el desarrollo intelectual. Los problemas y tensiones volverán a aparecer con mayor intensidad en la adolescencia.

La *adolescencia* es, conoçidamente, un período difícil y turbulento. Sin embargo, estos caracteres de la adolescencia se dan solo en nuestra cultura. Mientras los cambios físicos y hormonales que introducen y caracterizan a la adolescencia son universales, los fenómenos psicológicos que pueden acompañarla no lo son. En efecto, estudios antropológicos recientes prueban que en algunos pueblos primitivos, faltan completamente los conflictos que caracterizan a la adolescencia de nuestra cultura. En aquellos pueblos este período se da como una época tranquila y pasa casi desapercibido.²

Tanto desde el punto de vista endocrino como desde el psicológico, la adolescencia abarca dos períodos: el de la pubertad y el de la pubescencia. Estos dos períodos se separan por la aparición del signo de la maduración sexual: la menstruación en la niña y la primera eyaculación en el varón.

La primera etapa es la preparatoria. En ella aparecen los caracteres sexuales secundarios. Es relativamente breve, dura un año aproximadamente.

La segunda, más larga, dura hasta el logro de la capacidad de reproducción, que se alcanza uno, dos o tres años más tarde. Ese período constituye la última fase del desarrollo psicosexual y culmina con la formación de una personalidad madura. El equilibrio logrado por la persona adulta, su capacidad de funcionar como un miembro útil de la sociedad y como parte integrante, responsable y afectuosa de una familia formada por él, dependen en última instancia de cómo se haya superado esta fase crítica de la vida. Es entonces cuando el individuo tiene que enfrentar las exigencias de la madurez sexual. Necesita adquirir una identidad no solo sexual, sino también personal. Por lo tanto debe lograr la independencia de sus padres, elegir profesión, adquirir responsabilidad económica, encontrar pareja y fundar un hogar.

Para que esta difícil tarea se realice con éxito, para que el niño protegido se transforme en un adulto independiente, es preciso que reviva y reajuste todos los conflictos de las fases anteriores —pregenitales— del desarrollo. El éxito de la tarea depende en gran medida de cómo se hayan cumplido estas fases previas. Cualquier falla que se produzca en ellas puede condicionar un trastorno específico en la adolescencia.

En la *fase oral*, en la cual se establece por medio de la boca el primer vínculo del niño con la madre, existe una dependencia absoluta y es preciso que el niño consiga alcanzar una total sensación de confianza. Si en esta fase la relación

² M. Mead. *Adolescencia y cultura en Samoa*. Buenos Aires, Paidós, 1961.

con la madre está perturbada o falta completamente, la confianza básica no puede establecerse. Esta situación influirá necesariamente sobre el patrón de todas sus relaciones posteriores, que muy probablemente fallarán.

En sus estudios sobre delinquentes juveniles Bowlby demostró que la mayor parte de ellos había sufrido privación de cuidados maternos en sus primeros años de vida. Estos no habían establecido bien la primera y más importante relación humana, lo que hizo resentir sus relaciones subsiguientes. Mostraron una indiferencia afectiva que les dificultó o imposibilitó la resolución sana de la crisis de adolescencia.

En la *fase anal* se echan las bases de la voluntad, de la independencia y del autocontrol. El tipo de educación esfinteriana empleada en esta época pone su sello sobre la personalidad ulterior del niño. Si en este período no se toleraron sus intentos de independencia, será muy difícil para él lograr en la pubertad la separación y la individualidad.

Luego, en la edad preescolar, se desarrolla la primera *identidad sexual*, con el establecimiento, la culminación y la resolución del complejo de Edipo. Este se resuelve por la identificación con el padre del mismo sexo y por la aceptación del papel sexual correspondiente. Muchos conflictos y ansiedades relacionadas con las primeras manifestaciones sexuales en la pubertad (como por ejemplo ciertas dismenorreas) se deben a un complejo de Edipo mal elaborado y al rechazo del papel sexual correspondiente.

El complejo de Edipo no resuelto hace sentir su influencia ya antes de la pubertad, en la edad escolar. El interés y la curiosidad sexuales, sublimados y dirigidos hacia metas generales, constituyen la base de la capacidad de aprender, de sentirse apto y competente. Pero si falla esta manera de utilizar las energías instintivas, puede llegarse a la adolescencia con la sensación de incapacidad o de fracaso.

Una vez acabados el replanteamiento y la reelaboración de los problemas previos, se completa la formación de las tres instancias psíquicas —ello, yo y superyó— con sus atributos definitivos. La armónica función de estas tres instancias caracteriza a un adulto adaptado a su ambiente.

Anexo 3

Angustia y mecanismos de defensa*

Hemos visto ya que una de las principales tareas del *yo* es la de integrar las necesidades instintivas con las condiciones de la realidad externa y con las exigencias y prohibiciones del *superyó*. Hemos analizado también los elementos de la percepción externa e interna que capacitan al organismo para que se oriente dentro de las condiciones en que debe actuar. Nos falta estudiar ahora los instrumentos de que dispone el *yo* para apartar impulsos instintivos reprobados por el *superyó* o estímulos externos considerados nocivos. Estos instrumentos no son más que un conjunto de mecanismos psíquicos, que denominamos *mecanismos de defensa*. Actúan modificando la experiencia mental o la conducta y sirven, de este modo, para proteger la armonía del *yo*.

Las defensas tienden, por una parte, a evitar sufrimiento e incomodidad, por otra, a asegurar la gratificación de las necesidades. Además, en el curso de la evolución del *yo*, velan por la progresión uniforme del desarrollo.

Estas mismas funciones que el organismo utiliza para asegurar el desarrollo, son, a su vez, un producto de la evolución y diferenciación del *yo*. Nacen de una parte del *yo* corporal y autónomo, de las llamadas barreras protectoras de estímulos. En un primer estadio de evolución tienen solo la capacidad de bloquear percepciones externas molestas; luego, a medida que se afina la captación interna, esta capacidad puede bloquear también las percepciones internas provocadas por hiperabundancia de estímulos e impedir la descarga impulsiva correspondiente.

Partiendo de la base orgánica de las barreras sensoriales, se diferencia una serie de mecanismos que el *yo* sano utiliza eclécticamente, seleccionando el más apto para cada momento y situación. Si el *yo* pierde esta capacidad de utilizar los mecanismos de defensa más convenientes y recurre siempre a las mismas defensas, su elasticidad disminuye y se produce un desequilibrio patológico.

Pasaremos revista someramente a todos estos mecanismos de defensa. Los trataremos en orden jerárquico, según la importancia que progresivamente van asumiendo en las funciones del *yo* en formación.

Para que las defensas puedan cumplir su misión, el organismo debe conocer la existencia de los peligros que tiene que apartar. El primer mecanismo de defensa es, entonces, la *señal de alarma*, que, sobre la base de experiencias dolorosas pasadas, advierte y anuncia situaciones amenazadoras presentes. Esta señal de alarma se llama *angustia*. Su "Anlage" biológica se encuentra en

* Marta Bekei. *Medicina psicosomática en pediatría*. Capítulo 4.

el llanto incoercible del lactante hambriento. Este llanto es una señal de sufrimiento y, al mismo tiempo, un pedido de ayuda. Luego, en el curso del desarrollo, esta *angustia* física se carga cada vez más de contenido psíquico. Las situaciones que el organismo percibe como peligrosas, porque amenazan la integridad del *yo*, cambian con la edad.

Al comienzo de la vida, la satisfacción de las necesidades depende de las personas-claves que rodean al niño y de la relación que él establece con ellas. Todo lo que amenaza con romper o debilitar este vínculo constituye un peligro que tiene que ser apartado. En esta primera relación preverbal el carácter y las exigencias de la madre o de su sustituta determinan en cada caso qué actividad mental o qué conducta se considera indeseable y debe ser, por lo tanto, suprimida o modificada. Las cualidades de la madre determinan también qué aspectos de la realidad externa deberán ser ignorados o deformados para asegurarse los buenos cuidados de ella.

Con el progreso del desarrollo, la adquisición de la palabra y la relativa independización del niño, empiezan a entrar en juego las prohibiciones verbales de los padres, cuya transgresión acarrea castigo. A medida que el niño crece, aprende a acatar las normas, internalizando la prohibición, asimilándola. Si desea cometer un acto desaprobado por los padres, será, a partir de este momento, su propia conciencia la que se lo impida, anunciándole el peligro del castigo. Pero en el proceso de internalización la idea del castigo queda estrechamente ligada al impulso instintivo cuya realización provocó originariamente el castigo. En lo sucesivo el temor no se sentirá ya por la acción punitiva misma, sino que se experimentará cada vez que el impulso prohibitivo pugne por realizarse. La *angustia* no es otra cosa que este miedo real, experimentado y reprimido en el pasado y reactivado en el presente por la movilización del impulso desaprobado. Se percibe una suerte de tensión molesta, agobiante, una sensación de miedo sin causa externa evidente.

La sensación psíquica de ansiedad flotante, de sentimiento de culpa por un crimen desconocido, se acompaña de manifestaciones físicas desagradables: palpitación de corazón, respiración agitada, sudoración, palidez, temblor de manos o de todo el cuerpo, sensación de frío, hiperactividad intestinal, etcétera.

Cuando la angustia anuncia que un impulso prohibido intenta pasar a la conciencia para realizarse, el *yo* moviliza los otros mecanismos de defensa para impedirle el acceso.

Estos mecanismos de defensa son muchos y muy variados en lo que respecta a su grado de elaboración y a su cronología: van desde los más primitivos hasta los más complejos, desde los más tempranos hasta los de aparición más tardía. Por otra parte, cada edad tiene sus formas típicas de defensa.

El *yo* infantil utiliza los mecanismos más simples, los primeros que surgen en el curso del desarrollo, tomando como punto de partida ciertas funciones orgánicas básicas.

1) *La negación*. Es el mecanismo de defensa más primitivo. Se diferencia a partir de la capacidad de todo ser vivo de retirarse de los estímulos excesivos, elevando el umbral de percepciones. Los niños lo utilizan no solo para negar ciertos aspectos del mundo externo, molestos o peligrosos, sino para negar también el impacto afectivo que acompaña a estas impresiones. Por ejemplo, el varón en edad edípica insiste en que las niñas también tienen pene, a pesar de la evidencia visible de lo contrario. Porque el reconocimiento de que hay seres a quienes les falta el pene, reforzaría el miedo de castración, que lo domina y aterra.

2) *La introyección*. Se desarrolla a partir de la organización oral primitiva del niño, de la necesidad de comer y conocer probando. Es el mecanismo principal por intermedio del cual se establece y se mantiene la relación madre-hijo. El niño incorpora la leche de la madre y con ella simbólicamente también a la persona amada que lo nutre. Como resultado de esta incorporación, la madre pasa a formar parte del propio ser del niño. De este modo, sea cual fuere la situación objetiva, el niño ya no tendrá miedo de quedarse solo. Esta es la situación ideal establecida firmemente sobre la base de una sólida relación madre-hijo. Pero si ocurre una separación temprana y prolongada, antes de que la introyección se haya podido completar, las consecuencias pueden ser catastróficas. La experiencia dolorosa de la ausencia de la madre no puede ser contrarrestada y se establece el cuadro del hospitalismo de cuyas terribles consecuencias hablaremos más adelante.

3) *La identificación*. Se diferencia a partir de la introyección, a medida que la distinción entre el *yo* y el *no yo* —la propia persona y el mundo externo— se establece. Es, como la introyección misma, un mecanismo que sirve para el desarrollo y la defensa del *yo*.

En el curso del desarrollo el niño asimila cualidades de las personas amadas, completando de este modo su ser en evolución.

Esta asimilación de cualidades extrañas sirve como defensa cuando se utiliza para evitar el miedo. En este caso se toman de la persona temida las características que inspiran temor. Con esto el *yo* se fortifica y la sensación de debilidad desaparece. Tomemos, por ejemplo, el caso del niño que teme a su médico. Si observamos su juego veremos que a menudo asume ante sus muñecos el mismo papel que ha desempeñado el médico ante él: los revisa, les da remedios, inyecciones, etc. El proceso de *identificación* servirá al niño, en este caso, como en muchos otros —temor al padre castrador o al maestro severo— para superar su miedo.

4) *La proyección*. Es, junto con la introyección, uno de los mecanismos de defensa más primitivos. Es el derivado del primer rechazo, del escupir o devolver lo que produce displacer.

Las propias cualidades intolerables, especialmente la propia agresión, se adjudican a personas del mundo externo. Si un adulto no satisface alguno de los antojos de un niño, provocará fácilmente el enojo y la rabia de este. El niño

deseará vivamente atacar al adulto, pegarle, morderlo, golpearlo, etc. Esta conducta resulta intolerable, no solo para el ambiente, sino también para el rudimentario *superyó* del niño. Al no poder, por esta razón, manifestar directamente su ataque, comienza a temer al adulto, a quien siente cargado de sus propios sentimientos agresivos.

Los niños suelen dar vida al ambiente, proyectando cualidades anímicas en los objetos inanimados y creando de este modo un mundo de fantasía. Dada la capacidad del niño para ignorar episódicamente la realidad sin el peligro de alienarse, los mecanismos de negación y proyección funcionan muy bien en la infancia. Son la manera en que el niño se protege de las dificultades de la realidad, dándose tiempo para acostumbrarse a ella. En el adulto, la excesiva utilización de estas defensas es patológica.

5) *La represión*. Es el mecanismo de defensa más general, el más simple y el que más energías insume, aunque es el menos efectivo de todos. A la *represión* recurre el *yo* infantil cuando no puede emplear la negación o cuando esta falla. Como el *yo* inmaduro no tiene todavía capacidad para resistir la tentación o para posponer la satisfacción de un impulso, tiene que excluirlo de la conciencia, reprimir en el inconsciente este contenido psicológico inadmisibles. Pero los impulsos reprimidos no pierden su fuerza; por el contrario, ejercen una presión continua, intentando pasar el umbral de la conciencia. Para mantener la represión el *yo* más evolucionado agrega la ayuda de otras defensas. Estas se hacen cada vez más necesarias, porque la cantidad de material reprimido aumenta con los años. Con la maduración, muchos contenidos psíquicos, admisibles para el niño pequeño, pasan a ser prohibidos y reprimidos. Si la represión es eficaz el niño olvida primero y luego ignora absolutamente sus tendencias censurables. Para lograr esta finalidad, la represión simple no alcanza. Tiene que ser reforzada, además, con otros mecanismos de defensa, como, por ejemplo, la *disociación* y el *desplazamiento*, en el caso de la curiosidad sexual infantil dirigida hacia los padres. Esta curiosidad resulta intolerable para el ambiente. Para poder ser aceptada, en parte por lo menos, se disocia en curiosidad general y en interés sexual. El interés sexual se desplaza ahora de las figuras paternas a personas extrañas y la curiosidad general se transforma en un afán de conocer, de aprender. La curiosidad sexual dirigida hacia otras personas vuelve a disociarse en interés humano asexual y en impulso sexual. Como resultado de este proceso, el elemento sexual queda reprimido, aunque no totalmente. Ninguno de estos mecanismos es cien por ciento efectivo. Es bien sabido que en la actividad lúdica del niño aflora su inconsciente. Si observamos el juego del niño en la época post edípica, encontramos indicios inequívocos de su interés sexual dirigido hacia los padres.

6) *El desplazamiento*. Es un procedimiento mediante el cual se cambia el fin o el objeto de un impulso. La ira, no admitida por el ambiente, contra una persona determinada, se desplaza hacia otra persona o hacia un animal, a los que se puede agredir sin recibir sanción. En la infancia el desplazamiento se combina generalmente con la represión y la proyección. Los primeros impulsos sexuales del niño se dirigen hacia sus padres, quienes se oponen a cualquier manifesta-

ción de estos impulsos. En tal situación, el niño se resiente contra sus padres y proyecta en ellos sus sentimientos agresivos. Los siente malos y teme ser castigado por ellos. Pero este sentimiento de odio y temor hacia los padres, a quienes ama verdaderamente, es tan intolerable como el deseo amoroso originario, cuya represión lo provocó. Por lo tanto, este nuevo sentimiento debe ser a su vez desplazado en el inconsciente hacia otro sujeto. Este sujeto puede ser, en algunos casos, otra persona, pero, por lo común, es un animal. El miedo al animal, por ejemplo, puede hacerse consciente y hasta es posible que el niño busque en el padre protección contra el animal temido. Este es el mecanismo de la formación de fobias, tan comunes en la infancia.

7) *El cambio de un instinto en su contrario.* Es un mecanismo afín al desplazamiento y se usa en circunstancias similares. Se emplea, por ejemplo, contra las tendencias agresivas intolerables que surgen por rivalidad en el período edípico y se dirigen hacia el padre protector. Odio y rabia se cambian por expresiones de un amor exagerado y por la imposibilidad de separarse de la persona amada.

8) *La vuelta del instinto contra el yo.* Es un mecanismo defensivo muy poco eficaz y autodestructor. Interviene en la producción de cuadros sumamente patológicos, en niños abandonados, por ejemplo. Por medio de este mecanismo, la agresión que se proyecta hacia el mundo externo, al no encontrar objeto (por falta de una figura materna que se dedique al niño), se vuelve contra la propia persona y la destruye. En casos extremos esta desviación de la agresión puede conducir al hospitalismo y aun a la muerte. En casos más leves se manifiesta en la tendencia a lesionarse, cortarse, caerse, accidentarse, etcétera.

9) *La regresión.* Es otro mecanismo de defensa típico de la infancia. Es la vuelta a períodos evolutivos anteriores. Puede producirse en cualquier momento del desarrollo, en el que las circunstancias impidan una realización adecuada de los impulsos. Entonces el yo trata de restablecer una situación previa que resultó gratificadora, se fuga de la realidad frustradora hacia momentos del desarrollo especialmente exitosos. A estos momentos del desarrollo los denominamos *puntos de fijación*. Si en plena fase edípica ocurre, por ejemplo, el nacimiento de un hermano, el niño se sentirá inmediatamente privado del cariño exclusivo de la madre y podrá volver a mojarse o chuparse el dedo. Logrará de este modo un resultado doble: al hacerse más pequeño conseguirá una autosatisfacción que en su momento fue muy eficaz y, además, atraerá la atención y preocupación de los padres. Este mecanismo está en el fondo de casi todos los cuadros psicossomáticos.

Mencionaremos solo brevemente los otros mecanismos de defensa, utilizados preferentemente por el niño en el período de *latencia* y por el adulto, porque su uso preponderante caracteriza más bien a las *psiconeurosis* que a las *organoneurosis*.

Estos mecanismos son:

a) *La anulación.* Por medio de ritos o de gestos mágicos se deshace el efecto de

un acto o idea censurable. En el período de latencia el niño usa este mecanismo en forma de rituales pasajeros.

b) *Aislamiento*. Por medio de este mecanismo se separa el pensamiento del sentimiento correspondiente. De esta forma el sentimiento se hace inofensivo. Este mecanismo es una de las defensas características de la histeria.

c) *Racionalización*. Es la tendencia a escoger entre los múltiples impulsos determinantes de nuestra conducta, los menos objetables, los más aceptados por la sociedad. En la vida cotidiana recurrimos constantemente a la racionalización.¹

Hemos dejado para el final el mecanismo de defensa más importante, el más completo: la *sublimación*. Es la defensa que asegura nuestra función armónica en la familia y en la sociedad. El niño pequeño la emplea poco, pero, a medida que madura, recurre a ella en una proporción cada vez mayor. Es un mecanismo no patológico cuyo empleo condiciona la salud y cuyo fracaso condiciona la producción de trastornos muy diversos. Por esto consideramos indispensable conocerlo, aunque no lo encontremos entre las defensas características de ninguna enfermedad psicossomática.

Por medio de la sublimación se utilizan plenamente nuestros impulsos, sin represiones y con amplia satisfacción, aunque indirecta.

Las tendencias rechazadas por el *superyó* cambian su finalidad original, sin tener que ser reprimidas, y se desvían hacia metas deseables de acuerdo con el principio de realidad y con el *superyó*. Esta sublimación está en el fondo de toda nuestra actividad cultural y de nuestro trabajo útil. Empieza a funcionar desde temprano y hay una sublimación característica para cada etapa del desarrollo: para la fase oral, chupar masticables o fumar cigarrillos; para la fase anal, el juego con plastilina o la pintura artística; para la fase fálica, el instinto de curiosear, querer saber, aprender y finalmente crear.

Con la utilización adecuada de todos estos mecanismos de defensa, el *yo* mantiene un equilibrio dinámico entre sus energías instintivas y el ambiente, una *constancia* de las tensiones internas, constancia necesaria para el proceso vital. Este equilibrio psíquico equivale, entonces, a la homeostasis fisiológica.

Mediante una serie de mecanismos fisicoquímicos que están a las órdenes de un centro neurohormonal que los moviliza selectivamente, sobre la base de

¹ Un ejemplo de esta defensa llevada al absurdo es el de una madre que consulta al médico a causa de la mala escolaridad de uno de sus hijos. Al indagar los antecedentes, el médico se entera de que el padre de este niño no es el mismo que el de sus hermanos. Interrogando a la madre consigue saber que ella conoció a este hombre en forma accidental y que después de este encuentro no volvió a verlo. En seguida ella le explica que quiso tener al niño para poder aliviar la economía familiar, vendiendo su leche al lactario.

informaciones recibidas por vía humoral o neural, la homeostasis asegura la constancia del medio interno, del pH, del nivel de la glucosa sanguínea, de la temperatura corporal, etcétera.

Principio de constancia y homeostasis velan en colaboración, con idéntico fin y con técnicas similares, por la mantención de un equilibrio psicofísico indispensable para la conservación de la vida.

Bibliografía sumaria

- Engel, G. L. *Psychological development in health and disease*. Filadelfia, W. B. Saunders, 1962. Capítulo 7, pp. 42-46; capítulo 8, pp. 129-140; capítulo 9, pp. 141-167.
- Fenichel, O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. Nueva York, W. W. Norton, 1945.
- Freud, A. *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Paidós, 1950.

Anexo 4

Planilla de historia del niño*

Apellido y nombre..... Edad
 N° ficha Nacionalidad Sexo
 Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento
 Nombre del padre Ocupación
 Nombre de la madre Ocupación
 Hermanos: nombre y edades(.....)(.....)
(.....)(.....)(.....)
 Domicilio..... Localidad
 Cód. PostalT.E. Del trabajo Dónde dejar un mensaje
 Jardín de infantes Escuela Grado que cursa
 Quién lo refiere
 Por qué razón
 Médico pediatra Dirección.....
 Servicio donde atiende Dirección y horario.....

 Talla..... Peso Constitución

Primer año de vida

Embarazo:.....
 Nacimiento:
 Lactancia: Pecho Cuánto tiempo Mamadera Cuánto tiempo
 Destete: Fácil.....
 Dificil
 Dentición: Fecha salida del primer diente.....¿Hubo molestias?
 ¿De qué tipo?
 Chupete: Usó..... No usó..... Sin nada..... Con azúcar
 Con miel Cuánto tiempo
 Cuándo tomó el primer alimento sólido y cómo
 ¿Bien aceptado?
 ¿Rechazado?
 ¿A qué edad caminó?.....
 Lenguaje: Primeras palabras..... Cuando lo completó
 Enfermedad del primer año de vida.....

* Cátedra de Odontología Integral Niños. FOUBA. Este cuestionario debe completarse a partir del material surgido en las entrevistas.

Antecedentes socioculturales

Composición de la familia

Hermanos: Nombres, edades y relaciones con ellos

.....

.....

Otros miembros de la familia

.....

.....

Entretenimiento y escolaridad:

Cumpleaños, fin de semana, vacaciones, conducta en el jardín de infantes y en la escuela; otros estudios, dibuja, canta, baila, toca algún instrumento, radio, TV, lecturas, deportes, fútbol, animales, etc.

.....

.....

.....

.....

Resumir brevemente la actitud de los padres frente al interrogatorio

.....

.....

.....

Primera visita

Actitud del niño.....

.....

.....

.....

Actitud de los padres

.....

.....

.....

Síntesis de la historia y de la primera visita con el objeto de orientar el tratamiento

.....

.....

.....

.....

.....

Antecedentes médicos**Del niño: Enfermedades**

.....

Apetito: Bueno..... Regular..... Muy poco No tiene.....

Sueño: Cuántas horas Solo..... Trastornos.....

Inyecciones: Ninguna Pocas Muchas

De qué.....

Operaciones:

.....

Operación de amígdala, vegetaciones:

con anestesia general con anestesia local.....

Con somníferos Sin anestesia

Con explicaciones..... Sin explicaciones

Con engaños.....

Reacción del niño.....

.....

Accidentes: Qué clase

.....

Va al médico: Periódicamente Irregularmente.....

Emergencias: Dolor Fiebre..... Otras.....

Actitud del niño frente al médico

.....

Actitud del niño frente a las enfermedades

.....

Del padre:

De la madre:

Observaciones sobre la actitud frente a las enfermedades y el médico.....

.....

.....

.....

Antecedentes odontológicos

Del niño: Atención previa.....

 Periódica
 De emergencia
Actitud del niño frente a la odontología

HABITOS.....
Del padre: Buenos **Regulares**..... **Malos**.....
Caries: Ninguna **Pocas** **Muchas** **Usa prótesis**
Estado periodontal
Actitud del padre frente a la odontología.....

De la madre: Buenos **Regulares**..... **Malos**.....
Caries: Ninguna **Pocas** **Muchas** **Usa prótesis**
Estado periodontal
Actitud de la madre frente a la odontología.....



SUBMODULO

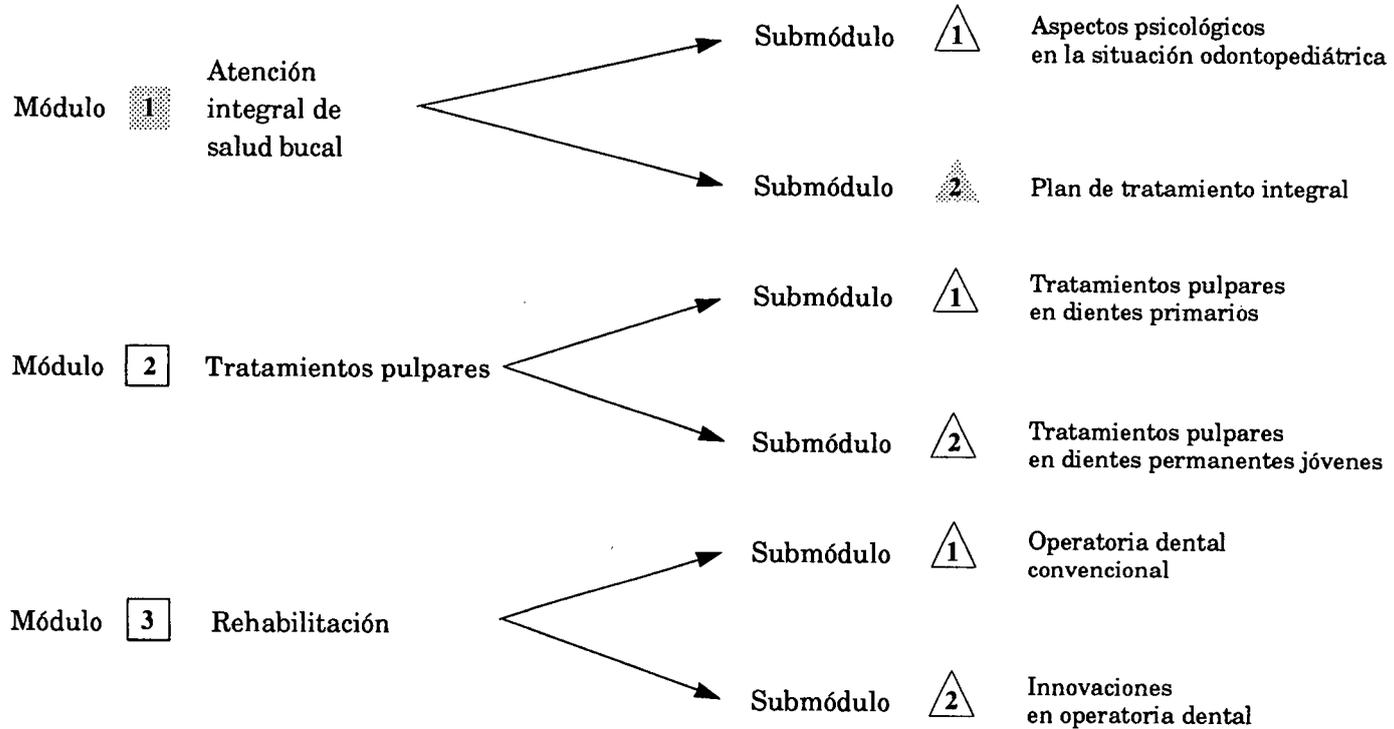
Plan de tratamiento integral

Noemí Bordoni



Curso 2 Odontología integral para niños I

Contenido



Objetivo del curso ②

Programar, ejecutar y evaluar la atención integral de la salud bucal del niño, aplicando un fuerte componente preventivo.

Objetivo del módulo ①

Programar y aplicar actividades clínicas tendientes a la resolución de problemas pulpares en niños.

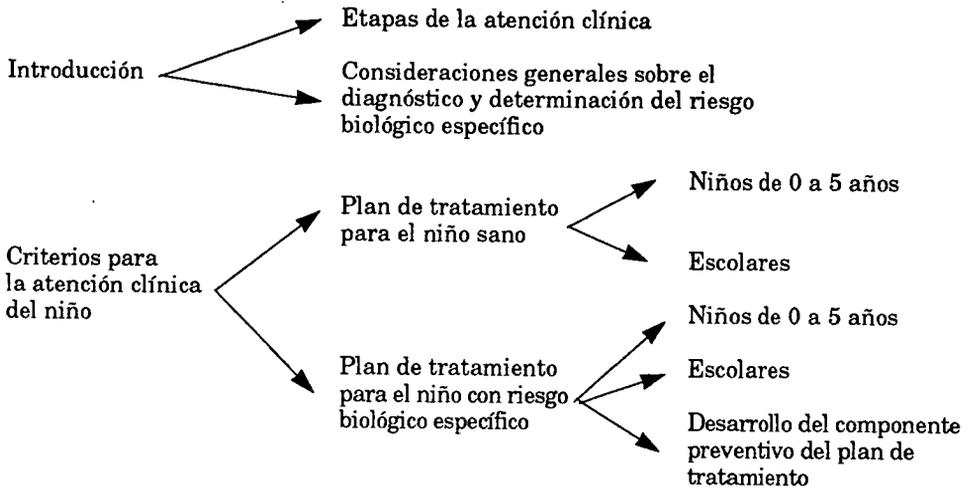
Objetivos del submódulo △
2*Objetivo general:*

Organizar racionalmente las estrategias en términos de actividades, tareas y pasos técnicos, con el propósito de alcanzar un estado de salud bucal aceptable en los niños.

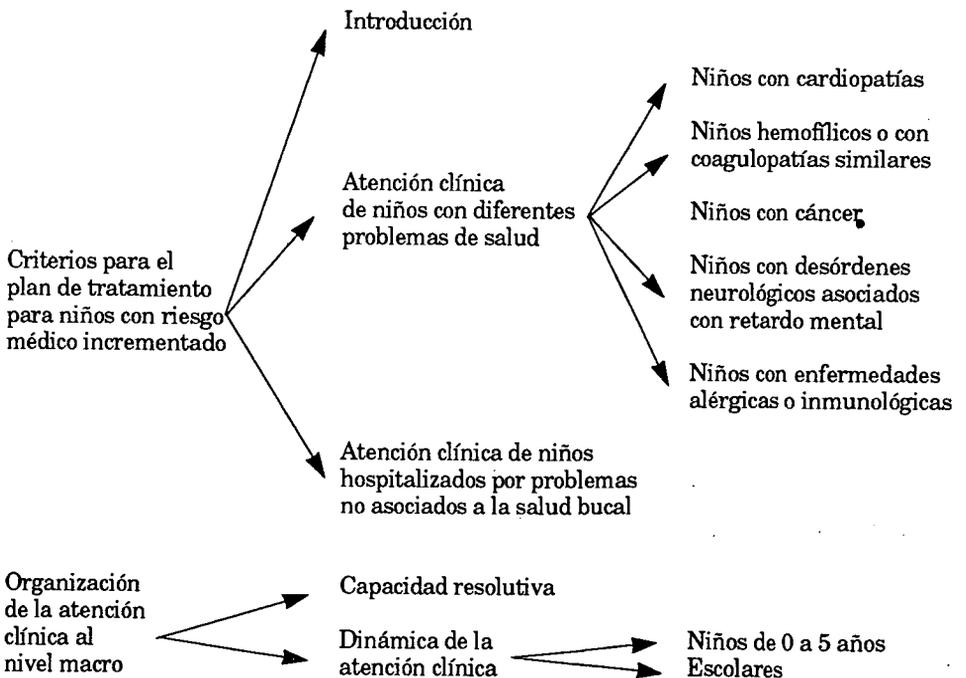
Objetivos específicos:

1. Reconocer las etapas del proceso de atención clínica del niño.
2. Identificar niños sanos o con riesgo biológico específico.
3. Programar la atención clínica de niños sanos o con riesgo cariogénico y periodontopático.
4. Identificar las normas de bioseguridad a aplicar antes, durante y después de ejecutar los procedimientos clínicos.
5. Identificar las actividades y procedimientos adecuados para el tratamiento odontológico de niños con riesgo médico incrementado.
6. Programar la atención clínica del niño hospitalizado con problemas no asociados con la salud bucal.
7. Organizar la atención clínica según la capacidad resolutive.
8. Describir el esquema general de decisiones y la circulación del niño a través de centros de atención con capacidades resolutivas complementarias.
9. Identificar las etapas que garantizan la calidad de la atención clínica.

Diagrama del contenido



Recomendaciones para el control de infecciones en el consultorio odontológico y en el laboratorio dental



Anexo. Flujogramas de procedimientos

OBJETIVO 1

1. Introducción

1.1 Etapas de la atención clínica

La atención de la salud bucal del niño requiere un ordenamiento racional de las acciones a fin de lograr eficacia y eficiencia en el desempeño clínico. Este ordenamiento incluye las siguientes etapas:

1. Propósito
2. Diagnóstico
3. Diseño del plan de tratamiento
 - 3.1 Objetivos
 - 3.2 Estrategias
 - 3.3 Recursos
 - 3.4 Cronograma
 - 3.5 Métodos de evaluación
4. Ejecución
5. Evaluación

El *propósito* de un programa de esta naturaleza es “mejorar” la salud bucal del individuo o población cubierta, lo que significa llevar el estado de salud bucal a un nivel aceptable, como un componente válido de la calidad de vida. Para alcanzar este propósito es necesario conocer el estado de salud-enfermedad basal sobre el que se ejecutarán las acciones, a fin de mantener o recuperar la salud hasta un nivel adecuado.

Establecido el *diagnóstico*, se realiza el *diseño* de las diferentes fases del *plan de tratamiento*; es decir, la selección y priorización de las estrategias en términos de actividades, tareas y pasos clínicos, así como los recursos humanos, materiales y financieros necesarios, el cronograma conveniente y los métodos de evaluación seleccionados.

Con la flexibilidad adecuada, las fases del plan de tratamiento se concretan en la etapa de *ejecución*.

El programa de atención clínica debe incluir la verificación del logro de los objetivos, y el análisis del proceso con que se ha llevado a cabo el plan y del impacto producido en el estado de salud bucal del niño (*evaluación*).

1.2 Consideraciones generales sobre el diagnóstico y determinación del riesgo biológico específico

El *diagnóstico* busca establecer el estado de salud-enfermedad en una persona o población dados. Al considerar el estado de salud-enfermedad

como un proceso continuo (historia natural de la enfermedad) en el cual adquieren importancia los agentes etiológicos *directos e indirectos*, surgen las siguientes consideraciones:

a) El estado de salud-enfermedad de una persona/población puede ser modulado por factores socioeconómico-culturales (indirectos) y biológicos (directos).

b) Las modificaciones del estado de salud-enfermedad determinan la aparición de signos y síntomas observables con diferentes métodos (clínicos, radiográficos, de laboratorio).

c) Una vez establecida la presencia de los factores o signos específicos ubicables en diferentes estadios de la historia natural de la enfermedad, puede establecerse si existe: *salud; riesgo de enfermedad; enfermedad en actividad sin lesión clínica o enfermedad en actividad con lesión clínica* (Cuadro 1).

Cuadro 1. Historia natural de la enfermedad

| | | |
|-------------------------|--|---|
| Salud | | No existen los factores necesarios para que se produzca enfermedad. |
| Riesgo | | Existen los factores necesarios pero no son suficientes para producir enfermedad. |
| Enfermedad en actividad | Sin lesión clínica ↓ — Umbral clínico — ↓ Con lesión clínica | Existen los factores suficientes para que se produzca enfermedad. |

En resumen

- 1º Deben aplicarse las técnicas y criterios diagnósticos para establecer el grado de salud-enfermedad.
- 2º Deben interpretarse los signos hallados.
- 3º Debe establecerse el nivel de salud, riesgo o actividad de enfermedad.

OBJETIVO 2

El diagnóstico de caries y enfermedades periodontales se ha desarrollado en ①①△ y ①①△.

El diagnóstico de los problemas pulpares, periodontales específicos, traumáticos, quirúrgicos y de rehabilitación se incluyen en

②②△ ②②△ ②③△ ②③△ ③①△
 ③②△ ③②△

A efectos de fundamentar las diferencias entre los distintos planes de tratamiento en personas con riesgo o actividad cariogénica y periodontopática se resumen los criterios de riesgo y actividad en los Cuadros 2 y 3.

Los factores sociales, económicos y culturales y las características del sistema de atención de salud, constituyen también determinantes o condicionantes de salud-enfermedad en las poblaciones infantiles.

Igualmente, las condiciones de salud general pueden constituir un factor de riesgo o actividad de enfermedad estomatognático, o, a la inversa, una enfermedad localizada en la boca o su tratamiento puede generar riesgos para la salud general.

Los siguientes objetivos se dirigen a orientar los criterios para concretar un tratamiento adecuado.

Cuadro 2. Interpretación diagnóstica: riesgo cariogénico

| Diagnóstico | Criterio | Riesgo | Actividad |
|-----------------------|-----------------------------|---|------------------------------|
| Placa clínica | O'Leary Löe y Silness | >20% >1 | — |
| Placa laboratorio | Cultivo S. totales | 50 000 a 100 000 col/mm ³ | >100 000 col/mm ³ |
| | Cultivo <i>S. mutans</i> | 1 000 a 20 000 col/mm ³ | >20 000 col/mm ³ |
| Dentario clínico | Mancha blanca | si | si |
| | Cemento descubierto | si | — |
| | Surco profundo | si | — |
| | Cavidad abierta | si | si |
| Dentario radiográfico | Mancha visible | — | si |
| Saliva estimulada | Cantidad | <5 ml/5 min | — |
| Dieta | Frecuencia | >4 veces diarias | — |

Cuadro 3. Interpretación diagnóstica: riesgo periodontopático

| Diagnóstico | Criterios | No riesgo | Riesgo | Actividad |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Placa supragingival | Löe y Silness | <1 | >1 | — |
| Placa subgingival (laboratorio) | Treponemas M.C.O. | 2% | 2-15% | >15% |
| Condicionantes | Cálculos | 0 | 1 | — |
| | Obturaciones desbordantes | 0 | 1 | — |
| Estado gingival | Inflamación (Löe y Silness, 1967) | — | — | >1 |
| | Profundidad de la bolsa | 1 a 4 mm (prox.) 1 a 3 mm (libre) | > 4 mm (prox.) >3 mm (libre) | >3 o 4 mm + hemorragia al sondaje |
| | Nivel de inserción | >1 mm que profundidad de la bolsa | >1 mm que profundidad de la bolsa | >3 o 4 mm de profundidad + >1 mm que profundidad de la bolsa + hemorragia al sondaje |
| Estado evaluado radiográficamente | Pérdida cortical de la cresta | — | Revela historia pasada de enfermedad | |
| | Ensanchamiento periodontal | — | Revela historia pasada de enfermedad | |

Autoevaluación con clave de corrección

Ejercicio 1

Un odontólogo debe atender a dos niños hermanos. Al recibirlos en la consulta, la madre le dice que los lleva para que, a uno de ellos (José), le rehaga un diente que se le rompió al caer de la bicicleta, y para que vea al otro (Enrique), ya que le “nacen los dientes muy torcidos”.

El odontólogo realiza en José la reconstrucción siguiendo los pasos técnicos correctos y en Enrique verifica lo dicho por la madre, recomendándole que lo lleve a un servicio de ortodoncia. Ambos niños tenían caries y les sangraban las encías al cepillarse.

El odontólogo realizó correctamente una técnica y una derivación; sin embargo, no cumplió con los requisitos de una correcta atención clínica integrada.

Identifique los cuatro errores cometidos:

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.
.....

Ejercicio 2

Ordene en secuencia lógica las etapas de la atención clínica integrada colocando el número ordinal al lado de cada etapa:

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| Diseño del plan de tratamiento | <input type="text"/> |
| Evaluación | <input type="text"/> |
| Propósito | <input type="text"/> |
| Diagnóstico | <input type="text"/> |
| Ejecución | <input type="text"/> |

Ejercicio 3

Identifique el nivel de riesgo o actividad de enfermedad:

- a) Atención de salud: en una obra social donde solo hacen extracciones.
- b) Estado de salud:
- Índice de placa: 70%
 - Índice de hemorragia: 0,30
 - Surcos profundos: 1.6; 2.6; 3.6 y 4.6
 - Manchas blancas: 5.3; 1.2; 1.1; 2.1 y 6.3
 - Momentos de consumo de azúcar: 6
 - CPOS: 2 (3.6 y 4.6 en fosa vestibular)
 - ceos: 10 (5.5; 5.4; 6.5; 7.5; 7.4; 8.4 y 8.5)
-
-

Ejercicio 4

María Luz, 14 años

- a) Atención de salud bucal: en un consultorio privado donde nunca tomaron medidas preventivas.
- b) Estado de salud:
- Índice de placa: 75%
 - Índice de hemorragia: 0,90
 - Surcos profundos: en todos los molares
 - Momentos de consumo de azúcar: no consume azúcar por razones dietéticas
 - CPOD: 4 (1.1; 2.1; 1.6 y 2.6)
 - Profundidad de la bolsa: mayor de 3 mm en todos los dientes
 - Descenso de la adherencia: en 1ros. molares y en incisivos inferiores
 - Alteraciones de la cresta ósea en 1^{os}, molares y en incisivos inferiores y superiores
-
-

Ejercicio 5

Luis Alberto, 10 años

- a) Atención de salud: en un centro de salud desde hace 3 años. Le aplican sistemáticamente fluoruros. En la escuela le enseñaron técnicas de higiene bucal.;
- b) Estado de salud bucal:
- Índice de placa: 20%
 - Índice de hemorragia: 0,08%
 - Surcos profundos: no hay
 - CPOS: 4 (todos obturados)
 - Momentos de consumo de azúcar: 4
-

Clave de corrección

Ejercicio 1

1. No realizó el diagnóstico del estado de salud bucal.
2. No diseño el plan de tratamiento.
3. No ejecutó acciones para modificar el nivel de riesgo.
4. No monitoreó el estado de salud de los niños.

Ejercicio 2

- 3
- 5
- 1
- 2
- 4

Ejercicio 3

- Riesgo determinado por el sistema de atención.
- Actividad cariogénica y periodontopática (con lesión clínica).

Ejercicio 4

- Riesgo determinado por el sistema de atención.
- Actividad periodontopática y riesgo cariogénico.

Ejercicio 5

- Sin riesgo ni actividad patogénicos.

OBJETIVO 3**2. Criterios para la atención clínica del niño**

El plan de acción consiste en identificar y priorizar las estrategias en términos de actividades que deberán realizarse, así como las tareas que incluye cada una y eventualmente los pasos técnicos (Cuadro 4). Esta priorización se realiza teniendo en cuenta el riesgo biológico específico.

Cuadro 4. Fases del plan de tratamiento

| Objetivos | Actividades | Tareas |
|---|--|---|
| 1. Resolver las urgencias | Controlar el dolor | Tratamientos pulpares Tratamiento farmacológico |
| | Controlar la infección aguda | Tratamientos pulpares Tratamientos quirúrgicos Terapia antiinfecciosa |
| | Tratar los traumatismos | Tratamientos pulpares |
| 2. Llevar el grado de infección y sus condicionantes a niveles aceptablemente bajos (Unidad boca) | Controlar la placa | Enseñanza de higiene bucal |
| | Inactivar las lesiones activas | Inactivación de las caries amelodentinarias |
| | | Inactivación de las bolsas activas |
| | Modificar los nichos ecológicos | Pulido de restauraciones desbordantes |
| Eliminación de cálculos | | |
| 3. Reforzar el huésped | Remineralizar los tejidos duros del diente | Ingesta de fluoruros |
| | | Aplicación tópica de fluoruro |
| | Mantener la cantidad de saliva | Indicación de saliva artificial o sustitutos |
| | Modificar la morfología | Sellado de surcos profundos |
| 4. Controlar el medio biológico | Racionalizar la ingesta de hidratos de carbono | Asesoramiento dietético |
| | | Indicación de sustitutos |

Cuadro 4. Plan de tratamiento (continuación)

| Objetivos | Actividades | Tareas |
|--|--|--|
| 5. Control de afecciones no prevalentes (unidad: diente o sitio) | Tratar infecciones pulpares, periapicales, periodontales, etc. | Tratamientos endodónticos Tratamientos quirúrgicos Tratamiento |
| 6. Rehabilitar las unidades y el sistema estomatognático | Restituir la integridad coronaria | Rehabilitaciones coronarias |
| | Restituir la integridad de oclusión | Rehabilitaciones protéticas |
| | Prevenir o controlar las alteraciones de la oclusión | Tratamiento de maloclusiones |
| 7. Mantener el nivel de salud logrado | Monitorear sistemáticamente el nivel de salud | Control de higiene bucal |
| | Reforzar sistemáticamente al huésped | Aplicación de fluoruros |

Clave de corrección

| Procedimiento | Orden |
|----------------------|--------------|
| A | 5 |
| B | 7 |
| C | 6 |
| D | 8 |
| E | 11 |
| F | 12 |
| G | 10 |
| H | 2 |
| I | 9 |
| J | 3 |
| K | 4 |
| L | 1 |
| M | 13 |

Las actividades siguientes pueden agruparse a fin de concretar el plan de tratamiento en cinco sesiones:

1º sesión: 1, 2, 4, y 5

2º sesión: 6 y 7

3º sesión: 8 y 9

4º sesión: 11 y 12

5º sesión: 13

La actividad 3 puede realizarse a lo largo del tratamiento.

OBJETIVO 4**2.1 Plan de tratamiento para la atención del niño sano****2.1.1 Destinado a niños de 0 a 5 años**

- Administración de fluoruros por ingesta de acuerdo con el contenido del ión en el agua de consumo.
- Aplicaciones tópicas de fluoruros con frecuencia semestral.
- Sellado de surcos profundos.
- Indicación de cepillo dental o sustituto.
- Enseñanza-aprendizaje de higiene bucal a la madre (si el niño es menor de 3 años) o al niño (si es mayor de 3 años).
- Asesoramiento dietético con referencia a la frecuencia de consumo.

La madre será capaz de:

- Ejecutar las acciones favorables para su desarrollo psicoemocional, respecto de la succión y el amamantamiento.
- Controlar la placa bacteriana desde la aparición del primer diente.
- Racionalizar la ingesta de hidratos de carbono.
- Suministrar fluoruros por ingesta de acuerdo con el contenido del ión en el agua de consumo.
- Seleccionar el chupete adecuado y la tetina recomendable para el biberón.

2.1.2 Destinado a escolares

- Indicación de fluoruros por ingesta, de acuerdo con el contenido del ión en el agua de consumo.
- Aplicación de fluoruros tópicos con frecuencia semestral.
- Sellado de surcos profundos.
- Enseñanza-aprendizaje de higiene bucal.
- Asesoramiento dietético con referencia a la frecuencia del consumo (< 4 por día).
- Control del recambio dentario, secuencia y cantidad de dientes.

2.2 Plan de tratamiento para la atención del niño con riesgo biológico específico

2.2.1 Destinado a niños de 0 a 5 años

a) Riesgo cariogénico

Resolver urgencias

- Control de problemas pulpares.
- Resolución de traumatismos.
- Control de hemorragias.
- Control de problemas de erupción.

Aplicar el programa preventivo

Controlar infección cariogénica

- Enseñanza-aprendizaje de higiene bucal a la madre (si el niño es menor de 3 años) o al niño (si es mayor de 3 años).
- Inactivación de caries.
- Pulido de obturaciones desbordantes.

Reforzar el huésped

- Administración de fluoruros por ingesta de acuerdo con el contenido del ión en el agua de consumo.
- Aplicación tópica de fluoruros (mayor de 2 años) con frecuencia trimestral.
- Aplicación tópica adicional de fluoruros para remineralización de manchas blancas.
- Sellado de surcos profundos (mayor de 2 años).

Controlar el medio

- Asesoramiento dietético (frecuencia, tipo y oportunidad del consumo de azúcares).

Controlar afecciones no prioritarias

(unidad diente o sitio)

- Tratamientos endodónticos y/o quirúrgicos.
- Tratamientos clínicos, quirúrgicos o ambos, de problemas óseos y/o mucosos.

Rehabilitar

- Restauraciones
- Rehabilitación protética

Mantener el estado aceptable de salud

- Control trimestral.
- Aplicación del programa preventivo trimestral hasta la disminución del riesgo cariogénico.

Los criterios para la resolución de urgencias pueden consultarse en:

② ② △

③ ① △

③ ① △

③ ② △

b) Riesgo periodontopático**Resolver urgencias**

- Control de problemas pulpares.
- Control de problemas de erupción.
- Resolución de hemorragia.
- Control de hemorragias.

Controlar la infección periodontopática

- Enseñanza-aprendizaje de higiene bucal a la madre (si el niño es menor de 3 años) o al niño (si es mayor de 3 años).
- Eliminación de factores retentivos de placa.
- Apoyo antiséptico o antibiótico (excepcional).

+

Programa preventivo convencional.

Controlar afecciones no prioritarias

(unidad diente o sitio)

- Tratamientos endodóntico, quirúrgico, o ambos.
- Tratamientos clínicos, quirúrgicos o ambos, de problemas periodontales, óseos y/o mucosos.

Rehabilitar

- Restauraciones.
- Rehabilitación protética.

Mantener el estado aceptable de salud

- Control trimestral.
- Aplicación del programa preventivo.

2.2.2 *Destinado a escolares*

a) Riesgo cariogénico

Resolver urgencias

- Control de problemas pulpares.
- Control de problemas periodontales.
- Resolución de traumatismos.
- Control de hemorragias.
- Resolución de problemas estéticos.

Aplicar el programa preventivo específico

Controlar la infección cariogénica

- Enseñanza-aprendizaje de higiene bucal.
- Inactivación de caries.
- Pulido de obturaciones desbordantes.

Reforzar el huésped

- Administración de fluoruros por ingesta de acuerdo con el contenido del ión en el agua de consumo.
- Aplicación tópica de fluoruros con frecuencia trimestral.
- Aplicación tópica adicional de fluoruros para remineralización de manchas blancas.
- Sellado de surcos profundos.

Controlar el medio

- Asesoramiento dietético (frecuencia, tipo y oportunidad del consumo de azúcares).

Controlar afecciones no prioritarias

(unidad diente o sitio)

- Tratamientos endodónticos, quirúrgicos o ambos, de problemas óseos o mucosos.

Rehabilitar

- Restauraciones con materiales plásticos y rígidos.
- Control de la oclusión.

Mantener el estado aceptable de salud

- Control trimestral.
- Aplicación del programa preventivo trimestral hasta la disminución del riesgo cariogénico.

*b) Riesgo periodontopático***Resolver urgencias**

- Control de problemas periodontales.
- Control de problemas pulpares.
- Resolución de traumatismos.
- Control de hemorragias.
- Resolución de problemas estéticos.

Aplicar el programa preventivo específico**Controlar infección periodontopática**

- Enseñanza-aprendizaje de higiene bucal.
- Raspaje supragingival y pulido de superficies dentarias.
- Raspaje subgingival y alisado radicular.
- Apoyo antiséptico, antibiótico, o ambos.

Reforzar el huésped

- Administración de fluoruros por ingesta de acuerdo con el contenido del ión en el agua de consumo.
- Aplicación tópica de fluoruros con frecuencia semestral.
- Aplicación tópica adicional de fluoruros para remineralización del cemento descubierto.
- Sellado de surcos profundos.

Controlar el medio

- Asesoramiento dietético (frecuencia, tipo y oportunidad del consumo de azúcares).

Controlar afecciones no prioritarias

(unidad diente o sitio)

- Tratamientos periodontales clínico-quirúrgicos.
- Tratamientos clínicos, quirúrgicos, o ambos, de problemas dentarios, óseos o mucosos.

Rehabilitar

- Restauraciones.
- Control de la oclusión.

Mantener un estado aceptable de salud

- Control bimestral.
- Aplicación del programa preventivo.

Los flujogramas de los procedimientos clínicos enumerados en ② ② △ y ② ② △ se incluyen en el Anexo.

2.2.3 Disponibilidades clínicas para desarrollar el componente preventivo del plan de tratamiento

Los planes de tratamiento desarrollados incluyen un componente preventivo que se regula según el riesgo biológico de la persona.

El Cuadro 5 sistematiza la frecuencia aconsejable para la ejecución de técnicas de higiene bucal.

Cuadro 5. Frecuencia de higiene bucal según el nivel de riesgo

| Actividades | Riesgo | | Frecuencia recomendada |
|-------------------|--------|------------------|--|
| Control de placa: | Bajo | | 1 vez por día |
| Higiene bucal | Alto | Cariogénico | 1 vez por día, si hay 4 momentos de consumo de azúcares Aumentar un cepillado después de cada consumo adicional de azúcar |
| | | Periodontopático | 1 vez por día |

El Cuadro 6 sistematiza los ejes hacia donde debe centrarse el asesoramiento dietético según el nivel de riesgo.

Cuadro 6. Asesoramiento dietético según el nivel de riesgo

| Actividades | Riesgo | Ejes del asesoramiento dietético |
|---|--------|--|
| Racionalización de la ingesta de hidratos de carbono: asesoramiento dietético | Bajo | Frecuencia: < de 4 consumos diarios |
| | Alto | Frecuencia: < de 4 consumos diarios |
| | | Oportunidad: solo en las comidas principales |
| | | Tipo: eliminar los más adhesivos |
| | | Cantidad: indicar sustitutos |

Los Cuadros 7 y 8 resumen las disponibilidades clínicas para seleccionar e indicar diferentes tipos de fluoruros tópicos a las personas con distinto nivel de riesgo cariogénico.

Para niños con bajo riesgo se seleccionará uno de los tipos disponibles de alta concentración y aplicación semestral (por ejemplo: gel de fluorofosfato de sodio acidulado con pH 3,5 y una concentración de 1,23% de ión fluoruro) y se indicará la aplicación de otro tipo de compuesto fluorado de baja concentración (por ejemplo: enjuagatorios diarios empleando FNa al 0,05%.)

En niños con alto riesgo o actividad cariogénica se deberá modificar la frecuencia de la aplicación del fluoruro de alta concentración y aplicar medidas adicionales. (Por ejemplo: ejecutar trimestralmente la aplicación de gel de fluorofosfato de sodio acidulado con un pH de 3,5 e indicar el autoaplicado diario con fluorofosfato de sodio acidulado con un pH 5,6 y una concentración de 0,45% de ión fluoruro durante 30 ó 40 días.

Cuando el niño "sale" de la situación de riesgo o actividad cariogénica debe retomarse el régimen recomendado para el niño sano.

Cuadro 7. Disponibilidad de fluoruros tópicos para niños de bajo riesgo cariogénico

| Concentración | Compuesto | pH | Aplicación | Frecuencia |
|---------------|-------------------------------------|-----|--------------------------|------------|
| Alta | FNa 2% | 7 | Profesional | Semestral |
| | 5% | 7 | | |
| | SnF ₂ 8-10% | 2,5 | Sistemática | Semestral |
| | FFa 1,23% | 3,5 | Profesional | Semestral |
| | FFa 1% | 5,6 | Autoaplicado sistemático | Semanal |
| Baja | FNa 0,2% | 7 | Controlado sistemático | Semanal |
| | FNa 0,05% | 7 | Autoaplicado sistemático | Diario |
| | SnF ₂ 0,4% +FFa 0,31% | — | Según indicación | Diario |

Cuadro 8. Disponibilidades de fluoruros tópicos para niños de alto riesgo cariogénico

| Concentración | Compuesto | | pH | Aplicación | Frecuencia |
|---------------|--------------------------|-------|-----|----------------------------|--|
| Alta | FNa | 2% | 7 | Profesional, sistemática | Trimestral |
| | | 5% | 7 | Profesional, asistemática | Mensual por 3 meses |
| | SnF ₂ | 8-10% | 2,5 | Profesional sistemática | Trimestral |
| | FFA | 1,23% | 3,5 | | |
| | FFA | 1% | 5,6 | Autoaplicado, asistemático | Diario por 40 días |
| | NH ⁺ FAg | 38% | — | Profesional, asistemática | Hasta 3 aplicaciones |
| Baja | FNa | 0,2% | 7 | Autoaplicado, sistemático | Semanal |
| | FNa | 0,05% | 7 | Autoaplicado, sistemático | 2 veces por día |
| | Soluciones calcificantes | 1ppm | 7 | Autoaplicado | Diario |
| | SnF ₂ | 1,64% | - | Profesional, asistemático | Irrigación semanal en bolsa (para riesgo periodontopático) |

El uso sistemático de dentífrico con control de calidad es un recurso útil para el control de caries dental. Los fluoruros por ingesta se deben recomendar en los casos en que el ión no se encuentre en el agua o sal de consumo. La dosis indicada se resume en el Cuadro 9.

Cuadro 9. Fluoruros por ingesta

| Edad (en años) | Cantidad de ión F ⁻ en agua de consumo | | |
|-------------------|---|------------------|---------------|
| | 0-0,2 ppm | 0,3 - 0,7 ppm | de 0,7 ppm |
| 0 - 2 | 0,225 mg | - | - |
| 2,1 - 3 | 0,5 mg | 0,225 mg | - |
| 3,1 a 14 | 1 mg | 0,5 mg | - |

Lecturas recomendadas

PRECONC: ① ③ △

Wei, S. Clinical use of fluoride
Filadelfia, Lea & Febiger, 1985

Autoevaluación con clave de corrección

Ejercicio 1

Sugiera, en el servicio donde trabaja o en la institución profesional a la que concurre, la realización de una reunión de trabajo para discutir los planes de tratamiento que se aplican en los niños.

Recuerde la importancia del *diagnóstico*; de la *determinación del nivel de riesgo biológico y social*; del *diseño correcto del plan de tratamiento*; del *componente preventivo recomendable según el nivel de riesgo identificado* y de *frecuencia de los controles en salud*.

Recuerde que las conclusiones del taller pueden discutirse como parte de la tutoría de este programa.

Ejercicio 2

Seleccione 10 fichas de sus pacientes niños y realice *por escrito* el análisis crítico del plan de tratamiento aplicado

¿Tiene dudas? ¿Encontró errores?

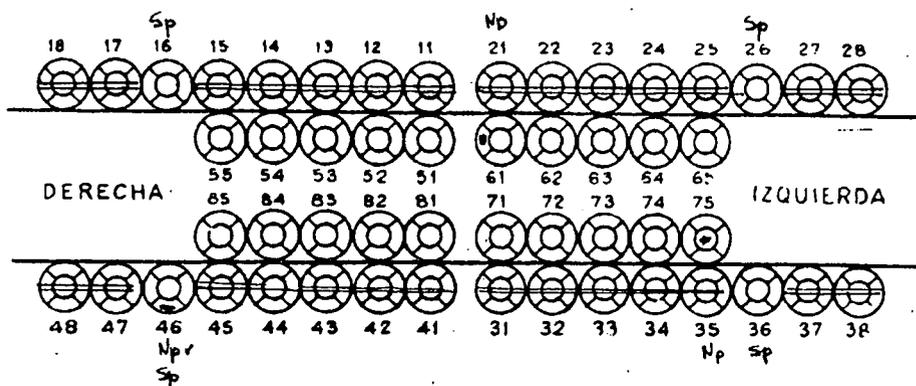
Ejercicio 3

Acuerde con un colega la realización del siguiente ejercicio:
Sobre la documentación diagnóstica de tres pacientes niños realicen individualmente el diseño de los planes de tratamiento. Luego, contrasten las propuestas, discutan y fundamenten los desacuerdos y traten de alcanzar una decisión común.

Si no logran acuerdos o existen dudas, pueden discutirlo en la tutoría

Ejercicio 4

Niña: María Luz S.



María Luz tiene 6 años recién cumplidos.

Historia de interés:

Es la mayor de dos hermanas. Concorre a la consulta porque deberá comenzar el colegio. Previamente, la madre había consultado a un odontólogo que le dijo que no había "nada que hacer, porque no tenía nada". El padre es ingeniero. La madre es profesora, pero no ejerce su profesión.

Historia médica:

Solo resfríos o anginas. Consulta al médico dos o tres veces por año para control.

Historia odontológica:

Consulta previa sin atención preventiva. Nunca tuvo dolor dentario.

Estado de salud

Se registra en el diagrama. La caries en a se confirma por radiografía. Es una lesión amelodentinaria.

Índice de placa: 40%

Índice de hemorragia: 0,10

Le cepilla los dientes la madre, pero no todos los días. Nunca tomó fluoruros.

Vive en la Capital Federal (0 ppm F).

Momentos de consumo de azúcar: 6 diarios (consume Coca Cola y golosinas en el jardín de infantes).

Indique plan de atención clínica teniendo en cuenta el nivel de riesgo socioeconómico-cultural y biológico.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

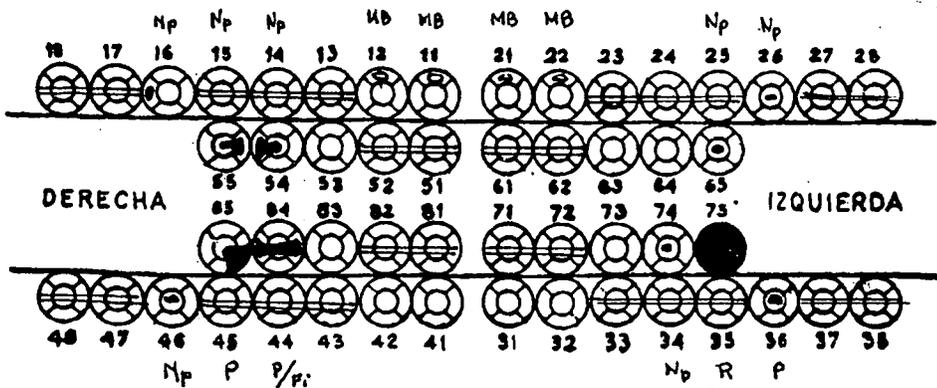
.....

.....

.....

Ejercicio 5

Niño: Carlos



(Diagnóstico confirmado radiográficamente.

Carlos tiene 8,5 años. Vive en el Gran Buenos Aires. Asiste al colegio pero, aunque le avisaron que debía concurrir al odontólogo en 1º y 2º grado, nunca lo hizo. Concorre por una urgencia de dolor en la zona inferior derecha. Lo traen desde el colegio, que queda a cinco cuadras del lugar de atención.

Historia de interés:

Tiene dos hermanos menores (6 y 5 años). Sus padres están separados. La madre trabaja. Tiene dificultades escolares. Vive a 30 cuadras del lugar de atención.

Clave de corrección

Los ejercicios 1, 2 y 3 no tienen clave de corrección.

Ejercicio 4

En consulta diagnóstica

- 1) Motivación.
- 2) Asesoramiento dietético.
- 3) Indicación de tipo de cepillo.
- 4) Presentación del plan de atención.

1ª consulta

- 1) Enseñanza de higiene bucal a la madre y a la niña.
- 2) FFA. Indicaciones de comprimidos de F^o y de enjuagatorios diarios.

2ª consulta

- 4.6 Tratamiento de caries. Resina preventiva + sellador.
- 8.5 Sellador.

3ª consulta

- 7.5 Tratamiento de caries. Resina preventiva + sellador.
- 3.6 Tratamiento de caries. Resina preventiva + sellador.

4ª consulta

- 1.6 Sellador.
- 2.6 Sellador.
- 6.5 Tratamiento de caries. Composite. Volver a citar a los 6 meses.

Ejercicio 5

- 1) Nivel de riesgo socioeconómico-cultural: ALTO

1.1 Factores sociales:

- a) No hay educación para la salud.
- b) Existen dificultades familiares.
- c) No se usa la cobertura de salud.

1.2 Factores físicos:

- a) Centros de salud inaccesibles.
- b) No hay aguas fluoradas ni sustitutos.

- 2) Nivel de riesgo biológico: ALTO.

2.1 Atención de salud: circunstancial o nula.

2.2 Estado de salud:

I. de placa 60%

I. Hemorragia 0.75

CPOD 5* CPOS 6*

ceos 7*/17*

Momentos de consumos de azúcar: entre 6 y 8.

3) Plan de tratamiento**1ª consulta: tratar la urgencia**

1) 8.5 FC e IRM (A. Regional).

2) 4.6 Inactivación con IRM o similar.

7.4 Inactivación con IRM o similar.

3) Se indica a la maestra que lo acompaña que traiga el cepillo para la siguiente consulta.

2ª consulta: inactivar la boca y reforzar el huésped

1) 1.6; 5.5; 6.4; 6.5 Inactivación de caries

2) 2.1 Tratamiento de caries. Composite

3) Enseñanza de higiene bucal.

4) Aplicación de FFA al 1,23% o FNa (barnizar al 5%).

3ª consulta: controlar la infección

1) 3.6 Biopulpectomía parcial o total según posibilidades.

2) 4.6. y 3.6 Adaptación de coronas para Mershon soldado o impresión para prótesis inferior.

4ª consulta: controlar la infección

1) 8.4 Extracción

2) 7.5 Extracción

3) Colocación Mershon soldado con coronas en 4.6 y 3.6. (Alternativa: colocación de prótesis de acrílico con ganchos en 4.6 y 3.6).

4) Se indica autocepillado con FFA pH 5,6 durante 40 días.

5) Control de higiene bucal.

6) Citar cada tres meses.

Acción colateral: Definir un área programática del hospital y proponer un programa escolar para ejecutar en la escuela.

OBJETIVO 5**3. Recomendaciones para el control de infecciones en el consultorio odontológico y en el laboratorio dental**

La profesión odontológica está expuesta a una amplia variedad de microorganismos presentes en la sangre y saliva de los pacientes. Estos microorganismos pueden causar infecciones comunes tales como resfrío, neumonía, tuberculosis, herpes, hepatitis B y SIDA. El empleo de procedimientos efectivos para el control de infección y de precauciones universales en el consultorio y el laboratorio odontológico previene la contaminación cruzada que puede extenderse al odontólogo, a su grupo, a técnicos y a pacientes.

La Asociación Dental Americana ha propugnado el uso de procedimientos para control de infección desde hace muchos años.

Las publicaciones disponibles son:

- Hechos sobre SIDA para el equipo odontológico.
- Monografía sobre seguridad y control de infección.
- Control de infección en el medio ambiente odontológico.
- Manual de acuerdos de la ADA.
- Administración de salud y seguridad ocupacional: ¿qué debe saber?

Los informes están basados sobre las recomendaciones del Centro de Control de enfermedades y otras publicaciones de la literatura médica y odontológica.

Las recomendaciones han sido aceptadas por el Consejo de Materiales Dentales, instrumentos y equipos; por el Consejo de Terapéutica Dental; por el Consejo de Investigación Dental y por el Consejo de Práctica Dental.

Los Consejos urgen a profesionales y laboratorios a cumplir con las prácticas de control de infecciones. En algunos países sus recomendaciones se han convertido en leyes.

La ADA ha publicado los estándares de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional a fin de favorecer la seguridad para todos.

La Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires ha publicado las "Normas de bioseguridad".

Ud. puede solicitarlas como parte de su tutoría

Autoevaluación sin clave de corrección**Ejercicio 1**

Anote en hilera todos los elementos que emplea para realizar una restauración en diente posterior.

Luego identifique (por escrito) dos procedimientos de esterilización recomendables en cada caso.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ejercicio 2

Describa los diferentes métodos de barrera y los recaudos para mantener su efectividad.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Controle sus respuestas en la bibliografía sobre el tema que ha consultado en el último año

Mencione la cita

.....

OBJETIVO 6**4. Criterios a tener en cuenta en el plan de tratamiento destinado a niños con riesgo médico incrementado****4.1 Introducción**

El problema para el odontopediatra o el práctico general que atiende niños es identificar y tratar a niños comprometidos médicamente a través de intervenciones adecuadas. La identificación de los problemas puede surgir de la entrevista pero, a veces, es necesario recurrir a información técnica vinculada con algún problema de salud, la que solo pueden proporcionar un médico o institución de salud. El odontólogo no necesita diagnosticar la condición médica del niño, pero debe conocer certeramente los riesgos a que puede estar sometido a fin de tomar las decisiones oportunas y con la anticipación suficiente para concretar la atención clínica con la máxima seguridad. Además, debe estar preparado para reconocer las manifestaciones bucales de los estadios incipientes de enfermedades generales para realizar el diagnóstico precoz. Los pasos para establecer condiciones favorables para la atención odontológica de un niño con riesgo médico son:

I. Obtención de datos basales respecto a:**I.1 Historia del niño.**

- a) Salud de los grandes sistemas orgánicos.
- b) Medicaciones previas.
- c) Hospitalización o intervenciones quirúrgicas.
- d) Historia médica familiar.
- e) Historia socioeconómica.

I.2 Exámenes

- a) Evaluación física general.
- b) Aspecto general del paciente.
- c) Examen extrabucal.
- d) Examen intrabucal.
- e) Examen radiográfico.
- f) Exámenes auxiliares de laboratorio.

II. Determinación del diagnóstico.**III. Diseño del plan de tratamiento.**

Cuando se diseña un plan de tratamiento, se debe tener en cuenta que el niño con problemas de salud general puede ofrecer características que exigen flexibilizar la secuencia elegida. Esta asociación entre el estado de salud y el plan de tratamiento bucal está determinada por las siguientes causas, que pueden ser únicas o múltiples:

- a) La enfermedad o incapacidad, o el tratamiento de la enfermedad

o incapacidad, aumentan directamente los problemas de salud bucal.

- b) La enfermedad bucal o su tratamiento determinan un agravamiento de la enfermedad o incapacidad.
- c) La enfermedad o incapacidad modula el tratamiento de los problemas de salud bucal por:
 - disminución de la capacidad para demandar asistencia;
 - dificultad para realizar tratamientos bucales;
 - intolerancia al tratamiento;
 - tratamiento muy costoso o prolongado.

En muchas circunstancias, el niño con ciertas minusvalías desarrolla capacidades especiales compensatorias. Es importante que el equipo de salud reconozca y estimule las condiciones personales, familiares o comunitarias que pueden favorecer su calidad de vida.

IV. Determinación del pronóstico.

Todos los factores enunciados permiten hacer un pronóstico respecto del logro de objetivos planteados en el plan de tratamiento. Bricker y Langlais emplean en la clínica un formulario de pronóstico total que resulta de los siguientes factores:

- capacidad del paciente;
- salud sistémica;
- estructuras de soporte;
- estado dentario;
- relación entre las expectativas de la familia y el plan de tratamiento propuesto;
- otros.

Para la operacionalización del plan de atención clínica odontológica de niños con riesgo médico incrementado resulta imprescindible el abordaje en equipo.

Brill define un equipo como “un grupo de personas, cada una de las cuales es responsable de la toma de decisiones individuales, pero que juntas tienen un propósito común y que interactúan comunicándose, colaborando y consolidando conocimientos desde que los planes se elaboran y se determinan las acciones, hasta influir en decisiones futuras.”

La dinámica de la interacción profesional puede realizarse de diferentes modos:

- Práctica individual.
- Práctica de consulta.
- Práctica entre pares.
- Servicios multidisciplinares.
- Servicios transdisciplinares.
- Prácticas colaborativas.

En líneas generales, la atención de niños con riesgo médico incrementado puede realizarse:

- a) En el consultorio o servicio de salud bucal.
- b) En el domicilio del niño.
- c) En la institución donde reside.

Lectura recomendada: Brill, N. (1976). *Teamwork: Working together in the human services*. Filadelfia, J. B. Lippincott Co.

A continuación, se desarrollarán los criterios que deben tenerse en cuenta para elaborar el plan de tratamiento destinado a los niños con riesgo médico incrementado de observación más frecuente.

4.2 Criterios para la atención clínica de los niños con diferentes problemas de salud general

4.2.1 Criterios para la atención clínica de niños con cardiopatías

Aproximadamente 8 de cada 1000 niños nacidos vivos tienen defectos cardíacos congénitos o adquiridos. Algunos presentan más probabilidades de desarrollar endocarditis bacteriana, la que todavía registra un alto índice de mortalidad. La frecuencia del origen dentario de la endocarditis bacteriana oscila entre 5 y 15% de los casos. Existen muchos estudios referidos a bacteriemias asociadas con procedimientos odontológicos, pero pocos acerca de la salud bucal de los niños.

Aun en países donde la aplicación masiva e individual de medidas preventivas de caries dental condujo a una reducción importante de su prevalencia, faltan programas específicos de protección para estos niños, razón por la cual se convierten a la vez en pacientes de riesgo cariogénico o periodontopático.

Pollard y Curzon informaron que la experiencia de caries de un grupo de niños con defectos cardíacos fue significativamente mayor que la de un grupo control de niños sanos.

Por lo tanto, al diseñar el plan de atención clínica de niños con defectos cardíacos resulta útil recalcar el componente preventivo con el propósito de controlar esta probabilidad de enfermedad bucal. Este componente incluye los siguientes procedimientos:

- I Control de la infección cariogénica y periodontopática
 - a) Control de placa mediante higiene bucal
 - b) Inactivación de caries
 - c) Control de cálculos supragingivales
- II Refuerzo del huésped
 - a) Uso sistemático de fluoruros
 - b) Empleo de selladores en fosas y fisuras oclusales profundas
- III Racionalización de la ingesta de hidratos de carbono
 - a) Asesoramiento dietético
- IV Monitoreo en salud

Por otro lado, el odontólogo debe conocer los riesgos generales que pueden desencadenar sus procedimientos y tomar las decisiones oportunas para la prevención de complicaciones.

La endocarditis bacteriana solo puede ocurrir cuando se produce una bacteriemia. Las bacterias que penetran al torrente sanguíneo pueden alojarse en una válvula dañada o en el endocardio cercano a un defecto. Algunos procedimientos odontológicos presentan mayor probabilidad de producir bacteriemias, y ciertas especies de microorganismos causan la mayoría de los casos de endocarditis. Estos microorganismos son *estreptococos alfa hemolíticos* especialmente *S. viridans*. La profilaxis antibiótica debe estar específicamente dirigida a ellos.

La American Heart Association ha seleccionado las condiciones cardíacas que exigen la indicación de medidas profilácticas para procedimientos en boca y vías aéreas superiores (Cuadro 10).

Cuadro 10. Condiciones cardíacas

| Con profilaxis recomendada | Sin profilaxis recomendada |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Prótesis valvulares cardíacas incluyendo bioprótesis y válvulas homógrafas. 2) Endocarditis bacteriana previa aun en ausencia de enfermedad cardíaca. 3) Cirugía reconstructora de los fistulas sistémico-pulmonares. 4) Malformaciones cardíacas congénitas. 5) Fiebre reumática u otra disfunción valvular aun después de cirugía valvular. 6) Cardiomiopatía hipertrófica. 7) Prolapso de la válvula mitral. | <ol style="list-style-type: none"> 1) Defecto septal aislado. 2) Reparación quirúrgica sin efecto residual: de defectos septales secundarios; de defectos septales ventriculares; de ductos arteriosos. 3) Cirugía de <i>by pass</i> coronario previo. 4) Prolapso de la válvula mitral sin regurgitación valvular. 5) Soplos cardíacos funcionales o inocentes. 6) Enfermedad de Kawasaki sin disfunción valvular. 7) Fiebre reumática previa sin disfunción valvular. 8) Defibriladores implantados o marcapasos cardíacos. |

También se identificaron los procedimientos odontológicos en los que se recomienda la aplicación de regímenes profilácticos (Cuadro 11).

Algunos estudios sugieren que la eliminación de bacterias en la encía, previa al tratamiento odontológico, provee cierta protección contra la bacteriemia. Sin embargo, la misma irrigación gingival, el pasaje de hilo o el cepillado pueden inducir bacteriemias.

Cuadro 11. Procedimientos odontológicos

| Con profilaxis recomendada | Sin profilaxis recomendada |
|--|---|
| 1) Procedimientos que determinan sangrado de mucosa incluyendo limpieza profesional. 2) Intervenciones quirúrgicas incluyendo mucosa respiratoria. 3) Incisión y drenaje de tejidos infectados. 4) Infecciones interligamentosas. | 1) Procedimientos que no generan sangrado. 2) Anestesia local. 3) Inserción de nuevas dentaduras. 4) Exfoliación de dientes primarios. |

Los Cuadros 12 (a y b) y 13 (a, b, c y d) sistematizan los regímenes profilácticos recomendados por el Council on Dental Therapeutics y la American Heart Association para niños con riesgo de desarrollar endocarditis bacteriana.

Cuadro 12. Regímenes profilácticos estándares para profilaxis de complicaciones frente a procedimientos en boca o vías aéreas superiores

| | | | |
|---|--------------------------------|-------------|--|
| a) Para pacientes que pueden tomar amoxicilina/penicilina | | | |
| | amoxicilina* | 3,0 g oral: | 1 hora antes del procedimiento y |
| | | 1,5 g oral: | a las 6 horas después de la dosis inicial. |
| b) Para pacientes alérgicos a amoxicilina/penicilina | | | |
| 1ª opción | Eritromicina* (etilsuccinato): | 800 mg | Administración oral 2 horas antes del procedimiento y 1/2 dosis 6 horas después de la dosis inicial. |
| | Eritromicina* (estearato): | 1,0g | |
| 2ª opción | Clindamicina* | 300 mg: | 1 hora antes del procedimiento y 6 horas después de la dosis inicial. |
| | | 150 mg: | |

* Dosis pediátrica:

Amoxicilina: 50 mg/kg de peso.

Clindamicina: 30 mg/kg de peso.

Cuadro 13. Regímenes alternativos recomendados para profilaxis de complicaciones frente a procedimientos en boca o tracto respiratorio superior

| |
|---|
| <p>(a) Para pacientes de riesgo estándar que no pueden tomar medicación por vía oral</p> <p>Ampicilina 2 g (intravenosa o intramuscular), 30 minutos antes del procedimiento y 1 g (intravenosa o intramuscular), 6 horas después de la dosis inicial.</p> <p>Esta última dosis puede reemplazarse por 1,5 g de amoxicilina oral a las 6 horas de la dosis inicial.</p> |
| <p>(b) Para pacientes alérgicos a la ampicilina/amoxicilina/penicilina</p> <p>Clindamicina: 300 mg (intravenosa), 30 minutos antes del procedimiento y 150 mg (intravenosa) a las 6 horas de la dosis inicial.</p> |
| <p>(c) Para pacientes de alto riesgo en quienes se desea emplear la vía parenteral</p> <p>Ampicilina: 2 g (intravenoso o intramuscular) <i>más</i> Gentamina: 1.5 mg/kg (no más de 80 mg) Amoxicilina: 1/2 hora antes del procedimiento, y 1,5 g, 6 horas después de la dosis inicial.</p> <p>Alternativamente, el régimen parenteral puede repetirse 8 horas después de la dosis inicial</p> |
| <p>(d) Para pacientes alérgicos a amoxicilina/ampicilina/penicilina considerado de alto riesgo.</p> <p>Vancomicina 1 g intravenosa administrada 1 hora antes del procedimiento No repetir la dosis.</p> |
| <p>* Dosis pediátrica</p> <p>Amoxicilina: 50 mg/kg de peso Eritromicina (succinato o estearato): 20 mg/kg de peso Clindamicina: 30 mg/kg de peso</p> |

Cuando existen infecciones polimicrobianas resulta útil asociar las aminopenicilinas (ampicilina y amoxicilina) con inhibidores de la β lactamasa (ácido clavulánico y sulbactam unidos respectivamente a las mencionadas).

Bibliografía recomendada

- Baumgartner, J. C., Heggors, J. P. y Harrison, J. W. 1987. Incidence of bacteremias related to endodontic procedures. *J. of Endodontics*. 3:399-402.
- Goodman. 1981. Dental treatment of children with congenital heart disease. *Proceedings of the British Paedodontic Society*. 11:15-17.
- Harvey W. P. y Capone M. A. 1961. Bacterial endocarditis related to cleaning and filling teeth. *American Journal of Cardiology*. 7:793-798.
- Pogrel, M. A. y Welsby P. D. 1975. The dentist and prevention of infective endocarditis. *British Dental J.* 139:12-16.
- Pollard, N. A. y Curzon, M. E. J. 1992. Dental health and salivary *S. mutans* levels in a group of children with heart defects. *Int. J. of Paediatric Dentistry* 2:81-85.
- Scully C y Cawson, R.A. 1987. *Medical problems in dentistry*. 2ª ed. Bristol. Wright. 2: 36-71.
- Wright, A. J. y Wilkowske C. J. 1991. The Penicillins. *Mayo Clin. Prec.* 66:1047-62.

4.2.2 Criterios para la atención de niños hemofílicos o con coagulopatías similares

La identificación de problemas sanguíneos en el niño paciente odontológico es a menudo precipitada por alguna forma de intervención quirúrgica en boca (extracción u otra). Para prevenir complicaciones resulta conveniente comprender los mecanismos básicos de la hemostasis normal y de los desórdenes sanguíneos y contar con el asesoramiento de un hematólogo competente.

Aunque la boca es una de las regiones más vascularizadas del cuerpo humano, no son frecuentes las hemorragias no controlables. La mayoría de las hemorragias bucales son el resultado de traumas accidentales o quirúrgicos y están limitadas por mecanismos hemostáticos. No obstante, si un niño presenta en su historia un episodio de hemorragia prolongada, aun cuando generalmente sea el resultado de una patología bucal preexistente o de una técnica quirúrgica defectuosa, debe profundizarse en el diagnóstico de desórdenes sanguíneos.

El término de hemostasis resume una compleja serie de interacciones entre tejidos, vasos y componentes sanguíneos que culmina con el control o cese de la hemorragia.

A. Criterios sobre el diagnóstico:

La decisión clínica debe adoptarse en términos de la relación existente entre la severidad de la enfermedad y el tratamiento odontológico requerido. Esto exige conocer básicamente el desorden que afecta al paciente (Cuadro 14).

El niño hemofílico puede evaluarse según la severidad del desorden, la necesidad y frecuencia de terapia de reemplazo y la presencia o ausencia de un inhibidor y la historia de hepatitis o SIDA.

El desorden será considerado severo cuando la presencia del factor es menor del 1%; moderado cuando oscila entre el 1 y 5%, y leve, cuando la presencia del factor es de 5 al 50%.

Lectura recomendada:

El paciente con riesgo médico incrementado.

En: Dental Clinics of North America. 1983. Vol. 27, nº 21.

Cuadro 14. Clasificación simplificada de los desórdenes sanguíneos

| | | |
|-------------------------------------|--------------|--|
| Desórdenes plaquetarios | | púrpura trombocitopénica → no inmune → inmune |
| | | púrpura no trombocitopénica |
| Desórdenes de coagulación | Hereditarios | Deficiencia de factor VIII → hemofilia clásica Deficiencia de factor IX → hemofilia B Deficiencia de factor XI |
| | Adquiridos | Deficiencia hepática Por drogas anticoagulantes |
| Enfermedades hematológicas malignas | | Leucemia Policitemia Trombocitemia Mieloma múltiple |

B. Programa preventivo para poblaciones hemofílicas

El programa preventivo debe ser encarado por el equipo interdisciplinario (odontólogo y auxiliar, hematólogo, enfermera y personal del servicio social). Incluye los procedimientos enunciados en el punto 2.1 y en el componente preventivo de 2.2, según sea el nivel de riesgo específico diagnosticado.

C. Criterios a tener en cuenta para la atención integral del niño hemofílico

- a) *Control del dolor*: pueden realizarse las anestésias locales infiltrativas o la anestesia general. Están contraindicadas la anestesia local regional y las inyecciones intramusculares. Pueden emplearse analgésicos.
- b) *Procedimientos específicos para pacientes hemofílicos que no han recibido terapia de reemplazo*: pueden ser realizados tratamientos de caries y restauraciones empleando goma dique; rehabilitación protética aun cuando incluya preparación dentaria; tratamientos de problemas periodontales, tales como profilaxis, raspaje y alisado; y tratamientos ortodóncicos.
- c) *Procedimientos que requieren terapia de reemplazo y uso de agentes hemostáticos locales o antifibrinolíticos*: se incluye en este grupo de procedimientos, todos los de cirugía bucal.

d) *Tratamiento de pacientes hemofílicos con un inhibidor*: puede emplearse: concentrado de factor IX; esteroides; concentrado de protrombina; acetato de demopresin.

Es necesario caracterizar la respuesta al inhibidor empleado.

Deben recordarse los riesgos que se generan en los niños que reciben frecuentemente derivados sanguíneos:

Hepatitis

SIDA

Complicaciones de la perfusión

4.2.3 *Criterios para la atención clínica de niños con cáncer*

A. Pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello

Aproximadamente un tercio de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello reciben irradiación. A ellos se suman los pacientes con enfermedad de Hodgkin que están sometidos a radiaciones hasta el borde inferior de la mandíbula. Estos pacientes presentan una sobrevida cada vez mayor, aumentando la necesidad de una atención odontológica específica. El propósito principal de los cuidados de la salud bucal en pacientes irradiados consiste en modificar los cambios negativos inducidos por la terapia.

Las complicaciones de la terapia radiante presentan fases agudas y crónicas. La primera reacción experimentada por la mayoría de los pacientes es una inflamación progresiva de la mucosa y cambios cuantitativos en la saliva. Estos cambios en la saliva se manifiestan como acumulación de mucus, disminución del pH salival y xerostomía parcial o total. Puede producirse necrosis de tejidos blandos durante la fase activa de la radiación o más tarde. Meses o años después pueden desarrollarse fibrosis, trismus y osteorradionecrosis. Debido a la variación en el pH y en la tasa de flujo salival, los pacientes irradiados presentan una alteración en la microflora bucal en favor de microorganismos altamente cariogénicos y de *Candida albicans*.

a) Saneamiento bucal previo a la radioterapia

Los cuidados de la salud bucal deben comenzar antes de la terapia radiante. Las extracciones prerradiación están indicadas si el tumor está en las proximidades de la apófisis alveolar, si las condiciones de la dentición son malas, o si la colaboración e interés del paciente o la familia son escasos. El propósito primario del saneamiento dentario es crear condi-

ciones para un cuidado más fácil. Una boca libre de patología es más fácil de cuidar que una muy comprometida.

La segunda consideración para el cuidado bucal es brindar al paciente y a sus padres información e instrucción acerca de métodos de cepillado, control de placa, irrigación y aplicación de fluoruros. Es conveniente emplear la técnica de Bass debido a que es el método más eficiente y a que pone énfasis en las áreas que son más vulnerables a caries posradiación. Al combinar este método con aplicación tópica diaria de fluoruros, se obtiene una protección efectiva.

b) Cuidados de salud bucal durante la radioterapia activa

Los cuidados durante la fase de radiación son muy importantes para asegurar el bienestar del paciente y una adecuada nutrición. A medida que progresa el tratamiento, la cavidad bucal sufre una serie de cambios: acumulación de mucus, con inflamación de las mucosas y, en algunos casos, disfagia, asociada con una disminución del pH salival y un incremento de la población de hongos, particularmente *Candida albicans*. La modificación diaria del medio bucal aliviará el dolor de la inflamación mucosa y reducirá la población microbiana.

En el Roswell Park Medical Institute se aplica un programa de control supervisado para el período durante el cual el paciente es tratado en forma activa. Desde el principio del tratamiento, se controla al paciente día por medio, reforzando y corrigiendo los procedimientos de higiene bucal que habían sido aplicados previamente. Los pacientes se enjuagan con una solución al 1,6% de F²Sn, seguido por una de 5% de bicarbonato de sodio. Durante los procedimientos de irrigación, la cavidad bucal es evacuada repetidamente con aspiración de todos los restos y tejidos necróticos. La familia de los pacientes ambulatorios recibe instrucción acerca de cómo realizar sus propias soluciones para irrigación. Este programa logró reducir la incidencia de infecciones por *Candida* y de mucositis. La mucositis severa se asocia con candidiasis. En este centro, se encontró que 200 mg/día de ketokonazol durante 10 días reduce las infecciones micóticas.

La rutina diaria en un ambiente controlado estimula al niño y a su familia a continuar con los cuidados posteriores. A los efectos de lograr una máxima cooperación, los materiales deben ser de fácil adquisición. Las visitas al oncólogo deben incluir una consulta odontológica para revisión y aplicación de otras medidas. Desafortunadamente, los efectos de la radiación no desaparecen sino que la xerostomía, cambios bacterianos, y saliva ácida permanecen por el resto de la vida.

c) Cambios bucales crónicos y la influencia de los procedimientos de higiene bucal

Existen tres factores que influyen en el desarrollo de caries posradiación:

- a) reducción del flujo salival;
- b) acidez de la saliva remanente;
- c) formación de placa con una concentración elevada de *streptococcus mutans*.

La capacidad formadora de placa de *S. mutans* aumenta considerablemente cuando hay sacarosa disponible en el medio bucal. Los glucanos extracelulares parecen incrementar la adhesión entre las células y la superficie dentaria. En ausencia de flujo salival normal, la capacidad adhesiva de la placa aumenta. Por lo tanto, es muy importante demostrar a los pacientes cómo deben ser limpiadas las superficies dentarias.

El cepillado diario con F²Sn al 0,4% en forma de gel demostró ser una gran defensa contra la caries posradiación. Este compuesto interferiría con la colonización de las bacterias y con la adhesión de la placa sobre la superficie dentaria. También se observó una mejoría en la condición periodontal de los pacientes cuando el F²Sn se usa diariamente en forma continuada.

La irrigación diaria con soluciones al 5% de CO₃HNa y H₂O₂ contribuye significativamente a la neutralización de la acidez y reducción de las poblaciones de hongos y bacterias. Además, se logra mantener lubricadas las membranas mucosas durante este proceso. También puede emplearse como lubricante y remineralizante la "saliva artificial" en forma tópica.

B. Cuidados para la salud bucal en pacientes que reciben quimioterapia

La infección es un peligro constante para los pacientes niños inmunosuprimidos o mielosuprimidos. Aproximadamente el 70% de los pacientes con leucemia aguda y el 50% de los pacientes con tumores sólidos o linfomas mueren por infección. Por lo tanto, el reconocimiento de las causas de infección en estos pacientes es de crucial importancia. Una localización primaria de infección y fuente de microorganismos es la cavidad bucal.

Las complicaciones bucales directas de la quimioterapia son la estomatitis y los cambios cuantitativos de la saliva. La mielosupresión y la inmunosupresión asociadas con dosis terapéuticas de metotrexato, daunomicina y otros agentes alquilantes, aumenta el peligro de infecciones focales de origen dentario y su diseminación metastásica. Los cambios en el medio bucal inducidos por la quimioterapia pueden ser tan destructivos como los ocasionados por la radioterapia.

La estomatitis se asocia comúnmente con la administración de ciertos agentes quimioterápicos. La condición puede ser focal o generalizada e involucra la mucosa bucal, paladar, piso de la boca y, a veces, la encía. La mayoría de los pacientes tienen mucho dolor y una marcada limita-

ción para alimentarse e higienizarse. Algunos estudios sugieren una relación entre el estado de higiene bucal y la severidad de la estomatitis.

Las medidas de higiene bucal que se tomen dependen del nivel de estomatitis o de mielosupresión. Las reducciones de plaquetas pueden tornar difícil o indeseable los procedimientos de cepillado y pasaje de hilo dental. Por lo tanto, a medida que el recuento sanguíneo disminuye, deben ajustarse las medidas. Un cepillo de dientes blando puede utilizarse sin peligro hasta que el recuento plaquetario llegue a $20\ 000/\text{mm}^3$. Irrigaciones con soluciones al 5% de CO_3HNa y H_2O_2 diluidas, acompañadas por evacuación por aspiración deben ser procedimientos de rutina. Los tejidos bucales deben mantenerse lubricados. La terapéutica antimicótica consiste en dosis de 200 mg/día de ketokonazol, acompañado por aspiración periódica de mucus y colonias de hongos. Además, puede agregarse F_2Sn al 0.4% en forma de gel. Se ha demostrado un aumento en los niveles de fluoruro en placa y un retardo en su acidogenicidad con la aplicación de gel de FNa al 1% mediante cubetas individuales.

El grado de inflamación gingival parece ser inversamente proporcional a los recuentos de leucocitos. Es muy tentador interrumpir los cuidados bucales a causa del dolor y sangrado. Sin embargo, esta acción solo iniciaría un ciclo de infección, reinfección y septicemia.

Muchos pacientes mielosuprimidos están muy debilitados en el momento de recibir la quimioterapia y no pueden realizar las medidas de higiene bucal. En estos casos, deben realizarlas los padres, incluso con una frecuencia de varias veces por día (cada 2 o 3 horas).

C) Cuidados para niños leucémicos

El tratamiento odontológico de niños con leucemia exige cuidados especiales.

Como consecuencia de la trombocitopenia aparecen severas hemorragias gingivales. Para su control, puede emplearse esponja de gelatina absorbible o colágeno microfibrilar. Otros autores aconsejan el uso de agentes antifibrinolíticos. Cuando no resultan eficaces es necesario recurrir a la transfusión.

Las úlceras bucales deben controlarse a efectos de prevenir sobreinfecciones y bacteriemias. Para ello, puede emplearse medicación tópica antifécciosa (Clorhexidine; iodoprovidona en solución). Se ha utilizado clortetraciclina, pero el uso de antibióticos tópicos determina un aumento de la incidencia de infecciones a *Candida* así como de reacciones alérgicas. Otros cambios observados son dientes perdidos, reducción de aflujo salival y especialmente ulceraciones.

La candidiasis se trata con Nistatín tópico y en casos severos con Anfotericin B.

En general, el paciente hemofílico debe tener un estado de salud aceptable antes de comenzar la quimioterapia. El tratamiento incluye:

- cobertura antibiótica;
- preparación del área quirúrgica con iodopovidona;
- transfusiones.

Lectura recomendada: Williams, M. C. y Martin, M. V. 1992. A longitudinal study of the effects on the oral mucosa of treatment for acute children leukaemia. *Int Mucosa Pediatric Dent.* 2:73-79.

4.2.4 *Criterios para la atención clínica del niño con desórdenes neurológicos asociados con retardo mental*

La Asociación Americana de Deficiencia Mental define al retardo mental como aquel que tiene un "significativo subdesarrollo de funcionamiento intelectual general, existiendo a la vez un déficit de la conducta adaptativa manifestado durante sus períodos de desarrollo".

Es decir que:

- a) el niño tiene un cociente intelectual igual o menor que 70;
- b) el niño no puede alcanzar los estándares sociales de independencia personal y responsabilidad social compatibles con su edad o grupo cultural;
- c) estos déficit de inteligencia y de la conducta adaptativa aparecen antes de los 18 años.

Según estas características, aproximadamente el 3% de la población total puede identificarse con algún grado de retardo mental.

A. Causas del retardo mental

Solo puede identificarse la causa del retardo en el 25% de los afectados. Dentro de ese 25%, se identifican tres grandes categorías y dentro de cada una de ellas existen muchas causas específicas.

a. Prenatal,

- Genética
 - Anomalías cromosómicas (ej.: síndrome de Down o síndrome de Klinefelter).
 - Desórdenes metabólicos hereditarios.
- Malformaciones craneales:
 - microcefalia,
 - macrocefalia,
 - hidrocefalia,
- Defectos neurológicos congénitos:

- espina bífida,
- neurofibromatosis,
- esclerosis de tuberosidad.
- Infecciones maternas y fetales:
 - sífilis,
 - rubeola,
 - toxoplasmosis,
 - herpes,
 - citomegalovirus,
 - hepatitis B,
 - SIDA.
- Abuso de drogas o alcohol por la madre:
 - alcohol (aun cuando sea una copa por día),
 - sobredosis de medicamentos,
 - drogas.
- Exposición a la radiación.
- Toxemia.

b. Perinatal

- Trauma en la cabeza durante el nacimiento,
- Oxigenación inadecuada en el trabajo de parto,
- Incompatibilidad de factor H.

c. Posnatal

- Infección cerebral,
- Envenenamiento,
- Influencias ambientales (deprivación sensorial; pérdida de estimulación social),
- Mala nutrición.

B. Clasificación del retardo mental

Leve (CI de 55 a 69)

- El 89% de la población con retardo mental está en este grupo.
- Generalmente no se diagnostica sino hasta el ingreso escolar.
- Existe déficit en las conductas académicas, pero pueden adquirir destrezas y leer.
- Pueden lograr una adaptación social adecuada y las conductas vocacionales necesarias para mantener un mínimo de autoapoyo.

Moderado (CI. de 4-54)

- El 6% de la población con retardo mental se encuentra en este grupo.
- Pueden comunicarse y adoptar prácticas de salud y seguridad básicas.
- Pueden adquirir lectura funcional.
- Pueden moverse independientemente en sitios que le resultan familiares.
- Pueden automantenerse.

- Pueden demostrar semiindependencia en su conducta diaria.
- Usualmente necesitan un supervisor o guía.

Severa (CI de 25-39)

- El 3,5% de la población con retardo mental queda dentro de esta clasificación.
- Generalmente se diagnostica precozmente debido a las alteraciones del desarrollo.
- Tienen receptividad y lenguaje limitado.
- Requieren entrenamiento sistemático para adquirir semiindependencia en las conductas diarias.
- Usualmente necesitan supervisión y guía en sus relaciones interpersonales y conductas sociales.

Profunda (CI menor de 25)

- El 1,5% de la población con retardo mental entra en esta clasificación.
- Tienen alteraciones severas en áreas de su desarrollo.
- Con entrenamiento especial, pueden adquirir independencia limitada en conductas de autocuidado y en la vida diaria.
- Necesitan supervisión directa en la mayoría de las áreas.

Criterios para la atención de salud bucal

Para analizar las decisiones que corresponde adoptar en la atención odontológica de niños con problemas neurológicos se ha seleccionado la siguiente orientación bibliográfica:

Brightman, V. J. Dental Correlations. En: Internal Medicine for Dentistry. Rose L. y Kay D. Toronto, C. V. Mosby Co, 1983.

Troutman, K. C.; Full, C. A. y Bystrom, E. B. Developmental disabilities: Considerations in dental management. En: Stewart, R. E. *et al.* Pediatric Dentistry. San Louis, C. V. Mosby, Co. 1982 (cap. 56).

Autoevaluación con clave de corrección

Una vez leída la bibliografía, le sugerimos que realice el siguiente ejercicio:

Ejercicio 1

Organice el plan de tratamiento de un niño de 6 años con problemas de retardo mental moderado, que presenta gingivitis generalizada y cuyos primeros molares permanentes presentan caries oclusales sobre hipoplasia adamantina. Los molares primarios presentan marcados desgastes de la superficie oclusal por defectos en la mineralización.

El diagnóstico se confirmó radiográficamente.

Considere que no tiene capacidad motora para la higiene bucal.

Clave de corrección

- 1) Inactivación de caries.
- 2) Aplicación tópica de barniz de fluoruro de sodio al 5%.
- 3) Enseñanza de higiene bucal al padre o a la madre.
- 4) Indicación de autocepillado con FFA p/7 5,6 y una concentración de 4520 ppm de ión F⁻.
- 5) 1.6 Tratamiento de caries y restauración con amalgama oclusal.
- 6) 2.6 Tratamiento de caries y restauración con amalgama oclusal.
- 7) 3.6 Tratamiento de caries y restauración con amalgama oclusal.
- 8) 4.6 Tratamiento de caries y restauración con amalgama oclusal.
- 9) Control inmediato a los 30 días.
- 10) Control y aplicación de fluoruro tópico a los tres meses.

4.2.5 *Criterios para la atención de niños con enfermedades alérgicas o inmunológicas*

Las enfermedades más frecuentes observadas en la niñez o adolescencia temprana son:

- enfermedades atípicas,
- urticaria y angioedema,
- dermatitis de contacto,
- alergia a drogas,
- intolerancia sérica.

Un interesante aporte sobre el tema puede encontrarse en: Rose, L. y Kay D. *Internal Medicine for Dentistry*. Toronto. The CV Mosby Co, 1983.

Correlaciones bucales

El campo de la alergia tiene una aplicación directa a la práctica odontológica en una circunstancia fundamental: diferenciar entre reacciones alérgicas verdaderas y reacciones psicológicas o tóxicas.

La alergia tipo I (anafiláctica) y la reacción alérgica tipo IV se vinculan con una gran cantidad de sustancias empleadas en la práctica odontológica. Han sido descritas: las anestésicos locales, mercurio, acrílico (con ionómero libre), resinas compuestas, prótesis de cobalto, mejoradores en gomas de mascar, epimina (en material de impresión), etc.

También pueden registrarse en boca reacciones no causadas por materiales dentales, como, por ejemplo, el edema angioneurótico y el eritema multiforme. El eritema multiforme ocurre frecuentemente en niños y jóvenes y requiere en los casos severos la administración de corticosteroides sistémicos.

Tratamiento odontológico

Las reacciones alérgicas tipo IV de mucosa bucal pueden ser exitosamente tratadas eliminando el alérgeno y empleando corticosteroides o difeniltrimidamina (Benadryl ®) tópico).

La alergia tipo I debe ser tratada con 0,5 ml de epinefrina 1:1000 administrada subcutáneamente cuando hay reacciones de riesgo de vida.

Es conveniente que el tratamiento odontológico de todo niño identificado como alérgico sea autorizado por el médico.

OBJETIVO 7

4.3 Plan de tratamiento para la atención clínica de niños hospitalizados por problemas no asociados con la salud bucal

Los pacientes hospitalizados por problemas no asociados con la salud bucal deben recibir cuidados específicos con el objeto de:

- a) mantener el buen estado de salud bucal, si lo hubiere;
- b) reconvertir el nivel del riesgo cariogénico o periodontopático;
- c) resolver las urgencias.

Estos objetivos básicos requieren la aplicación de procedimientos o tareas que pueden ser ejecutados en el consultorio dental del hospital o bien en la propia cama del niño sin disminuir la calidad de las acciones realizadas.

En este último caso, debe preverse la disponibilidad de equipamiento que permita accesibilidad, iluminación suficiente y la realización de maniobras correctas.

El Cuadro 15 sintetiza el plan de tratamiento que puede aplicarse a un niño hospitalizado y la organización de las actividades.

Cuadro 15. Plan de tratamiento para niños hospitalizados

| Niño hospitalizado con | Procedimiento a desarrollar | Responsable |
|---|---|--|
| Estado bucal: <ul style="list-style-type: none"> • sin caries activa • con o sin gingivitis | • Higiene bucal diaria (si no hay más de 4 momentos de consumo de azúcar) | niño (según edad) madre enfermera |
| | • Enjuagatorio diario de FNa al 0,05% (si tiene más de 4 años de edad) | niño (según edad) madre enfermera |
| Estado bucal <ul style="list-style-type: none"> • con caries activa | • Inactivación de caries en toda la boca (véase ① ② △) | odontólogo |
| | • Higiene bucal diaria (para establecer la frecuencia debe tenerse en cuenta el consumo de azúcares y la administración de medicación siruposa) | niños (según edad) madre enfermera |
| | • Primera opción: enjuagatorio FNa al 0,05% (si tiene más de 4 años) Segunda opción: asociar con la higiene bucal un cepillado diario con FFA ph 5,6 con una concentración de ión fluoruro de 4520 p p m | niños (según edad) madre enfermera |

OBJETIVO 8

5. Organización de la atención clínica en el nivel "macro"

5.1 Capacidad resolutiva

La capacidad resolutiva de un centro de atención se establece por planos en los niveles de atención. Cada nivel de atención o plano resolutivo determina un producto respecto de la salud del paciente denominado convencionalmente *alta*. De acuerdo con la capacidad resolutiva se alcanzan diversos tipos de *alta*. El *alta básica* incluye las actividades que garantizan la resolución de la urgencia y la reconversión del perfil de patología dominante (Cuadro 16). Los criterios para alcanzar el Alta Integral I o II dependen de la capacidad resolutiva del servicios y están vinculados con el nivel de complejidad de sus recursos.

Cuadro 16. Organización de la atención clínica

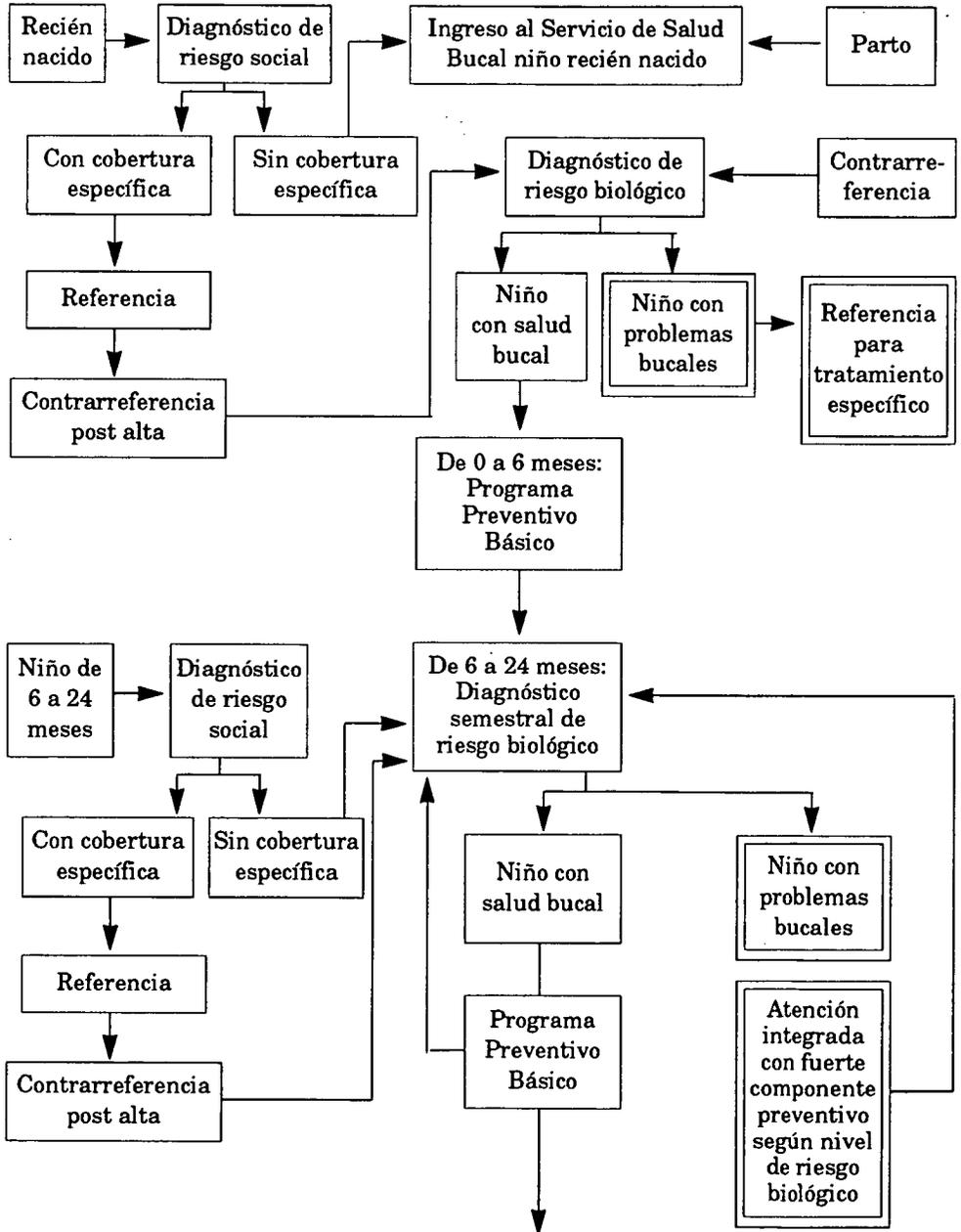
| Objetivos | Actividades | Tipos de alta | | |
|---|---|---------------|----|----|
| | | a) | b) | c) |
| Resolver las urgencias | Control de problemas pulpares urgentes. | * | * | * |
| | Control de problemas periodontales urgentes. | * | * | * |
| | Resolución de traumatismos urgentes. | * | * | * |
| | Control de hemorragias. | | * | * |
| | Resolución de problemas estéticos urgentes. | | | * |
| Controlar las infecciones prioritarias (unidad de trabajo: boca) | Control de placa bacteriana. | * | * | * |
| | Control de condicionantes de reinfección cariogénica. | * | * | * |
| | Control de problemas gingivales. | * | * | * |
| Reforzar al huésped | En el nivel estructural: aplicación e indicación de fluoruros. | * | * | * |
| | En el nivel morfológico: aplicación de selladores. | * | * | * |
| Controlar el medio | Racionalización de la ingesta de hidratos de carbono. | * | * | * |
| Resolver las afecciones no prioritarias (unidad de trabajo: diente o sitio) | Resolución de problemas pulpares. | * | * | * |
| | Resolución de problemas periodontales. | | * | * |
| | Resolución de problemas mucosos. | | | * |
| | Resolución de problemas óseos. | | | * |
| | Resolución de problemas de ATM. | | | * |
| Rehabilitar | Unidad diente: restauraciones. | | * | * |
| | Unidad boca: tratamiento del desdentado. | | | * |
| | Control de oclusión. | | * | |
| Mantener un estado aceptable de salud bucal | Aplicación del programa preventivo básico con frecuencia acorde con el nivel de riesgo. | * | * | * |

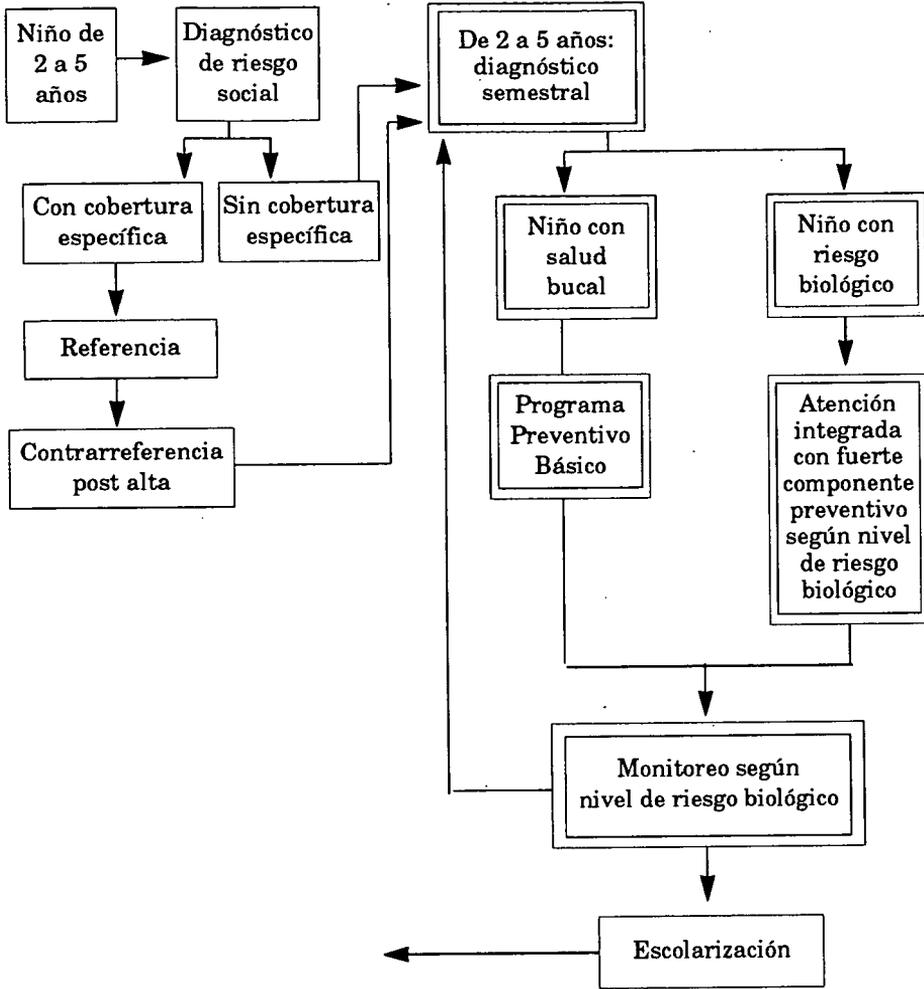
a) Básica; b) Integral; c) Integral II

5.2 Dinámica de la atención clínica

5.2.1 Atención clínica del niño de 0 a 5 años

Flujograma asistencial y esquema general de decisiones

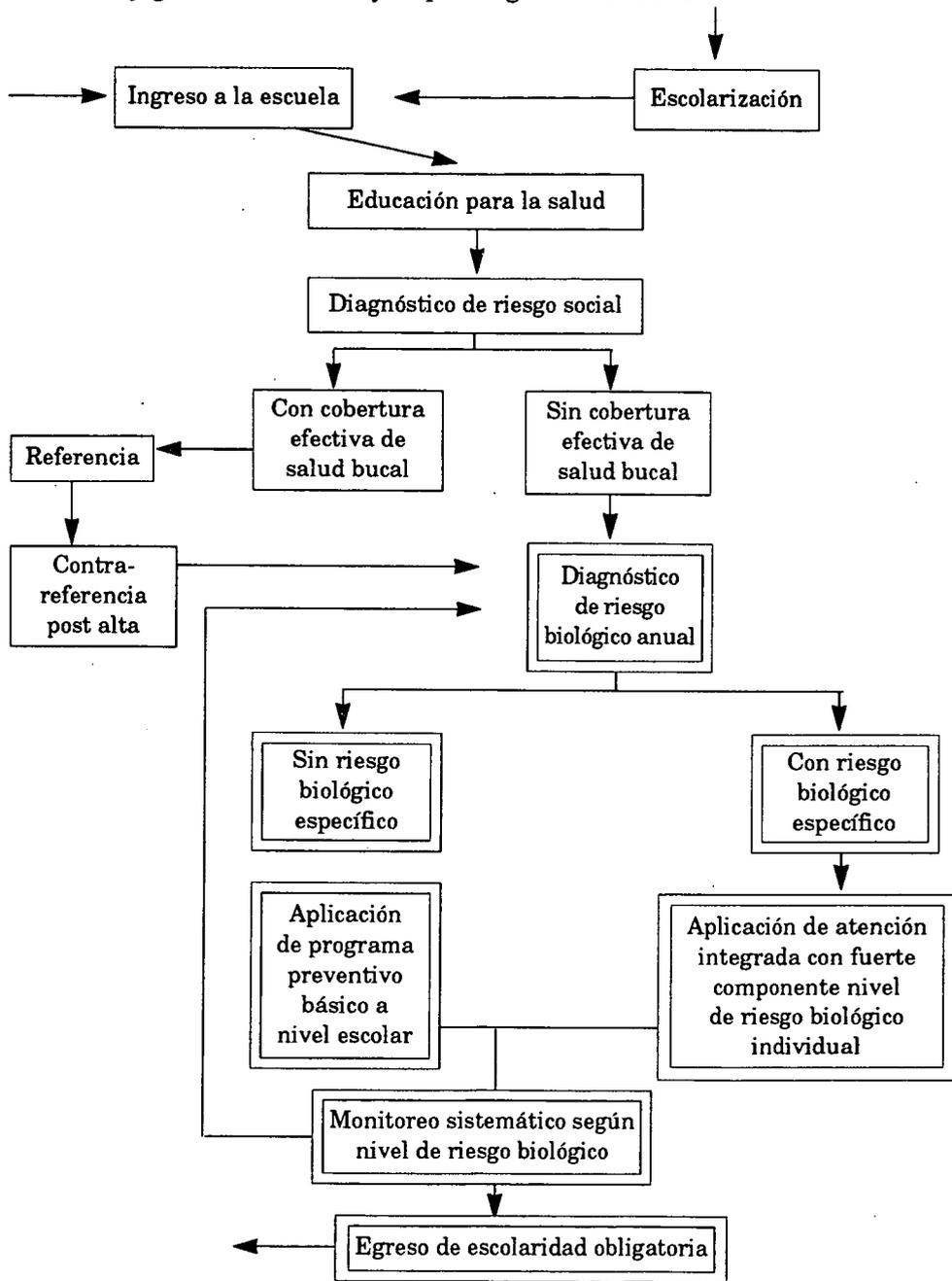




Sede del sistema con equipamiento específico para la atención de salud bucal coherente con el plano de resolución elegido.

5.2.2 Atención del escolar

Flujograma asistencial y esquema general de decisiones



Sede escolar o sede del sistema con equipamiento específico para la atención de salud bucal coherente con el plano de resolución elegida.

Anexo

1. Control de la infección y sus condicionantes

1.1 Flujograma de procedimientos para el control de placa

| Objetivo | Actividad | Pasos técnicos |
|---|-------------|--|
| Programar el control mecánico de placa. | Preparación | <p>Preparar la mesa de trabajo con: espejo de mano, modelos y cepillo para enseñanza de cepillado; elementos para revelado de placa (solución o pastillas reveladoras de eritrosina y vaso descartable con agua); instrumental para examen (hisopos, espejo, pinza para algodón, explorador N° 5 D.E.); barbijo; anteojos; guantes de goma.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Recibir al paciente, ubicarlo en el sillón y verificar si trajo los elementos requeridos en la visita anterior (cepillo dental, hilo y/o accesorios).</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Explicar contenidos teóricos referidos al control de placa.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ofrecer espejo de mano.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lavarse las manos, previo aviso al paciente. Colocarse barbijo, anteojos y guantes de goma.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Visualizar placa bacteriana en el paciente. | Revelado | <p>Aplicar la solución o las pastillas reveladoras.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Indicar que se enjuague una vez para eliminar el exceso.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Mostrar en el espejo de mano la placa reveladora.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |

1.2 Flujograma de procedimientos para la inactivación de caries amelodentarias abiertas. Véase objetivos 5, 6 y 7 en ① ② ③.

1.3 Flujograma de procedimientos para raspaje supragingival y alisado de las superficies dentarias

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|--|---|--|
| Programar el raspaje y pulido dentarios. | Preparación de material e instrumental. | <p>Preparar la mesa de trabajo con espejo de mano; puntas tipo Morse Nº 0 y 1 con sus correspondientes mangos; curetas tipo Gracey Nros. 7-8; 9-10; 11-12; 13-14; instrumental para examen; eyector de saliva; vaso Dappen con piedra pómez; tacitas de goma; rollos de algodón y gasas estériles; piedra de afilar Arkansas o similar; barbijo, anteojos y guantes de goma.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Controlar el funcionamiento del equipo.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Verificar si el instrumental está bien afilado.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Colocar al paciente en posición que permita buena visión, buen acceso y evite el cansancio del operador.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Motivar al paciente. | Explicación de la técnica. | <p>Explicar qué se le va a hacer, por qué y cómo. Ofrecer espejo de mano. Lavarse las manos, colocarse barbijo, anteojos y guantes de goma.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Eliminar nichos ecológicos que faciliten la viabilidad de placa subgingival. | Preparación del campo de trabajo. | <p>Separar labios y carillos para lograr buena accesibilidad y visión, y evitar lesiones a los tejidos blandos.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Seleccionar el instrumento de acuerdo a la cara dentaria a raspar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Punta Morse { Dientes anteriores <li style="padding-left: 20px;">0-1 -Curetas { Dientes anteriores y <li style="padding-left: 20px;">7-8 { premolares -Nº 9-10 { Caras vestibular y <li style="padding-left: 20px;">lingual de posteriores -Nº 11-12 { Cara mesial y dientes <li style="padding-left: 20px;">posteriores |

2. Refuerzo del huésped

2.1 **Flujograma de procedimiento para la aplicación tópica de fluorofosfato de sodio acidulado (pH 3,5).** Véase objetivo 9 en ① ③ ③.

2.2 **Flujograma de procedimientos para la aplicación tópica de barniz de fluoruro de sodio al 5%**

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|---------------------------------|--|---|
| Programar la aplicación tópica. | Preparación de instrumental y material. | <p>Preparar la mesa con espejo de mano; bandeja con instrumental para examen y eyector descartable; elementos para limpieza (vaso Dappen con líquido revelador; torundas o hisopos de algodón; cepillos para limpieza tipo Crescent; tacitas de goma; pasta abrasiva o harina de pómez; hilo dental sin cera; porta hilo). Elementos para la aplicación del barniz (jeringa Carpule con aguja gruesa despuntada y acodada; cartucho que contiene el barniz de fluoruro de sodio al 5%), barbijo, anteojos y guantes de goma.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Controlar el funcionamiento correcto de la unidad dental.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Motivar al paciente. | Información al paciente sobre la técnica a realizar. | <p>Recibir al paciente. Ubicarlo en el sillón.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Explicarle qué se le va a hacer, por qué y cómo.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ofrecerle el espejo de mano.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lavarse las manos previo aviso al paciente.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Colocarse el barbijo, los anteojos y los guantes de goma.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Eliminar la placa. | Limpieza de superficies dentarias. | <p>Revelar la placa para visualizarla.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Indicar que se enjuague para eliminar el exceso de colorante.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|---------------------------------------|--|--|
| | | <p>Cepillar todas las caras lisas de los dientes con brochita y pasta abrasiva para eliminar placa.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Realizar el pasaje de hilo dental con pasta abrasiva o harina de piedra pómez para eliminar placa.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Indicar al paciente que se enjuague para eliminar la pasta de limpieza.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Aplicar la sustancia reveladora para verificar la eliminación de la placa.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Indicar al paciente que se enjuague para eliminar el exceso de colorante.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Controlar visualmente la eliminación de la placa.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>- Eventualmente: si hay placa, repetir el procedimiento de limpieza.</p> |
| Desoperculizar el esmalte (eventual). | Pulido de las superficies dentarias. | <p>Pulir las superficies dentarias con tacita de goma y pasta abrasiva.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Indicar al paciente que se enjuague para eliminar los excesos.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Remineralizar el esmalte. | <p>Secado de las superficies dentarias.</p> <p>Colocación del barniz de fluoruro de sodio al 5%.</p> | <p>Secar las superficies dentarias superiores e inferiores manteniendo separado el carrillo y colocar el eyector para aspirar la saliva.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Colocar el barniz, con la jeringa Carpule preparada, en el tercio gingival vestibular del maxilar superior, empezando por distal del último molar derecho erupcionado y siguiendo toda la arcada hasta el último de la semiarcada opuesta.</p> |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|--|---------------------------|--|
| | | <p>Igual aplicación se hace en las caras palatinas.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>En las caras oclusales de los molares se deposita el barniz siguiendo los surcos y fisuras de cada uno.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Se controla el secado de los dientes del maxilar inferior.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Para la aplicación del barniz se repite el mismo procedimiento que el del maxilar superior.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Retirar el eyector.</p> <p>Al cerrar la boca se distribuye el barniz por toda la superficie coronaria.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Favorecer la mayor captación de fluoruro por el esmalte. | Indicaciones al paciente. | <p>Indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que salive, que no se enjuague y no trague; • que no coma ni tome nada por dos horas; • que no se cepille los dientes esa noche; • que durante ese día no coma alimentos duros. |

3. Control del medio

3.1 Flujograma de procedimientos para la aplicación de un programa personalizado de control de dieta

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|---|---|---|
| Programar el control de dieta. | Selección de la oportunidad adecuada. | Considerar como oportunidad adecuada para el cambio aquella en la que ya existe una buena relación receptor-educador. ↓ Seleccionar un cuestionario de historia de dieta adecuado a la edad y nivel socio-cultural. ↓ |
| Registrar la información básica de dieta. | Registro de dieta. | Preguntar ordenadamente y registrar sólidos y líquidos azucarados consumidos en desayuno, almuerzo, merienda, cena y entre comidas, antes de dormir o durante la noche si se despierta. ↓ Identificar en la historia de dieta la frecuencia y cantidad del consumo de azúcar en cucharaditas. ↓ |
| Motivar al receptor. | Información al paciente. | Relatar, empleando el lenguaje adecuado, por qué y cómo pueden disminuirse las caries a través del control de la ingesta de dulces. ↓ |
| Establecer el nivel de riesgo a través del análisis del consumo de hidratos de carbono. | Interpretación de la historia de dieta. | Subrayar con color y contar en las respuestas el número de veces que consume alimentos azucarados. ↓ Establecer: a. frecuencia, b. oportunidad, c. cantidad, d. tipo de ingesta y su relación con la higiene bucal. ↓ Interpretar como: - riesgo leve: consumo menor a 3 veces por día; soluciones azucaradas consumidas con las comidas principales. ↓ - riesgo alto: sólidos azucarados pegajosos o no; más de 4 exposiciones diarias; azúcar consumida entre comidas y/o antes de dormir (la severidad dependerá de la frecuencia). |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|---|--|---|
| <p>Seleccionar las estrategias para mantener o modificar la dieta, teniendo como objetivo la adopción de conductas tendientes al autocuidado.</p> | <p>Propuesta de cambios.</p> | <p>(*) Esclarecer los riesgos de la dieta analizada (utilizar el conocimiento por parte del consumidor de la cuantificación del azúcar consumida como factor de motivación para el cambio).</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ofrecer lista de sustitutos no cariogénicos (ej.: nueces, maníes, chocolates y caramelos dietéticos).</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Informar y sugerir el uso de edulcorantes de acuerdo con el valor y eficacia anticariogénica (ej.: sacarina, aspartamos, otros edulcorantes).</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Proponer el desarrollo de actividades diferentes para aquellas oportunidades que suponen riesgo cariogénico (ej.: juegos, deportes, actividades manuales, etc.).</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| <p>Evaluar los resultados.</p> | <p>Monitoreo.</p> | <p>Inmediatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguir las modificaciones de la historia de dieta • Cultivo y recuento de <i>S. totales</i> y <i>S. mutans</i>. <p>Mediatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de manchas blancas • Registro de caries de superficies lisas. • Demanda de control periódico. • Cultivo y recuento de <i>S. totales</i> y <i>S. mutans</i> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| <p>Reciclar el proceso educativo.</p> | <p>Refuerzo de educación para la salud, si los resultados no alcanzan el nivel deseado.</p> <p>Examen periódico cuando los resultados alcanzan el nivel deseado.</p> | <p>Repetir los pasos técnicos desde (*).</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Realizar nuevamente el diagnóstico inicial para verificar el mantenimiento del aprendizaje.</p> |

4 Controlar infecciones no prioritarias

4.1 Flujograma de procedimientos para anestesia infiltrativa

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|------------------------------------|--------------------------------|--|
| Preparar el instrumental. | Preparación para la anestesia. | Preparar mesa con: espejo de mano; bandeja con espejo bucal; explorador; jeringa Carpule; aguja descartable corta para Carpule; anestesia de superficie y en cartucho; cápsula de Petri con torundas de algodón estériles; vaso Dappen con alcohol iodado; barbijo; anteojos y guantes de goma. ↓ Recibir al paciente y ubicarlo. ↓ |
| Motivar al paciente. | | Explicarle motivo, técnica y efecto de anestesia local, garantizando la vuelta a la normalidad de la zona anestesiada, y reconociendo que significa una pérdida del esquema corporal. ↓ Ofrecer el espejo de mano. ↓ |
| Preparar el campo. | Preparación del campo. | Lavarse las manos, avisando previamente al alejamiento del sillón. ↓ Colocarse barbijo; anteojos y guantes de goma. ↓ Preparar la jeringa con la anestesia entibada previamente y dejarla en la bandeja estéril. ↓ Identificar la zona a anestesiar pincelando con alcohol yodado la misma. ↓ |
| Lograr anestesia del área elegida. | Anestesia | Correspondiente a técnica de anestesia infiltrativa en maxilar superior: Aplicar el anestésico de superficie con torundas de algodón estériles en zona de fondo de surco vestibular. ↓ |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|---------------------|--------|---|
| | | <p>Realizar la punción en fondo de surco vestibular llevando el tejido hacia la aguja por arrastre del labio superior hacia abajo.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Inyectar lentamente 1/4 de la cantidad de líquido anestésico previamente entibiado.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Esperar un minuto y realizar la punción en la lengüeta distal descargando 1/8 del anestésico.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Esperar un minuto y realizar la punción en la lengüeta mesial descargando 1/8 del anestésico.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Realizar la punción en el rodete palatino del diente elegido descargando 1/4 del anestésico.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Esperar un minuto y realizar la punción a la altura del ápice del diente por palatino, descargando el resto de la anestesia.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Verificar anestesia | | Esperar un minuto y verificar la anestesia de la mucosa con un instrumento. |

4.2 Flujoograma de procedimientos para la técnica de biopulpectomía parcial con formocresol diluido (5%)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|--|--------------|--|
| Preparar la realización de una biopulpectomía parcial con formocresol. | Preparación. | Preparar la mesa de trabajo con: <ul style="list-style-type: none"> • espejo de mano; • bandeja para examen con instrumental específico; • bandeja de aislación con dique; porta dique de Young; grapas; portagrapas; • bandeja para instrumental para anestesia según flujoograma específico; • cápsula de Petri con piedra de diamante forma fisura y fresa redonda 1-2; • caja de cirugía chica con torundas de algodón estériles; excavadores para dentina, cucharitas cortas y largas para pulpa; • Formocresol diluido (5%); óxido de cinc-eugenol; acetato de cinc o pastas comerciales tipo ZOER'S; • barbijo, anteojos y guantes de goma. ↓ |
| Preparar el paciente para la aceptación de tratamiento. | Motivación. | Recibir al paciente y ubicarlo en el sillón. ↓ Explicar qué le va a hacer, con qué, por qué, y qué va a sentir. ↓ Ofrecer el espejo de mano. ↓ Ir a lavarse las manos avisándole previamente al paciente. ↓ Colocarse barbijo, anteojos y guantes de goma. ↓ |
| Controlar el dolor. | Anestesia. | Proceder de acuerdo con el flujoograma específico. ↓ |
| Mantener la anti-sepsia y sequedad en el campo. | Aislación. | Seleccionar y probar la grapa. Perforar la goma de acuerdo a la pieza que se aísla, colocar el portadique y calzar la grapa en el agujero de la goma. ↓ |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|---|--|---|
| | | Colocar la goma, grapa y portadique en el diente seleccionado. ↓ |
| Acceder a la cámara pulpar. | Apertura. | Si la cavidad tiene exposición pulpar o no. ↓ Tallar esmalte y dentina según el siguiente diseño: - triángulo de base vestibular, para molares superiores; - triángulo de base mesial para molares inferiores. Los triángulos unen las cúspides entre sí, las que se corresponden con los cuernos pulpares subyacentes. ↓ Profundizar hasta que se vean los cuernos pulpares. ↓ Unir con fresa de fisura fina los cuernos pulpares para desprender el techo de la cámara pulpar. ↓ Regularizar las paredes cavitarias eliminando los escalones para favorecer el acceso a los conductos. ↓ |
| Eliminar el contenido de la cámara pulpar. | Eliminación de contenidos de cámara pulpar. | Eliminar el contenido de la cámara pulpar con cucharitas largas. ↓ Visualizar la entrada de los conductos. ↓ |
| Cohibir la hemorragia. Colocar el antiséptico. | Control de hemorragia. Fijación de tejido pulpar remanente. | Presionar con una torunda seca. ↓ Colocar una torunda empapada en formocresol diluido (5%) en agua destilada estéril, durante 2 minutos y retirarla*. ↓ |
| Obturar. | Obturación. | Colocar sobre el muñón pulpar una mezcla de 1 gota de formocresol diluido; 1 gota de eugenol y óxido de cinc. ↓ |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|---|--|--|
| | | Comprimir suavemente sobre los muñones pulpares. ↓ Colocar OZE con endurecedor. ↓ Colocar la amalgama según flujograma específico o corona. ↓ |
| Controlar el tratamiento y su evolución | Control inmediato Control mediato | Realizar la radiografía postoperatoria. ↓ Realizar la radiografía de control a los 3 meses para verificar la evolución del tratamiento. |

* El formocresol diluido (5%) puede reemplazarse por glutaraldehído al 2%, en caso de pulpa vital.

4.3 Flujograma de procedimientos para la técnica de la extracción de dientes primarios (la técnica de anestesia local está descrita en 4.1).

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|---|---|---|
| Programar la extracción del diente primario indicado. | Preparación de la mesa y equipo. Recepción del paciente. | Preparar la mesa de trabajo con los elementos necesarios, sobre una compresa: la bandeja con instrumental para examen (espejo, pinza para algodón y explorador); caja de cirugía cerrada, que contiene: las pinzas, sindesmótomo e instrumento romo para comprobar anestesia, tambor con gasa, espejo de mano; barbijo, anteojos y guantes de goma. ↓ Verificar el funcionamiento del equipo. ↓ Recibir al paciente y ubicarlo en el sillón. ↓ |
| Motivar al paciente. | Información y reaseguro para el paciente. | Explicar al paciente qué se le va a hacer, por qué, cómo y con qué. ↓ Ofrecer el espejo de mano como "control" de las acciones a efectuar. ↓ Lavarse las manos anunciándolo al paciente. ↓ Colocarse barbijo, anteojos y guantes de goma. ↓ |
| Verificar la pieza dentaria a extraer. | Diagnóstico. | Verificar en la boca que la pieza dentaria a extraer es la registrada en el plan de tratamiento del paciente. ↓ |
| Controlar el dolor. | Anestesia local. | Según flujograma específico. ↓ |
| Verificar si la anestesia local es adecuada. | Anestesia. | Comprobar si la profundidad de la anestesia local es la adecuada para realizar la extracción sin riesgo de dolor: ↓ Preguntar al paciente en qué zonas percibe la sensación anestésica. ↓ Comprobar si hay dolor utilizando un instrumento romo alrededor del diente. ↓ |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|--|----------------|---|
| Realizar la sindesmotomía. | Sindesmotomía. | <p>Abrir la caja de cirugía (la asistente) y el tambor para gasas.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Retirar el sidesmótomo de la caja y gasas del tambor.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Colocar una gasa en el fondo del surco y realizar la sindesmotomía.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Contener la hemorragia con la gasa.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Realizar la extracción. | Extracción. | <p>Retirar gasas del tambor.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Colocar la gasa en el fondo del surco.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Abrir el sobre que contiene la pinza adecuada a la pieza a extraer.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Sostener firmemente con la mano izquierda el arco dentario correspondiente a la pieza a extraer.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tomar con la pinza la pieza indicada, lo más profundamente que sea posible.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Realizar movimientos linguo-vestibulares y/o de rotación según la pieza dentaria, hasta que no ofrezca resistencia y extraer en el sentido de la menor resistencia.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Cohibir la hemorragia con gasas y hacer morder sobre ellas.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Verificar la corrección del tratamiento. | Control. | <p>Verificar que la pieza dentaria extraída esté completa.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lavarla.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ofrecer al niño la pieza extraída.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|--|---------------|---|
| Indicar la conducta a seguir después de la extracción. | Indicaciones. | Retirar las gasas y comprobar que la hemorragia esté cohibida. ↓ Indicar al niño y sus padres que por ese día no realice ejercicios violentos, que no coma cosas muy duras, ni muy calientes, que mantenga su boca limpia. ↓ Recordarle que va a tardar en perder la sensación de la anestesia local y que no debe morderse los labios y lengua. ↓ |
| | | Despedirse del niño felicitándolo. |

5. Rehabilitar

5.1.a Flujograma de procedimientos para la realización de resinas preventivas (composite y sellador). Véase Objetivos 1 y 2 en ② ③ △.

5.1.b Flujograma de procedimientos para el tallado de pequeñas cavidades, obturación con composite y sellado de la superficie oclusal. Véase Objetivos 1 y 2 en ② ③ △.

5.2.a Flujograma de procedimientos para tratamiento de caries y obturación con amalgama en molares primarios. Véase Objetivo 2 en ② ③ △.

5.2.b Flujograma de procedimientos para operatoria dental en molares permanentes (cavidad de Clase II)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|--|---------------------|---|
| <p>Programar el tallado de una cavidad D-O en el primer molar inferior permanente.</p> | <p>Preparación.</p> | <p>Preparar la mesa de trabajo con espejo de mano, bandeja para instrumental de examen con espejo bucal, pinza para algodón, explorador N° 5 DE, eyector descartable, un excavador doble para dentina. Elementos de aislación: dique portadique de Young, clamps, perforador para goma dique, porta clamps. Elementos para anestesia local. Elementos para preparar cavidad y obturación. Fresas y piedras de diamante N° 330-331L. Hachuelas para esmalte y recortadores del margen gingival. Papel de España para matriz de 0,05 mm, cuñas de madera, pasta de modelar en lápiz. Tijera y alicate de Young angulado. Aleación de amalgama de plata. Mercurio. Proporcionador. Amalgamador/Mortero y pilón. Vaso porta-amalgama-condensador doble para amalgama chico o mediano. Porta-amalgama. Lienzo de 10 x 10 cm.</p> |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|--|--|---|
| | | Tallador pequeño. Bruñidor pequeño. Papel de articular. Barbijo, anteojos y guantes de goma ↓ |
| Motivar al paciente. | Motivación. | Recibir al paciente. Ubicarlo en el sillón. ↓ Explicarle qué se le va a hacer; por qué se le va a hacer y cómo se le va a hacer. ↓ Ofrecerle el espejo de mano. ↓ Ir a lavarse las manos previo aviso al paciente. ↓ Colocarse el barbijo, los anteojos y los guantes de goma. ↓ |
| Controlar el dolor. | Anestesia. | Realizar de acuerdo al flujograma específico. ↓ |
| Aislar el campo. | Colocación del dique de goma. | Colocar la goma en el portadique. Marcar la goma en el lugar correspondiente al 1º y 2º molar primario. ↓ Perforar la goma en los lugares marcados. ↓ Elegir la grapa para el 2º molar, ubicarlo en la goma y aislar los dos molares. ↓ Sostener la goma en el sitio del 1º molar empleando hilo de seda dental. ↓ |
| Tallar una cavidad M-O en premolar o molar permanente. | Apertura de la cavidad y tallado de la caja oclusal. | Abrir la cavidad en la fosa central en molares y en premolares en la fosa más cerca a la cara proximal involucrada en el tallado, con fresa 330 a velocidad súper alta. Cuando los molares son grandes, la fresa a utilizar es la 331L. ↓ |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|----------|------------------------------|--|
| | | <p>Tallar la caja oclusal con las siguientes características:</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>a. leve inclinación de las paredes hacia la superficie libre, con esmalte sostenido por dentina;</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>b. unión piso-paredes redondeadas (forma acorde con la fresa utilizada);</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>c. piso plano totalmente en dentina;</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>d. profundidad de 1/2 mm por debajo del límite amelodentinario;</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>e. borde cavo-superficial a 90°;</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>f. con extensión mínima insinuando los surcos próximos a la fosa principal involucrada en el tallado oclusal.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| | Tallado de la caja proximal. | <p>Para proteger el diente vecino colocar una lámina metálica sostenida por una cuña de madera en la cara proximal del mismo.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Abrir la caja proximal desde oclusal con fresa 330 o 331L a la altura de la cara distal y con movimientos de vaivén en sentido bucolingual. Dejar un mínimo de espesor del esmalte en la superficie externa de la cara distal. El espesor de la fresa determina la profundidad de la caja proximal.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Clivar el esmalte de la superficie externa de la cara proximal con hachuelas.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Remover la dentina cariada con excavadores para dentina o fresas redondas a baja velocidad, eliminando las capas necrótica, infectada y demineralizada.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|--|--|--|
| | | <p>Clivar los prismas remanentes sin soporte empleando hachuelas, a nivel de las paredes y con recortadores del margen gingival.</p> <p>Características de la caja proximal:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. paredes bucal y lingual ligeramente convergentes hacia oclusal; b. piso plano; c. ángulos redondeados; d. borde pulpoaxial ligeramente redondeado; e. piso gingival lo más alejado posible de la papila. <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Reconstruir la pared distal de la cavidad, empleando una matriz. | Colocación de la matriz y cuña. | <p>Recortar el papel de España de tamaño adecuado a la cavidad proximal.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Destemplar al calor y recortar para que abarque desde el centro de la cara bucal al centro de la cara lingual y que sobrepase 1 mm el borde marginal con forma convexa en gingival. Con bruñidor grande dar forma convexa a la zona de contacto.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ubicar adecuadamente la matriz, bruñir los bordes sobre las paredes remanentes.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Colocar la cuña desde lingual hacia vestibular, fijar con compuesto de modelar en vestibular y lingual.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Proteger la salud pulpar. | Colocación de piso de la obturación y de barniz. | <p>Elegir el piso adecuado a la profundidad de la cavidad: OZE con mejorador o compuesto de hidróxido de calcio y barniz.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Colocar el piso tanto en oclusal como en proximal cuidando de que no queden restos de material en las paredes.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|--|-----------------------------------|---|
| Reconstruir el diente. | Obturación con amalgama de plata. | <p>Obturar con amalgama de plata: caja proximal hasta la altura del piso oclusal; completar la obturación oclusal sobreobturando.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Repasar el borde proximal de la obturación con un explorador para separarlo de la matriz.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Seguir las especificaciones que indica el fabricante para comenzar el tallado.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Comenzar el tallado desde el extremo más distal de la caja oclusal y apoyando el tallador en el esmalte sano cortar la amalgama siguiendo toda la anatomía del premolar o molar.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Alisar suavemente con bruñidor.</p> |
| Retirar matriz y elementos de aislación. | | <p>Retirar pasta de modelar, cuñas y matriz, cuidando el punto de contacto.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Cortar el hilo que sostiene la goma en el 1^{er} molar y la goma correspondiente al espacio entre 1^{er} y 2^o molar, para no alterar el punto de contacto.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Retirar la grapa y la goma dique.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Controlar la oclusión. | | <p>Hacer ocluir sobre papel de articular para controlar la altura de la obturación.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Recortar y bruñir las zonas de sobreobturación si fuera necesario.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Despedir al paciente. | | Despedir al paciente y citar para el pulido luego de 48 hs. |

5.3 Flujograma de procedimientos para el pulido de amalgamas

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|---|--|--|
| Programar el pulido. | Preparación de material e instrumental. | <p>Preparar la mesa de trabajo: espejo de mano, bandeja con instrumental para examen y eyector descartable.</p> <p>En otra bandeja: fresas de filos múltiples de diferentes formas y tamaños (redondas, llama), cepillitos brochitas, discos de papel, mandriles, tacitas de goma, tiras de pulir, vaso Dappen con pómez y agua (consistencia de pasta), óxido de estaño u óxido de circonio o tiza en polvo y agua (consistencia pasta) en otro, o productos comerciales para pulido (Amalgloss, etc.); barbijo, anteojos y guantes de goma.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Motivar al paciente. | Información sobre la técnica a utilizar. | <p>Recibir al paciente. Ubicarlo en el sillón.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Explicarle qué se le va a hacer, por qué y cómo se le va a hacer.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ofrecerle el espejo de mano.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ir a lavarse las manos, previo aviso al paciente.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Colocarse el barbijo, los anteojos y los guantes de goma.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |
| Evitar la corrosión y el atrape de placa. | Pulido de la obturación. | <p>Recorrer los bordes con fresa de filos múltiples o con fresa 330 ó 331L gastada. Lavar.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Usar fresas en forma de llama, discos de papel y rueditas de goma para pulir zonas de difícil acceso. Lavar.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Pulir caras proximales con tira de pulir, desde vestibular o lingual sin tocar el punto de contacto. Lavar.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> |

(continuación)

| Objetivo | Acción | Pasos técnicos |
|--------------------|--------------------------------------|---|
| | | Alisar con brochita montada en torno de alta velocidad y pómez con agua. Lavar. ↓ Usar cepillo brochita y pasta de óxido de estaño, óxido de circonio, tiza en polvo o productos específicos para obtener brillo. Lavar. ↓ |
| Citar al paciente. | Programación de la sesión siguiente. | Despedir al paciente hasta la próxima sesión. |

5.4 Flujograma de procedimientos para la construcción de dentina artificial en grandes destrucciones coronarias

| Ojetivos | Acción | Pasos técnicos |
|---|--------------|---|
| Programar la construcción de dentina artificial en dientes vitales. | Preparación. | Preparar la mesa con: espejo de mano, bandeja con instrumental de examen, fresas redondas N° 2, excavadores para dentina; jeringa Carpule aguja corta, cartucho con anestesia; dique de goma, portadique, grapas, perforador, porta grapas. Composite para posteriores y/o ionómetro vitrio tipo 2, aleación, mercurio, amalgamador (o mortero y filón), condensadores, tallador, bruñidor. Compuesto de hidróxido de calcio fraguable. Barbijo, anteojos y guantes de goma. ↓ |
| Motivar al paciente. | Información. | Recibir al paciente, ubicarlo en el sillón. ↓ Explicarle qué se le va a hacer, por qué y cómo se le va a hacer. ↓ Ofrecerle el espejo de mano. ↓ Lavarse las manos. ↓ Colocarse barbijo, anteojos y guantes de goma. ↓ |
| Anestesiar el área de trabajo. | Anestesia. | Realizar de acuerdo al flujograma específico. ↓ |
| Mantener la sequedad del molar a tratar. | Aislación. | Colocar la goma en el portadique. ↓ Seleccionar la grapa. Perforar la goma y colocar la grapa. ↓ Colocar la goma con la grapa en el molar a tratar. ↓ |
| Eliminar la caries. | | Con fresa redonda N° 2 (1,1 mm) y excavador para dentina, eliminar la dentina necrótica e infectada de la lesión cáries (hasta encontrar resistencia al pasaje del excavador). ↓ Característica del remanente dentario: Cavidad grande con esmalte socavado y gran profundidad que no comprometa la salud pulpar. |

(continuación)

| Ojetivos | Acción | Pasos técnicos |
|---|---------------------------------------|--|
| OPCION I CON COMPOSITE | | |
| Realizar protección dentino-pulpar. | Colocación del piso de la obturación. | Colocar en el piso compuesto de hidróxido de calcio fraguable. ↓ |
| Grabar el esmalte. | Colocación del ácido grabador. | Colocar el ácido grabador en el esmalte interno que quedó socavado. Dejar 1 minuto. Lavar bajo chorro de agua. Secar con aire libre de impurezas. ↓ |
| Construir la dentina artificial. | Reconstrucción del diente. | Colocar agente de enlace adhesivo. Secar para eliminar exceso de diluyente. ↓ Aplicar la resina en capas, para compensar la contracción tratando de dejar un diseño adecuado a la obturación posterior con amalgama. ↓ |
| Tallar la cavidad. | Tallado. | Sobre el diseño de cavidad dejado, retallando para conseguir planimetría cavitaria (paredes ligeramente convergentes hacia oclusal, piso plano). ↓ Alisar el borde cavo-superficial con fresa de filos múltiples. ↓ |
| Reconstruir la morfología dentaria. | Restauración. | Restaurar con amalgama de acuerdo al flujograma correspondiente. ↓ |
| Pulir la superficie de la restauración. | Pulido. | De acuerdo al flujograma correspondiente. |

5.6 Flujograma de procedimientos para reemplazar dentina por ionómero vítreo y obturar con amalgama molares con grandes destrucciones coronarias. Véase Objetivos 1 y 2 en ② ③ △ .

Se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 1992
en Impresiones Avellaneda, Manuel Ocantos 253, Avellaneda,
provincia de Buenos Aires, Argentina

Diseño de tapa: Laura Rey

Composición y armado: Silvana Ferraro, Av. Rivadavia 2516, 2º "D",
Buenos Aires, Argentina.

Producción gráfica y edición: Ada Solari y Haydée Valero.

La edición consta de 2000 ejemplares



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

ISBN 950-710-035-0