

Prof. FLOR ÁNGELA BERNAL DE SIERRA  
 Psicóloga  
 Universidad Nacional de Colombia-Bogotá

## RETAZOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE UN SUEÑO PEDAGÓGICO

### Aportes de la psicología a la odontología en Colombia: Treinta años de historia

#### ESCENA No. 1. IMPRONTAS

**H**ace medio siglo, mientras una mujer inicia frente a su máquina de coser marca Singer, la elaboración del entramado de una colcha de retazos, su hija de tres años repite incansablemente, sentada a su lado en una banquita, las tablas de multiplicar; requisito previo para salir al patio a jugar. Mientras la madre corta y une trozos de paño o de tela, propicia la construcción del tejido cognitivo en el cerebro de la niña, con el pretexto de memorizar información.

*Pregunta: ¿Esta maestra empírica qué alberga en su imaginario respecto de la actividad lúdica, cuando hace que su hija juegue con las tablas de multiplicar y además le permite jugar en el solar de la casa a su libre albedrío?*

*¿El aprender las tablas es realmente un juego?*

*¿Es parte de la relación afectiva? ¿Es parte de un proceso?*

*¿Para qué aprender las tablas y repetirlas en voz*

*alta?*

*¿Es construcción de estructuras nominales?*

*¿Es la apropiación de conceptos sin significado, memorizados automáticamente para luego llenarlos de contenido?*

*¿Es un juego de estímulo, respuesta y refuerzo?*

*¿Es una forma intuitiva de inducir un proceso de aprendizaje?*

*Esta maestra empírica que estaba tan preocupada porque su hijita, llenara su aparato cognitivo con información, era una humilde campesina que sólo había podido cursar un año de escuela primaria.*

#### ESCENA No. 2. IMPRONTAS

*¿Por qué rebuscar en el baúl de los recuerdos?*

*La historia de la vida personal, es la información más cercana que tiene el homo sapiens de sí; puede relatar o mejor recrear dado que los engramas forman parte*

de él; en este tránsito, todos los inputs recibidos, imponen una mirada desde la subjetividad, para tratar de desentrañar de ese gran rompecabezas, la génesis de afectos y desafectos, de encuentros y desencuentros, que podrían al menos ser un "hilo conductor", para volver a la recreación de esos fragmentos vivenciales que a través del desarrollo fueron trozos en la construcción de un proyecto de vida, en el cual el entramado en hilos de artiseda fue eminentemente pedagógico.

Y, entonces, se repite la pregunta: ¿Cómo se origina o se construye la maestra?

¿Será posible que siguiendo de cerca la trama podamos acercarnos a la recreación del proyecto?

¿Será posible que la clarificación nos lleve a encontrarlo?

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un cambio en la aproximación al paciente es verlo como la persona integral que es.

La atención odontológica requiere una perfecta sincronización entre el terapeuta y el paciente; es indispensable la cooperación y armonía durante el proceso.

Este ajuste se presenta a veces con el paciente pediátrico sin mayores inconvenientes, pero no siempre ocurre lo mismo. El odontólogo tiene en su sillón, a un niño o un adolescente, otro ser humano con todas sus características, del cual poco o nada sabe. Se hace indispensable establecer contacto del algún modo con ese otro, llamado sujeto, paciente o recientemente usuario o cliente.

Lo único claro hasta el momento es la necesidad por parte del odontólogo de que ese **otro abra la boca** y esté dispuesto a aceptar todas las acciones terapéuticas que él considere necesarias. La acción de abrir la boca y estar

dispuesto a... implica todo un proceso sin el cual no es posible llegar al objetivo.

Se requiere, entonces, contar con la voluntad expresa del paciente. Esto sólo es posible si el paciente (etimología: que tiene paciencia), acepta los actos terapéuticos, previa explicación de cada paso. Antaño, me refiero a 1973, el odontólogo dictaba la sentencia: "abra la boca" y el paciente generalmente "obedecía". Por un sinnúmero de elementos que analizaremos más adelante, se requiere establecer un vínculo con el niño y la familia, para realizar no sólo labores de atención clínica inmediata, sino de promoción, prevención y educación en salud. Vínculo que pone en juego factores que hacen referencia a las variables del profesional como son su personalidad, su nivel de tolerancia, su preparación académica, el manejo de sus emociones. Variables relacionadas con el entorno terapéutico como

son el consultorio y sus características, el personal auxiliar, el clima afectivo, y las variables relacionadas con el paciente y su familia, con todo el proceso histórico.

Desde que se vincula por primera vez con el paciente, el odontólogo debe cuestionarse por su quehacer, ya no desde la mirada técnica clínica odontológica, sino desde la pregunta que muy posiblemente no se le planteó como posible futuro profesional de la Salud y que ahora tiene que hacerse sobre la conducta propia y la del otro.

Entre algunas posibilidades de apoyo para el odontólogo, puede presentarse el concurso de la Psicología como ciencia que precisamente se hace cargo del comportamiento. Y es desde esa mirada como se inicia en Colombia un trabajo interdisciplinario que se enfoca hacia mejorar la calidad de la atención del paciente en odontología, lo cual tiene implicaciones no sólo en el acto terapéutico en

*El presente artículo tiene el propósito de sintetizar el trabajo interdisciplinario entre la Psicología y la Odontología en la Universidad Nacional de Colombia durante las tres últimas décadas. Contiene una breve reseña histórica, se presenta el marco conceptual y se esboza el modelo que se diseñó en el Hospital Universitario Pediátrico de la Misericordia a partir del nombramiento de la Psicóloga Flor Ángela Bernal de Sierra; primero, como psicóloga de planta del Servicio de Odontopediatría y posteriormente, como profesora de la Universidad Nacional. Gracias al empeño por formar odontólogos integrales, se inició la enseñanza, por parte de la docente, de conceptos psicológicos de utilidad, con el objeto de evitar acciones iatrogénicas por parte de los profesionales, quienes con el nuevo enfoque mejoraron la calidad de la atención, pero lo más importante, aprendieron a ver en su paciente, más allá de una superficie dental, a un ser humano integral. En todas las actividades participaron los profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia que en su momento se encontraban allí como docentes.*

sí, sino en el reconocimiento de las falencias en la formación académica del pregrado y peor aún del post-grado, que se observan en los análisis curriculares, convirtiéndose en una necesidad imperiosa la inclusión de la asignatura de Psicología en la formación básica del estudiante.

Los acompañantes estaban angustiados, el niño con dolor y agotamiento y de todas maneras los niños accedían al hospital con problemas diversos y era necesario atenderlos.

Generalmente cuando llegaba el paciente en esas condiciones deplorables, el tratamiento consistía en realizar una o varias exodoncias; durante mucho tiempo se ejecutó sin anestesia y recurriendo a la fuerza y al engaño.

## 2. MÉTODOS OBSERVADOS

Fármacos, analgesia y anestesia y sobre la conducta. Algunos de los fármacos más usados son:

- a) Tranquilizantes menores
- b) Hipnóticos: barbitúricos
- c) Analgésicos
- d) Analgesia: óxido nitroso
- e) Anestesia general
- f) Métodos de restricción física: fuerza, abre bocas, técnica HOM, castigo físico, camisa de fuerza.

Otro método utilizado para obligar al niño a cooperar con el odontólogo en el tratamiento era la restricción física. En algunos casos los odontólogos con la ayuda de los padres o de la auxiliar, reducían a su paciente a la inmovilidad aprovechando la debilidad e incapacidad de defensa del pequeño, y obligándolo en esa forma a soportar cualquier intervención profesional, sin contar con la aceptación del niño. En otros casos lograban su inmovilidad, su-

jetándolo al sillón por medio de tiras de esparadrapo que le colocaban sobre los brazos, abdomen y piernas, con lo cual por fuerza obtenían que el niño, aunque muy angustiado se quedara quieto.

En algunos casos para obligar al niño a permanecer con la boca abierta, más tiempo del que él era capaz, forzaban la apertura de la boca, colocando un abre bocas improvisado, fabricado con varios bajalenguas unidos.

También empleaban la técnica HOM (Hand Over Mouth), que consiste en colocar la mano del odontólogo sobre la boca del niño, oprimiendo para que el niño no pueda expresar verbalmente su inconformidad, pero que los profesionales justifican diciéndoles "el fin es hacer que escuche nuestras sugerencias". Si el procedimiento no es suficientemente efectivo, entonces, se intensifica cortándole por un

momento la respiración, oprimiéndole la nariz para hacerlo reaccionar. Esta técnica puede producir la muerte al paciente, enfisema pulmonar, enuresis, depresión, miedos nocturnos, pesadillas, fobia escolar, agresividad con signos persecutorios y cualquier patología, dependiendo de la edad y de las características del paciente.

No existía literatura nacional, ni investigaciones con relación al tema, por lo tanto los esquemas tomados eran foráneos, inaplicables en la mayoría de los casos en Colombia.

No existía tampoco material didáctico; era necesario empezar a construir desde la experiencia, y la reflexión psicológica, en el Hospital Universitario Pediátrico de la Misericordia, avalada por la Facultad de Odontología de la Universidad:

- Analizar algunas de las formas que se han utilizado para manejar o controlar la conducta del paciente pediátrico en Odontología.

*This article was written with the purpose of synthesizing the inter - disciplinary work that has been carried out at the University "Universidad Nacional" between Psychology and Odontology for the past three decades.*

*It contains a brief historical background, the theoretic basis and then it outlines the model designed at the Pediatric University Hospital "La Misericordia", from the moment Dr. Flor Angela Bernal de Sierra was appointed, first as staff psychologist of the pediatric odontology service, and later as University teacher.*

*Thanks to the commitment to prepare integral odontologist, the teacher introduced useful psychological concepts to the curriculum, aimed to avoid iatrogenic actions from the doctors, who, with this new approach, improved the quality of the service and, more importantly, learned to see the patient not a dental surface, but as an integral human being.*

*All the activities involved the university teachers from the Faculty of Odontology from "Universidad Nacional de Colombia" who were working as such at the time.*

- Recrear el panorama encontrado en la Clínica de Odontopediatría del Hospital Universitario Pediátrico de la Misericordia en el año de 1973 y la evolución del trabajo académico a partir del enfoque multidisciplinario.
  - Identificar la variable psicológica como una de las variables independientes que explican tanto el estado de salud oral del paciente como sus actitudes y su comportamiento frente al tratamiento odontológico, así como el de sus padres o responsables de él.
  - Señalar las áreas psicológicas en las cuales mínimamente debe ser formado un futuro odontólogo para garantizar su competencia científica.
  - Elaborar un documento en el cual queden consignadas las experiencias, las discusiones docentes realizadas tanto en el Hospital de la Misericordia, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional, como en la Clínica extramural del colegio El Minuto de Dios, durante los años de 1973 hasta 1987 en los cuales mi trabajo consistió en formar parte de los equipos interdisciplinarios, como asesora de prácticas en las clínicas extramurales, y las experiencias docentes que desde el departamento de Psicología se continuaron dando, incluyendo mi participación en un módulo con el curso de postgrado de Estomatología Pediátrica, realizado durante el primer semestre de 1999.
- Para el primer semestre del 2000 estoy invitada a participar en la asignatura: Seminario Interdisciplinario I y III, para el curso de post-grado en Estomatología Pediátrica, en la Facultad de Odontología. Consiste en realizar un módulo sobre el desarrollo psicológico del niño, y las formas más aconsejables de tratamiento de la conducta del paciente, teniendo en cuenta los principios de la psicología; y participar en la Clínica de Decisiones en el Hospital de la Misericordia.

### 3. ALGUNOS AVANCES EN LOS ELEMENTOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAN EL TRABAJO EN LA CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

Considero importante destacar que se ha trabajado teniendo en cuenta un enfoque preventivo en relación con el desarrollo psicológico del paciente pediátrico y con la salud mental en general de los pacientes.

Para el propósito de la formación académica de los estudiantes de Odontología, consideramos que debe realizarse un estudio completo de la historia del paciente para

lo cual se hace necesario conocer aspectos del desarrollo evolutivo tanto de él como de la familia; se ha revisa desde la etapa prenatal hasta la edad adulta sus características, los aspectos sociales del entorno, las experiencias traumáticas anteriores y en general todas aquellas variables que inciden tanto en la salud oral, como en las actitudes respecto del cuidado de la boca. (Todo proceso hacía énfasis obviamente en la boca).

Con los estudiantes se programaban sesiones a modo de taller, en las cuales se analizaban en grupo los eventos diarios, la manera como cada uno interiorizaba las vivencias y las posibles soluciones a las situaciones conflicto; en síntesis se analizaba la personalidad del odontólogo y sus vivencias a medida que avanzaba en la atención de pacientes pediátricos, con las complicaciones propias del paciente que acude al hospital.

Como se efectuaban programas de educación, promoción y prevención, era necesario revisar conceptos teóricos en los cuales se apoyaran los estudiantes para hacer más eficiente su labor.

En aras de la economía, sólo voy a hacer referencia, en este apartado, a algunos aspectos psicológicos en relación con la **cavidad oral**, con su importancia, las vivencias alrededor de ella durante el desarrollo, y las actualizaciones que se producen al enfrentar el tratamiento en la cavidad oral por parte del paciente; así como aspectos de la **personalidad del odontólogo**.

Definamos algunos términos:

Temor: "Comportamiento emocional caracterizado por un tono afectivo desagradable y acompañado por una cierta actividad del sistema nervioso autónomo y por diferentes reacciones posturales y motrices, por ejemplo: temblor, fuga" (Szekely, 1966) está relacionado con objetos reales.

La adaptación es un fenómeno básico en la vida psíquica y tiene su aparición en épocas muy tempranas del desarrollo.

El ser humano tiene que enfrentarse a situaciones de adaptación desde el momento de la concepción, a través del proceso de crecimiento y desarrollo; estas adaptaciones las realiza para conservar el equilibrio y para lograr armonía en los diferentes medios en los cuales tiene que desempeñarse.

Así, cuando se enfrenta a estados de displacer o desequilibrio, se genera en su interior un estado de ansiedad profunda que puede ser vivida como una amenaza para su existencia. El desequilibrio puede corresponder a variables de su mundo interno o del mundo externo, es decir

eventos biológicos o psicológicos que amenazan su homeostasis, o de origen social amenazando la estabilidad.

Otra reacción muy generalizada es el miedo, o sea el temor ante un peligro real, o imaginario, (op. cit. 1966); puede presentarse ante agresiones físicas, dolor; temor a perder la integridad física, al autocontrol, la homeostasis, etc.

Una preocupación para el ser humano es la conservación de su integridad física, por lo tanto, cualquier situación que la afecte puede producir tanto reacciones fisiológicas como emocionales.

Otro concepto importante es el dolor, el miedo al dolor es tan generalizado que quien no lo siente pasa por ser anormal. El dolor es un concepto subjetivo, se define por la reacción que sienten las personas y se considera que está en relación directa con el umbral del dolor, es decir el límite inferior en el que se percibe. Las manifestaciones al dolor se expresan por gestos, sudoración, disgusto, taquicardia, gritos, gemidos, sensación de huida o reacción fugitiva. La variación del dolor depende del tono afectivo o del significado que para el individuo sometido al estímulo tenga el dolor; dos personas pueden sentir el mismo dolor y reaccionar de manera diferente.

Los objetos o estímulos dolorosos son más temidos por el daño que se supone pueden ocasionar que por el que realmente están haciendo; ello se debe a que la reacción se orienta por un presente, imaginario prospectivo, por un presente psíquico o sea no corresponde al instante en que se vive.

Cuando se trata de la boca la situación se hace aún más complicada, debido al contenido emocional tan grande que se alberga en ella.

El desarrollo psicológico del niño se inicia desde el momento de la concepción y es un proceso que dura toda la vida. Factores como el medio ambiente intrauterino, la alimentación de la madre, las enfermedades sufridas por ella durante el embarazo, los medicamentos utilizados, el estado emocional, las actitudes de aceptación o rechazo de los padres respecto del embarazo, la personalidad de la madre, el rol del padre y muchas otras variables influyen en la personalidad del niño desde antes de su nacimiento.

El nacimiento implica un cambio muy importante en el funcionamiento fisiológico y psicológico del niño: se establece la respiración pulmonar, se ocluye el flujo sanguíneo umbilical y las comunicaciones intracardíacas y se abre la circulación pulmonar.

Antes del nacimiento existía una relación simbiótica entre la madre y el niño y la alimentación era obtenida a

través de la corriente sanguínea sin experimentar el placer compensador que se obtiene al satisfacer la necesidad instintiva por medio de la boca. El nacimiento fuerza la necesidad de supervivencia y se hace evidente en el hecho de la presencia del reflejo de succión. Así inicia el bebé el contacto con el mundo. Filogenéticamente la boca es uno de los órganos que primero se forma y donde aparecen las primeras manifestaciones sensoriales. El niño que no succiona al nacer, es un niño con lesiones cerebrales profundas. La succión no sólo alivia la incomodidad del hambre sino que produce gratificación, pues además de recibir alimento el niño obtiene seguridad y afecto.

Plantea Spitz, que durante este periodo de la vida el bebé se encuentra protegido de los estímulos adversos, pues sólo percibe aquellos que superen o excedan una barrera, que es equivalente a un umbral. También, afirma: "Quizás todos los reflejos que nos son familiares (incluyendo el de mamar y el de asir) no son tan seguros al nacer porque son provocados por estímulos venidos de fuera contra los cuales actúa ya la barrera contra los estímulos. Pero cuando el pezón llena la boca del recién nacido y cuando fluye la leche por la faringe, los receptores sensoriales para el exterior, así como los del interior son estimulados simultáneamente. Esta estimulación acumulativa y conjunta parece suscitar una respuesta mucho más segura y garantizada: el bebé empieza a succionar y a tragar lo que succiona" (Spitz, R. 1994, p. 58).

Si la relación entre la madre y el niño se establece con cuidados cálidos y permanentes, el niño interioriza una actitud de confianza hacia el mundo externo, y hacia los otros seres humanos.

La fase oral se considera como un lapso que progresa de una etapa receptiva y pasiva: la succión; a otra agresiva y activa: la masticación.

La boca es el órgano perceptual a través del cual el niño se pone en contacto con el mundo; en ella se centran los intereses, las sensaciones y demás actividades de las que se obtienen satisfacciones. En ella se sintetizan a nivel simbólico no sólo las experiencias de alimentación, sino también las primeras percepciones, afecto, contacto corporal, calor, comunicación, contacto social (sonrisa, balbuceo, lenguaje) y aprendizaje, además de intervenir en otras funciones como el llanto y la respiración.

La lactancia, además de satisfacer el apetito del niño, tiene una función repetitiva en que éste aprende a reconocer la privación y la gratificación. Es así como el niño inicia su ubicación dentro del principio de realidad, pues son las primeras frustraciones o sea, la no satisfacción inme-

diata de sus necesidades las que le permiten pasar del principio del placer que domina su existencia al comienzo y lo ubican en el principio de realidad.

Antes de la salida de los dientes el niño recibe el alimento y el afecto en forma pasiva, esto corresponde a la etapa de succión; con la erupción del primer diente se inicia la segunda fase en la cual al placer de succionar se añade el de morder y se impone el destete; es un periodo en el cual surgen los impulsos agresivos, el niño adquiere la noción de que puede hacer daño.

“En la fase de destete o mordedura puede desarrollarse lo que Erikson denomina una “mala escisión”. El niño siente rabia hacia su dolorosa boca, hacia su madre cuando le rechaza y hacia sí mismo ante su impotencia, desarrollando una confusión sadomasoquista. Un drástico y repentino destete y pérdida de la madre sin la obtención de un sustituto, puede originar una depresión infantil y duradera.” (Freedman, 1966, p. 645).

Cuando los cuidados de la madre son excesivos, muy escasos o inconsistentes puede producirse una fijación, que puede expresarse en síntomas como la succión excesiva y prolongada del pulgar, la succión de los labios, y la queilofagia o hábito de morderse los labios, cuando es muy marcado se producen linguoversiones de los dientes de acuerdo con el labio que se succione; la onicofagia, la pica, la succión de algunos elementos como frazadas, almohadas; en la etapa oral y aún posteriormente, también pueden presentarse hábitos linguales, pero generalmente se deben a tratamientos de ortodoncia o a prótesis, o a dientes supernumerarios colocados en posición lingual o llevados a esta situación por acción de la maloclusión o el apiñamiento, el bruxismo que es más frecuente en los adultos que en los niños. Al respecto de este último trastorno de hábitos orales, existen varias hipótesis: problemas de oclusión, por alteración temporomadibular según los odontólogos, problemas de ansiedad según los psicólogos y según los médicos por paso de la larva adulta que del capilar pulmonar sale del mismo a través de los bronquios, llega a la tráquea y en la noche pasa por el tracto digestivo y se hace la ingestión de áscaris lumbricoides. (Bernal, L. 1999)

Se pueden observar rasgos patológicos de la personalidad como optimismo excesivo, narcisismo, pesimismo, estados depresivos, caracteres en exceso dependientes, falta de inclinación para cuidarse a sí mismo y requerirá que los demás se ocupen de él; también podemos mencionar hábitos como: el chisme, la coprolalia, la verborrea, y muchos otros. Las tendencias sadico-orales tienen un carácter de ruego y exigencia, no renuncian al objeto y se

adhieren a él por “succión”. La superación de esta etapa implica un comportamiento capaz de dar y de recibir, es decir, una adecuada capacidad para relacionarse con los demás.

Por otra parte, las satisfacciones emocionales sólidas y normales en las relaciones entre el niño y los padres acortan el periodo autoerótico del desarrollo y estimulan una sublimación natural de los impulsos instintivos lo que constituye un progreso saludable en el desarrollo de la personalidad. Estos son los orígenes de las actitudes del ego, que son importantes para conducir al niño a través de las etapas posteriores del crecimiento.

Durante mucho tiempo se pensó que el niño no alimentado por la madre tenía graves trastornos en el desarrollo ulterior. Hoy se sabe que con la alimentación artificial dada con un buen contacto afectivo y en condiciones físicas que se acerquen lo más posible a las del amamantamiento: tetero con un chupo de orificio pequeño, suministrarle el alimento, cargado, alzado en brazos, hablándole y permitiendo que el tiempo sea equivalente al de la succión, el niño se desarrolla normalmente. También sabemos que un seno no es bueno, si no se acompaña de un contacto emocional suficiente, de una manipulación suave, y de una madre “presente emocionalmente”. Muy distinto es el caso del niño al que colocan en su cuna, le enchufan el tetero, sostenido por almohadas para que no se mueva y sin los requerimientos afectivos que amerita la alimentación y la atención del bebé.

Así la madre o cuidadora, o sustituta le ofrece al bebé la primera versión del mundo externo y él irá construyendo desde el primer momento la imagen de sí mismo y del mundo.

Definitivamente, el niño depende del cuidado de otro ser humano, hasta muy adelante en su desarrollo, su supervivencia física y psicológica está en riesgo de no ser así.

Freedman, A. (1966) cita a Sullivan quien plantea que la madre presenta una conducta tierna, en un impulso a satisfacer las necesidades bioquímicas del niño. Que cuando esa necesidad genérica es satisfecha la euforia del niño sigue elevada independientemente de las periódicas necesidades de hambre y sed. Claro que es una situación ideal. Si el niño se incomoda porque se enferma, se genera un estado de tensión que el autor denominó tensión ansiosa, estado tipo miedo porque en esa edad no puede comunicar sus experiencias. Por eso pensó que los estados ansiosos pueden retrotraerse hasta esta etapa de la vida.

También se refiere a cómo el niño realiza la adquisición de su lenguaje, en el medio familiar, seleccionando de

ese continuum de esquemas de sonido las articulaciones de los fonemas que van siendo significativos. Refiriéndose a la lactancia explica: “En la lactancia la persona que satisface las necesidades del niño, es captada como la “buena madre”, que simboliza las satisfacciones disponibles. Pero no es todavía la “madre real” definida, por así decirlo mediante el consenso social. Ni es la personificación del niño realizada por su madre “el niño real”. La madre percibe a su hijo en términos de las previas experiencias, de sus experiencias actuales con el niño y lo que éste simboliza en relación con sus responsabilidades sociales. Además, el niño también percibe o, mejor, apprehende una especie diferente de madre, que bajo ciertas circunstancias deja de proporcionar satisfacciones e induce una tensión ansiosa. En estas circunstancias la madre es percibida como una “mala madre”, la responsable de experiencias frustrantes y generadoras de ansiedad. Quizá al final de la lactancia, pero sobre todo de forma más definida en la infancia, se produce una personificación de la madre buena y mala en una, a la forma en que realmente es la madre” (Ob. cit., 1966).

Plantea el autor que las imágenes de persona malvada o de persona buena que identificamos más adelante, están generadas en relación estrecha con la niñez.

Inicialmente, parece que el bebé no diferencia entre el yo y el objeto (seno). Poco a poco, y con base en las interacciones con la madre y demás personas del núcleo familiar que entran en contacto con él, va independizándose, y constituyendo o construyendo su yo. Es muy importante la relación inicial de la cual es totalmente dependiente, pero que en el curso del tiempo debe permitirle y facilitarle la independencia, de una manera progresiva, porque inicialmente constituyen en términos de Spitz una díada, la madre y el lactante, y luego, siendo el niño parte de ella, debe empezar a ser él mismo. Plantea además: “Tratando de perfeccionar el concepto de Mahler del proceso de “separación-individuación” podríamos decir que el camino hacia la individuación pasa a través de las identificaciones secundarias. Pues el niño ha de adquirir las técnicas de la madre de cuidar de él, de velar por él (y esto sólo puede hacerlo mediante la identificación) antes de que él sea capaz de separarse a sí mismo de ella y convertirse en un individuo independiente. Creo que el proceso que Mahler sitúa después del décimo octavo mes de vida, tiene dos etapas precursoras: a la primera de ellas, yo la llamaría el proceso de individuación primaria, en el cual el niño se ocupa de las identificaciones primarias, las secciona y las supera. La etapa segunda es la de identificación secunda-

ria, que comienza en la segunda mitad del primer año de vida. En el curso de esta etapa el niño adquiere técnicas y dispositivos mediante los cuales logra la independencia de la madre” (Ob.cit. p. 173).

La cavidad oral se constituye en un órgano muy sensible por sus significados tanto físicos como psicológicos. Pero la cavidad oral incluye la lengua, los labios, la mucosa nasofaríngea, las encías, el paladar. Con todo este conjunto de estructuras se representan las sensaciones de tacto, gusto, temperatura, olor, sufrimiento y hasta la sensación de profundidad, pues queda implícita en el acto de deglutir.

La succión digital que se presenta esporádicamente en un niño con desarrollo normal, nos permite ver que el placer que proporciona el seno y el chupo del tetero, no se basa solamente en la gratificación por la satisfacción del hambre, sino también en la estimulación de todos los órganos adyacentes, porque de otra manera el bebé rechazaría el pulgar, porque al succionar no le fluye leche.

Así podemos hablar del erotismo oral, que inicialmente consiste en la estimulación autoerótica placentera de la zona erógena y luego la incorporación de objetos; en esta última función se logra la unidad con éstos. No sólo existe el anhelo de incorporar objetos, sino también el anhelo de ser incorporado.

La pérdida del primer diente de leche, representa una amenaza a la integridad física del niño. Pero la familia lo consuela diciéndole que si lo coloca debajo de la almohada se le dará una recompensa. No es por el azar que se les ha denominado dientes de leche, como tampoco al último molar que erupciona la muela del juicio; ambos nombres tienen que ver con etapas de desarrollo fundamentales en la vida de una persona.

“Junto con los genitales y el ano, la cavidad oral es la zona primaria de placer para el ser humano. Para el niño no existe ninguna diferencia entre el amor y el acto de la alimentación. A medida que va creciendo, descubre que la boca le ayuda a conseguir afecto, amistad, amor y placer, de carácter cariñoso o sexual, mediante sonrisas, expresiones de aprobación, de interés, de determinación o de pasividad, palabras y sonidos benignos e incluso un mordisqueo suave. La cultura thai concede una gran importancia al hecho de sonreír continuamente como lubricante de las relaciones sociales. El autor descubrió, en sí mismo, una cierta ansiedad en presencia de internos en psiquiatría de origen coreano y suizo, y observó que ello se debía a que sus rostros tenían una expresión de continua severidad y desaprobación” (Freedman, A. *et al.*, 1982. p. 1940).

Tal como lo plantean los autores, la boca puede permitirnos un buen acercamiento social, como también un distanciamiento, dependiendo del calor afectivo que en ella esté impreso.

De los orificios corporales que posee el individuo al nacer, la boca es el órgano sobre el cual tiene mayor control. La succión se encuentra instaurada, correspondiendo al primer reflejo que aparece en el niño; de la misma manera la lengua con su aportación directa de nervios craneales, es el operador singular que posee la mayor variedad de habilidades de entre los órganos musculares y otras partes del cuerpo. Así mismo, su área de representación en el córtex del cerebro humano es enorme en relación con el resto del cuerpo. La lengua es capaz de discriminar, cambiando de forma y de posición, por medio de presión contra otros elementos de la cavidad oral, como son los labios, y más tarde los dientes y establece los nuevos límites de los objetos externos en relación con la cavidad oral, y al hacerlo, establece la parte exterior del Yo. (Bonnard, 1960).

La boca como espacio interno, así como la vagina o el ano, no pueden ser violados, sin que ello produzca el estado del pánico más intenso que pueda sentir cualquier ser humano, de la misma manera la intrusión permitida o deseada puede proporcionar un gran placer.

Lo que se observó, en los pacientes pediátricos, es el hecho de que cualquier acción en el interior de la cavidad oral resulta intrusiva. Inclusive, a veces acciones aparentemente inofensivas como el acercamiento físico al niño, o el tratar de conducirlo suavemente al consultorio, también son vividos, como actos que atentan contra él.

Pensamos que la lengua es un órgano que actúa como puente; según los investigadores, antes de la erupción del primer diente, en el cual durante una época se centró la capacidad de expresar agresión por parte del bebé, se presentan por ejemplo, casos de niños con desnutrición marasmática por el rechazo del seno materno ejecutado por la lengua y los labios fruncidos. Expresa rechazo, impidiendo la entrada del pezón en su cavidad oral, rechazo que puede hacerse mayor con la presencia del vómito. Esta última conducta permanece como ayuda en el adulto en situaciones en las que no puede "tragarse entero", y en las que hace somatizaciones en cualquier zona del aparato digestivo, como úlceras, anorexias, permanentes trastornos digestivos, bulimia, colitis, necesidad excesiva de comer o beber líquidos, entre otras.

El lactante cuando está ansioso no acepta inmediatamente el pezón, o al menos no inicia la succión, mientras la

madre no lo calme, hablándole, arrullándolo o acariciándolo. Necesita un nivel de equilibrio para que pueda iniciar la succión, entre tanto permanece bloqueado por la ansiedad. Algo parecido observamos en la consulta odontológica; solamente cuando el paciente se tranquiliza puede aceptar cómodamente los actos terapéuticos, que van mediados por la comprensión, explicación y clarificación de los procedimientos, palabras suaves del profesional y atención mediada por el afecto.

La madre puede confundirse ante las solicitudes del niño, y responder sistemáticamente con alimento a la mayoría de los requerimientos; esta respuesta no satisface al bebé, quien por el contrario se siente atosigado e insatisfecho y se establecen en él huellas que pueden generar patologías como la anorexia, las toxicomanías, bruxismo, morder o chupar, fumar, conducta sexual oral, entre otras.

Spitz, en su obra *El primer año de vida del niño*, describió la boca como la cuna de la percepción en sus investigaciones. Analiza la boca como un órgano de recepción externo o exteroceptor y como puente hacia el interior o interoceptor. Explica el orden en la secuencia de la percepción, siendo la cavidad oral, la primera, y continuando la mano y luego el ojo; con estos elementos va incorporando de una manera más completa el medio ambiente que lo rodea. Describe cómo en el proceso de desarrollo existen tres organizadores de la conducta como son: la sonrisa, cuya aparición la ubica entre en segundo y el tercer mes; la angustia de separación que coincide con la angustia frente a lo desconocido y la erupción del primer diente, y la formación del signo semántico "no", que coincide con la bipedestación.

Habría que sondear, un poco más despacio, para poder desentrañar todos los elementos emocionales que se suceden después de los seis meses, y poder relacionarlos con las angustias que sufre el paciente frente al tratamiento odontológico, en mayor o menor grado, pero que están presentes, de todas maneras.

En relación con la dentición, Arminda Aberastury y su grupo de la Argentina plantean la presencia de trastornos propios de esta etapa, como las diarreas, el insomnio, las molestias en las encías, y otros, todo analizado desde la teoría psicoanalítica.

En Colombia el Dr. Ernesto Plata Rueda quien para esta época, era el único Médico Pediatra Profesor Titular, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y trabajaba en el mismo Hospital, se refería en su libro *El pediatra eficiente* (1980. p.515) al problema como sigue: "La mayoría de los pediatras estamos firme-

mente convencidos de que la erupción dental normal no causa ningún disturbio general de importancia: como proceso fisiológico que es análogo al crecimiento de las uñas y del cabello. No existe ninguna explicación fisio-patológica científicamente válida para pensar que la erupción dentaria cause fiebre, diarrea, erupciones, vómito, insomnio e inapetencia, como ingenuamente creen la mayoría de las madres y sobre todo las abuelas”. Al contrario explica el Dr. Plata, la fiebre acelera el metabolismo y es así como hace posible que haga salir los dientes que están próximos a romper las encías. La diarrea se explica por el contacto con el mundo exterior, llevándose objetos a la boca. El babeo aparece porque aumenta la producción de saliva.

Son dos posiciones bien diferentes la del Pediatra y la del Psiconalista, pero queda todavía bastante por investigar, porque obviamente en el primero la opción por lo biológico predomina, dada la formación general del Médico en la universidad, a pesar de que en esas épocas de formación la Psiquiatría era de “buena presentación”; quien quisiera profundizar tenía ayuda de los docentes. Los psicólogos argentinos eran psicoanalistas que desde su formación daban la mirada correspondiente.

La maduración cerebral otorga a la boca gran importancia en la capacidad vital psicósomática así:

1. Órgano de la ingestión nutricional al servicio de la autoconservación o supervivencia física.
2. Órgano de la recepción y expresión afectiva, al servicio de la salud mental.
3. Órgano del gusto, la percepción del olor.
4. Órgano de la masticación, ingestión fisiológica, autoconservación.
5. Órgano de placer sensorial en acciones como la succión, la masticación, la deglución, el contacto no sólo de la boca, sino todo lo que se extiende en adelante, labios, mejillas, manos, cuerpo, con quien le provee el seno.
6. Órgano de exploración táctil.
7. Órgano eventual de respiración.
8. Órgano de interacción social; la comunicación se establece primero por la boca, la sonrisa, la palabra.
9. Órgano de comunicación simbólica; el lenguaje.
10. Órgano de defensa o ataque, tanto en lo físico, como en lo simbólico: la agresividad verbal.

Recordemos en las pruebas proyectivas la presencia de dientes en los dibujos como símbolo de expresión de agresividad.

Según Freud: “La zona oral mantiene un papel dominante en la organización de la psiqué aproximadamente durante los diez y ocho primeros meses de vida. Los impulsos orales tienen dos componentes separados: libidinales y agresivos. Los estados de tensión oral tienden a una búsqueda de gratificación oral, constituida por el reposo subsiguiente a la lactación. La tríada oral consiste en el deseo de comer, de dormir y de alcanzar la relajación que sobreviene tras la succión, antes del comienzo del sueño. Las necesidades libidinales (erotismo oral) se consideran predominantes en la primera etapa de la fase oral, mientras que más tarde se asocian a componentes de naturaleza más agresiva (sadismo oral). La agresión oral puede expresarse en mordiscos, masticaciones, salivaciones o llanto. La agresión oral está relacionada con deseos y fantasías primitivas de morder, devorar o destruir” (Ob.cit., 1982, p. 581). De lo anterior podemos recordar ilustraciones de la literatura, en cuentos infantiles como Caperucita Roja de Charles Perrault, en el arte: Goya en sus pinturas “negras” con Saturno devorando a su hijo; en el lenguaje corriente, alusiones verbales como las siguientes: me lo comería a besos, es un churro, sed de saber, hambre de cultura, devorarse o comer un libro: refiriéndose a estudiar mucho; mamar gallo, es un bombón, es un bizcocho, o más coloquialmente está como paco (para comer), es mamón. En España dicen los chicos respecto de una niña agradable: que está rica.

Fenichel (1966, p. 397), se refiere a las perversiones orales, diciendo que “una vez más el análisis demuestra que la boca se constituye en sustituto preferente de los genitales en aquellos casos en que la actividad genital se halla inhibida por el temor a la castración”.

También, se refiere a la sublimación en situaciones como la escogencia de profesión: los casos de trompetistas, cantantes, profesores, abogados, oradores, odontólogos...

Los autores en general explican que de la satisfacción adecuada de las necesidades el bebé, durante los primeros años de vida, él toma los elementos para la construcción de su personalidad. La experiencia clínica confirma estos planteamientos, añadiendo en el análisis las variables sociales y las posteriores experiencias que pueden modular las improntas iniciales.

Se puede plantear la siguiente hipótesis: la escogencia de la carrera de odontología puede corresponder al intento de sublimar vivencias que quedaron sin resolver en la etapa oral. En relación con todo este marco teórico se realizó una modificación completa de las técnicas de manejo de paciente en odontopediatría, que serán presentadas en otra oportunidad.

**ESCENA No. 3. RETAZOS**

*Cortados; fragmentos; pedazos de vida.*

*Formas de relacionar el todo con las partes, a través de un objeto único: la colcha.*

*Los cortes son realizados por la persona, en este caso la madre.*

*Las partes han sido cortadas cuidadosamente para dar origen a un proceso nuevo.*

*Las partes tienen medidas irregulares y diferentes colores; un fragmento puede ser equivalente a otro, otros no.*

**Propósito:** *una dimensión mágica: por medio de una red, arropar, cobijar, cubrir y proteger a toda la familia, en este caso la pareja y los críos.*

**Origen del material:** *fragmentos de paño, o de tela; sobrantes de obras magistrales realizadas anteriormente que se convierten en la génesis de una nueva obra; ahora ya no en función de otros, sino de los propios.*

**Tiempo:** *El detalle nos lleva al concepto de parcialidad, incompletud, de silencios, de lo no verbalizado, nos permite resignificar, imaginar, idealizar o soñar el todo, completarlo, generar un ansia, vislumbrar que al comprender un fragmento quizás... podamos comprender el todo.*

**ESCENA No. 4. FRAGMENTOS: COSER - COCER - COZER**

*Unir bordes de telas,  
diseñar, soñar, proyectar, consolidar,  
hacer, construir, dar vida,  
identificar y poner límites, medir (metro),  
cortar para iniciar un proceso de construcción,  
como el diente que destroza, para incorporar,  
ligar, devanar, hilvanar,  
unir, hilar, hilar fino, bordar, tejer,  
dar vida a los sueños,  
Distinguir por las tramas los tejidos, calidades y nombres.*

*Distinguir colores, matices, grosores.  
Hilo, lana, seda, argelino, hiloseda, carreta, cono,  
tubino, cadena.*

*Tapiz, tejido, bordado, rococó, vestidos, muñecas.  
Palabras, poemas, cantares, serenatas, versos, silbidos, tarareos, humo.*

*Ruido: del pedal de una máquina de coser marca*

*Singer, ruido del motor de la máquina de coser, Madre: presencia.*

**Antigüedades:** *máquina de coser Singer, entablado, tocador, pisapapel veneciano de cristal de Murano, mamá Francisca, enramada, máquina impermeabilizadora, pintura Master Tone, polvera, baúl, solar, flores del jardín: rosas, dalias, geranios, azaleas, novios, estramonio, cerezos, brevos, duraznos, cristales de colores, morteros.*

**Olor:** *a tabaco, esencias, aguardiente con ruda, impermeabilizante, pescado frito, gasolina, papi: ser.*

**Desbaratar:** *des-unir, des-coser, cortar las puntadas con cuchillas, des-hacer, romper, des-garrar, doler, nostalgia, Agonía: ausencia.*

**Sabor:** *a banana, a manzana deshidratada, a palabras entrecortadas: flo-re-ci-ta, murmullo de niños, arrullos de padres, Armonía de ser, de pertenecer: permanencia*

**Esencia:** *amor filial Ψ*

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ABERASTURY, A. *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1973, 115.
- ADDELSTON, H. *The Anxious Child*. Brit. Dental Journal, 1960, 108: 345-349.
- ARDILA, R. *Psicología del aprendizaje*. Editores Siglo XXI. México. 1970, 10.
- BAILENSON, G. *Relajación del paciente en la práctica odontológica*. Manual de técnicas sedativas. Editorial Labor. S.A. Barcelona. 1976, 237.
- BELA, S. *Diccionario enciclopédico de la Psiqué*. Buenos Aires. 1966.
- BERNAL, L. M.D. *Comunicación personal*. Bogotá. 1999.
- BOVERMAN, M. *Remarks on the Psychologic Aspects of Anesthesia*. M. Annual Dist. Columbia. 24: 179-182.
- BRAATOY, T. *Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. New York, John Wiley & Sons, Inc. 1954.
- CORTÉS, C. *Manejo de la ansiedad en odontopediatría*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia. 1989.
- CRUZ, L., y ROCHA, M. *Análisis del comportamiento no-verbal de niños que asisten a consulta odontopediátrica y de su asociación con el comportamiento no-verbal del personal clínico*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia. 1994.
- EASLICK, K. *Universidad de Michigan*. Citado por Mc. Donald, R. *Dentistry for Child and Adolescent*. Mosby Company. Saint Louis. 1974.
- EPSTEIN, S. *Hipnosis como anestesia*. Odontología Clínica de Norteamérica. Vol 14.
- FENICHEL, O. *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1966.

- FLÓREZ, L. *Comunicación personal*. 1999.
- FREEDMAN, A., KAPLAN, H., SADOKC, B. *Tratado de psiquiatría*. Salvat. S.A. Barcelona. 1966.
- FREEDMAN, A., KAPLAN, H., SADOKC, B. *Tratado de psiquiatría*. Salvat. S.A. Barcelona. 1982.
- GÓMEZ, B. *Odontopediatría*. Editorial Celcius. Buenos Aires. 1967.
- ILLICH, Y. *Némesis médica*. Editorial Joaquín Mortiz. México. 1976.
- JANIS, Y. *Psychological Stress*. New Stress. New York. Jhon Wiley & Sons. Inc. 1958.
- KATZ, S., McDONALD, JR., STOOKEY, J. *Odontología preventiva en acción*. Panamericana. México. 1975.
- OLIVAR, A. *Aportes de la psicología al tratamiento odontológico en niños*. Revista Psicología de la Salud en Colombia, Vol. 1. 1992. pp. 120-127.
- OLIVAR, A. et al. *Guías de manejo en estomatología pediátrica*. Ediciones Ecoe. Santa Fé de Bogotá. 1988, 128.
- PÉREZ, A. y RODRÍGUEZ M. *Modelo de evaluación para determinar la viabilidad de la cirugía máxilo-facial: estudio de caso*. Monografía de grado. Departamento de Psicología. Universidad Nacional de Colombia. 1993.
- PLATA, E. *El pediatra eficiente*. Editorial Catálogo Científico. Bogotá. 1984, 515.
- RODRÍGUEZ, M. *Comunicación personal*. 1999.
- SKINNER B. F. *Tecnología de la enseñanza*. Editorial Labor. S.A. Barcelona. 1970.
- SPITZ, R. *El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica. Colombia. 1994.
- VILLAMIL, P. *Comunicación personal*. 1999.
- VINACCIA, S., BEDOYA, L.M. y VALENCIA, M. *Odontología y psicología: Disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica*. Revista Latinoamericana de Psicología, 30(1), 67-82. 1998.
- WRIGHT, G. *Behavior Management in Dentistry for Children*. Saunders Company. Philadelphia. 1975.