



Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

## Salud bucal de los niños españoles ¿utopía o posibilidad?

*Para todos los que nos consideramos discípulos de la profesora Elena Barbería y para todos los amantes de la odontopediatría, representa un honor que la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia haya juzgado los méritos y aceptado como Académica correspondiente de ésta Docta Institución a la Profesora Elena Barbería.*

*El pasado 28 de octubre, tuvo lugar el solemne acto de toma de posesión con un discurso de recepción pública. Por su interés para la odontopediatría lo reproducimos en su integridad.*

*Excmo. Sr. Presidente  
Ilmos. Sres. Académicos  
Señoras y Señores*

Al iniciarse este acto, quisiera saber expresar los sentimientos que me embargan. Manifestar, que soy consciente del honor que supone presentarme ante los miembros de esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, que a través de la divulgación de sus trabajos y méritos científicos contribuyeron a mi formación.

Hace un tiempo juzgaron mis méritos y los valoraron suficientes para ser aceptada en esta Docta Corporación como Académica correspondiente, sin embargo, sé que el nombramiento no obedece a mis méritos, sino a su benevolencia.

Como expresó Ruiz de Alarcón “Una cosa es alcanzar y otra merecer”. Hoy hago uso de esta tribuna por haber alcanzado tal honor, por delante queda el camino de merecer y quizás algún día las personas que me guiaron y las que confiaron en mí se sientan orgullosas.

Permitánme que en este momento tenga un recuerdo para quienes fueron mis maestros. Mis padres, personas sencillas que trataron de inculcarnos los mejores valores humanos. Y el Prof. Juan Pedro Moreno González. Él fue capaz de modelar mi trayectoria universitaria desde mi etapa de alumna hasta su fallecimiento.

to. Él sigue siendo mi mejor amigo, mi confidente y el mejor ejemplo universitario.

Quisiera, igualmente, hacer patente mi agradecimiento a mi familia, y a los amigos y compañeros que se alegran con este honor.

Mi agradecimiento no tendría justificación sin un recuerdo especial para el Profesor Carlos García Ballesca. En su discurso de recepción pública en esta Real Academia, él expresó que “juntos hemos tenido la oportunidad, durante estos difíciles años universitarios, de conocer las miserias y las grandezas del ser humano”. Hoy puedo decir, que ¡ojalá! sigamos juntos en ese camino, confiando en que la desolación de la noche nos haga desear el día.

### **La salud bucal de los niños españoles ¿utopía o posibilidad?**

Parecería que conseguir la salud bucal de la población infantil española debe ser algo posible e incluso obligado. En mi caso, los años dedicados a la atención odontopediátrica han modulado mucho la respuesta, ya que se ha producido un profundo abismo entre la mente y el corazón. Mi corazón siente que es posible, que hay que luchar por ello, pero mi mente sabe que a pesar del esfuerzo, afortunadamente, nunca va a lograrse.

Esta es una afirmación aparentemente dura. Decir que afortunadamente la salud no va a conseguirse podría

parecer, incluso, renunciar a la ética a que estamos obligados, sin embargo, Goethe expresó: "todo lo cercano se aleja". El se refería al crepúsculo del día que difumina los contornos de las cosas, pero podría aplicarse al sentir que produce el estudio en profundidad del niño. Cuanto más se conoce al ser humano, su entorno, sus circunstancias, más difícil es hablar de salud.

Cuando consideramos que una enfermedad considerada vital se ha erradicado, situamos como prioritarias otras que hasta entonces eran secundarias. Una vez más lo cercano, la salud, se ha alejado pero gracias a ello los niveles de salud de los pacientes se han elevado.

Mirando hacia atrás podemos ver que no hace mucho que los odontopediatras dedicábamos nuestro tiempo a tratar lesiones de tipo infeccioso. Las secuelas de la enfermedad más frecuente, las lesiones de caries, con posibilidades restauradoras o en estadios tan avanzados que obligaban a la mutilación y posterior rehabilitación de la función, ocupaban nuestro tiempo.

La frecuencia de la patología cariosa y el escaso número de profesionales hacía que un pequeño porcentaje de niños tuviera acceso a lo que le ofrecíamos; limitar el daño que la caries había provocado.

En los últimos años se ha producido un notable descenso de las lesiones de caries en todos los países desarrollados y simultáneamente, en España, se ha incrementado el número de odontólogos.

Esto ha supuesto un desconcierto importante de algunos profesionales, que acostumbrados a que su trabajo fuera la extirpación quirúrgica de la caries y posterior reparación del diente, veían cómo su modo de trabajo desaparecía.

Así mismo, una población acostumbrada a un tratamiento reparador no demanda otro tipo de atención, por lo que se puede apreciar que no se ha producido una mejora notable de la salud bucal.

Actualmente, el paciente acude por temor a presentar patología o porque considera que está de moda un determinado tratamiento. Solucionado lo que él cree que es el problema o si la moda cambia, dejará de ocuparse de su salud bucal.

El paciente debe aprender qué puede esperar del odontopediatra. Nosotros tenemos que enseñárselo y también mostrarle, de forma clara y firme, que el agente fundamental para mantener su boca en salud es él mismo.

El profesional puede evaluar la salud, repararla si se ha perdido, e indicarle los modos de conservarla, pero el trabajo importante tiene que hacerlo él.

Esto llevaría a múltiples cambios beneficiosos:

- la población mejoraría sus niveles de educación para la salud;
- desarrollaría actitudes beneficiosas para el mantenimiento de su boca;
- disminuiría drásticamente los costos para el paciente;
- mejoraría la imagen social del colectivo de odontólogos y estomatólogos;
- evitaría la carga emocional del odontólogo ante los fracasos en el tratamiento;
- se produciría un cambio muy positivo en la población en las razones para demandar atención.

Por otra parte, el odontopediatra o el generalista que incluye niños entre sus pacientes tiene que evolucionar en la concepción de su trabajo.

Son necesarios cambios profundos de las viejas ideas, en los modos de trabajo y es tiempo de incorporarse a modelos de salud bucal más actualizados.

Ocuparse de la salud bucal infantil ya no es "arreglar dientes", sino luchar por conseguir niveles de salud cada día más elevados en el marco de un modelo biopsico-social. Para ello, es necesario incorporarse al grupo de agentes de la salud integral del niño, ocupando el lugar que nos corresponde sin falsos protagonismos. Pongamos un ejemplo. En los programas de enseñanza, incluimos temas como "La caries en el niño", pero pienso que debería ser: "El niño con caries". En el primer caso, la enfermedad es la protagonista y, por tanto, nosotros como profesionales que podemos tratarla somos el elemento fundamental. Pero si expresamos "El niño con caries" el protagonista es el niño, debiendo ser considerado de forma integrada, física, psíquica y socialmente. En este caso, la enfermedad se considera un suceso pasajero que debe desaparecer, con nuestra ayuda, y ser olvidado por el niño. Debemos llevar de nuevo su mente a la salud, al objetivo de mantener la salud bucal.

Aunque quizás no coincida con otros compañeros considero que, para conseguir una mejor salud bucal infantil, el odontopediatra debe:

- volver su mente a la etapa del práctico general. Dejar de considerar a los especialistas (endodoncista, periodoncista, etc.) como el referente y sentir que para la mayoría de los pacientes, él y su equipo deben ser el agente de salud bucal único;
- cambiar el enfoque quirúrgico de su trabajo que presupone, necesariamente, la existencia de patología hacia otro de carácter médico, preventivista y

teniendo en la mente el objetivo de ausencia de enfermedad;

- aprender a cobrar unos honorarios justos y dignos por aplicar sus conocimientos. Esto puede sorprender, pero si analizamos la situación actual, la población y los profesionales entienden que se cobra por "hacer". Aceptan los costos de un número de reparaciones, las prótesis o el tratamiento de ortodoncia, pero aceptan mal que se cobren las revisiones si las conclusiones han sido que la salud bucal está bien.

Poder afirmar que el paciente está en salud, supone integrar en una sola frase los esfuerzos de nuestra familia para nuestra educación; nuestras jornadas de estudios reglados para conseguir el título; el esfuerzo intelectual, físico y económico que supone la formación continuada; la inversión en equipamientos; la aplicación de los conocimientos que aporta la experiencia; el tiempo laboral empleado, etc. Creo que se justifican unos honorarios.

Estas reflexiones y el compromiso que siento como responsable docente de la enseñanza de esta materia dió lugar, hace unos años, al comienzo de una nueva experiencia encaminada a plasmar de forma práctica esta concepción de la atención odontopediátrica.

Deseo agradecer a la Universidad Complutense de Madrid, la entusiasta acogida de esta idea, que se concretó en un Proyecto de Investigación que se está llevando a cabo bajo los auspicios de la U.C.M. a través de la Fundación General y al amparo del artículo 11 de la Ley de Reforma Universitaria.

El Proyecto de Investigación, denominado "Programa de atención odontológica a pacientes infantiles", se desarrolla en los locales de la Facultad de Odontología bajo mi dirección. Es muy grato para mí manifestar públicamente el entusiasmo de todo el equipo y mi agradecimiento a ellos.

El programa concibe el servicio que presta a sus pacientes como un acto único que se extiende a lo largo de toda la etapa infantil.

El objetivo ideal es iniciar la atención en un niño recién nacido o incluso antes, en condiciones de salud bucal e ir acompañándole profesionalmente durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo, indicando y aplicando las medidas preventivas que le permitan mantener la salud bucal y el crecimiento craneofacial favorable. El ideal, por tanto, es ofrecer un servicio de salud que permita trabajar, en todo momento, con pacientes normales aplicando los niveles preventivos

más bajos y obteniendo los resultados de salud más altos.

Si en el recorrido de la infancia se detectan alteraciones de la normalidad, nuestra misión sería detectarlas e instaurar el tratamiento, diferenciando las acciones de éste que competen a cada agente de la salud bucal infantil.

Quizás parece un objetivo banal, conseguido ya o que no presenta grandes estímulos profesionales. Intentemos analizarlo.

Alan Beck aporta una visión del niño en la que, expresa:

"Los niños vienen en pesos, medidas y colores surtidos. Se les encuentra en todos los sitios: encima de... debajo de... al lado de... dentro de... corriendo por... o saltando sobre... Las mamás los adoran, las niñas los detestan, las hermanas y los hermanos mayores los sopor-tan, los adultos los ignoran... y el cielo los protege".

Leamos entre líneas. Beck está hablando de crecimiento y desarrollo corporal, de percentiles, de tipologías, de factores raciales, de psicología evolutiva, amor y empatía, psicomotricidad, aspectos familiares y socialización.

Volvemos entonces al modelo bio-psico-social de salud bucal y también a mi problema personal. Ser capaz de definir, en cada uno de los pacientes, si de la interrelación de factores, medidos separada e individualmente, se obtiene un resultado que pueda ser definido como "normal" para poder afirmar a la familia: "su niño está bien". ¿Estamos seguros de que conocemos y utilizamos en la evaluación de nuestros pacientes todos los aspectos directamente relacionados con el diagnóstico craneofacial? ¿Somos capaces de evaluar, en cada una de las edades, la repercusión del crecimiento de la base del cráneo, el tercio medio e inferior de la cara, el cuello y su musculatura perivertebral, el desarrollo de las funciones craneofaciales, las predicciones de crecimiento, la influencia de los cambios en los sistemas educativos, las relaciones familiares, los hábitos de juego, etc, etc, etc,?.

Quizás ahora me entiendan cuando hablo de utopía. Me gustaría poder hablar a los padres de "normalidad", pero creo que de lo que les hablo es de lo frecuente.

Pero volvamos a Alan Beck cuando decía: "... y el cielo los protege". Creo que se refería, no a uno, sino a toda una cohorte de ángeles de la Guarda. Tantos son los elementos, circunstancias y enfermedades que pueden incidir en la etapa infantil y alterarla.

De modo que el odontopediatra, a lo largo de la vida del niño, va a necesitar interceptar o tratar todos aquellos procesos que alteran el crecimiento craneofacial, recordando que éste va a resultar de una interrelación entre factores genéticos y ambientales, así como del proceso de socialización y el desarrollo intelectual del niño.

La normalidad del proceso estará, necesariamente, supeditada a un crecimiento normal en el sentido más amplio, por eso pretendemos hacer, a partir de aquí, un somero recorrido cronológico de los hitos más importantes que acontecen en la vida del niño y los factores que pueden alterarlo.

En los primeros días del embarazo se aprecia la diferenciación cefálica y el inicio de la formación de la cabeza. La normalidad en el proceso de desarrollo de los arcos faríngeos y los derivados de ellos es fundamental. Es conocida la importancia del arco mandibular y el arco hioideo, sin embargo, no podemos restar protagonismo a el resto de los arcos, bolsas y hendiduras faríngeas. Por poner un ejemplo, el desarrollo correcto de la lengua dependerá de derivados de, múltiples arcos bronquiales, así como de elementos procedentes de otras localizaciones embrionarias.

La odontogénesis se iniciará entre la 5ª - 6ª semana de la vida intrauterina. A las primeras evidencias, la formación de la lámina dental, le seguirán complejos procesos que culminarán, muchos años más tarde, en la formación y la emergencia dentaria.

El momento del nacimiento, el parto, es un hecho de especial riesgo. El sufrimiento fetal puede dejar lesiones en los dientes que se están desarrollando. Más tarde, cuando esos dientes hacen emergencia, las lesiones ocurridas varios años antes podrán hacerse evidentes a modo de cicatrices.

Si es necesaria la utilización de fórceps, no siempre se puede controlar el lugar donde apoyan en la cabeza del niño, de modo que si desgraciadamente se ejerce una presión excesiva sobre estructuras, como la articulación temporomandibular o en huesos, como el malar pueden producirse deformaciones irreversibles que multiplicarán su magnitud notablemente durante el proceso de crecimiento, manifestándose pronto una marcada asimetría facial. Otras maniobras realizadas en situaciones de emergencia, como traccionar la cabeza del niño sujetándolo por la mandíbula, pueden dar lugar a una presión excesiva sobre los gérmenes en desarrollo viéndose posteriormente alteraciones de la forma, estructura, etc.

En el período neonatal pueden hacerse evidentes alteraciones del desarrollo embriológico de mayor o menor envergadura, como la existencia de un labio-paladar hendido u otras alteraciones asociadas o no a malformaciones en otros órganos o sistemas.

El niño que nace con un diente erupcionado, diente natal, despierta en su entorno una especial atención. Pasada la época de las leyendas que le atribuían especial significado, los padres se preocupan por las repercusiones en la lactancia y el pediatra por los riesgos de ser aspirado ya que, generalmente, tiene una acusada movilidad. El pediatra suele indicar la extracción del diente, pero debemos hacer énfasis en el estudio radiológico para confirmar si es un supernumerario o no. Lo frecuente es que no lo sea y si lo extraemos modificaremos la oclusión futura. Si permanece en la boca, poco a poco irá perdiendo movilidad según vaya avanzando el desarrollo radicular.

El período neonatal y el de lactancia constituyen la oportunidad de oro del odontopediatra de sentar las bases de la salud bucodental. La decisión de alimentar al niño con lactancia natural o artificial compete a los padres, nuestra obligación será informarles que la lactancia natural, además de otras ventajas pediátricas, obliga a una elevación y adelantamiento de la lengua y la mandíbula durante el proceso de succión. Estos estímulos favorecerán el crecimiento adecuado de la mandíbula, un desarrollo de la musculatura y una posición de la lengua más favorable.

El chupete debe desaparecer al año de vida para evitar deformaciones. Los padres deberán vigilar que no se desarrolle, en ese momento, un hábito de succión digital. Si es así, será preferible la vuelta a la utilización del chupete.

Especial repercusión tiene el proceso de cambio de alimentación, tanto en el aspecto nutricional, como en el funcional. Las manifestaciones de que una alimentación no es asimilada adecuadamente deben detectarse temprano. Una enfermedad celíaca, por poner un ejemplo, tiene serias repercusiones vitales y además, más tarde, podremos ver alteraciones dentarias derivadas de los déficits nutricionales existentes durante ese período.

La incorporación de una dieta semisólida y más tarde la dieta familiar dependerá de la interrelación de sucesos como la emergencia dentaria, el crecimiento óseo, un cambio en el patrón muscular y nervioso con predominio de la musculatura de la masticación y el V par craneal, frente a la musculatura facial y el VII par que tenía el protagonismo en los primeros meses de la vida.

Pero dependerá, fundamentalmente, de la actitud paterna quienes deben realizar el proceso de aprendizaje del niño en cuanto a cambios de sabor, consistencia de la comida y vehículo con que se realiza.

La vida actual, acelerada y estresante, lleva a los padres a implantar conductas nocivas con frecuencia. Una dieta demasiado dulce, acostumbrará al niño al consumo excesivo de hidratos de carbono. En poco tiempo, probablemente, tendrá caries.

Si progresivamente no se acostumbra a una consistencia más dura de los alimentos, la musculatura craneofacial no se va desarrollar suficientemente y, por tanto, el crecimiento óseo se relentizará de forma irrecuperable. La interrelación de los dientes temporales no será adecuada y, por tanto, la oclusión no será correcta.

Puesto que la función masticatoria no se realiza correctamente, la atrición fisiológica de los dientes temporales no se iniciará alterándose el desarrollo de la oclusión y el proceso de autoclisis bucal disminuye notablemente quedando restos de papilla en contacto con los dientes durante mucho tiempo.

Lo padres habrán ganado tiempo y evitado peleas con el niño. Quizás estén muy satisfechos de la cantidad de nutrientes que incorporan a los batidos, pero están favoreciendo la proliferación excesiva de colonias de *Streptococcus mutans* y lactobacilos, aumentando el riesgo de enfermedad de caries. La alteración muscular y ósea llevará a la implantación de una maloclusión severa que requerirá un tratamiento correctivo de años.

Después de cumplir el primer año, el biberón debe desaparecer y dejar paso a la cuchara y el vaso, pues, si no, pueden producirse mordidas abiertas anteriores por alteración del crecimiento del hueso maxilar y la mandíbula. Además, se dificultará el cambio fisiológico de posición de la lengua desde una posición más baja, propia de la deglución infantil, a su posición correcta en la deglución madura, en contacto con el paladar. Una vez más, están estableciéndose los factores etiológicos de una maloclusión.

En esta edad, segundo, tercer año de vida, se hacen llamativos hábitos nocivos, como la succión digital o alteraciones de la función respiratoria. La succión digital tiene relación con la personalidad y el desarrollo psicológico del niño, por tanto, el factor etiológico no pertenece a nuestro campo de actuación. Los odontopediatras vemos y valoramos algunas de sus secuelas, pero debemos ser cuidadosos con el enfoque terapéutico y con frecuencia condicionar los daños que pueden producirse en la esfera orofacial, frente a otros aspectos

prioritarios, a esta edad, y que pueden deteriorarse si establecemos una terapia restrictiva.

La función respiratoria correcta, las vías aéreas expeditas y funcionantes son fundamentales en el desarrollo de los tercios medio e inferior de la cara.

Las afectaciones que cursan con hipertrofia de mucosas, de amígdalas o de vegetaciones y dificultan la función respiratoria sin un buen sellado labial, son causa de maloclusiones tempranas por alteración del crecimiento craneofacial, por tanto, también la estética se afecta, presentando la característica facies adenoidea. Se presentan también otras alteraciones en la vida del niño y de los padres, como cuadros severos de apnea del sueño, ronquidos etc., que han sido la causa de recabar nuestra opinión y actuación frecuentemente.

Otras patologías, como la utilización continuada de biberones conteniendo leche o zumos, tienen que ver con conductas sociales y, en definitiva, con intentos bienintencionados de los padres de alimentar bien a su hijo o evitar la deshidratación, pero son causa de lesiones muy severas.

Puede verse que el niño sin vivir todavía su tercer año, tiene múltiples riesgos de presentar patología. El trabajo odontopediátrico es multidisciplinario, otorrinolaringólogo, pediatra, etc., pero obliga con frecuencia a reparar ya grandes destrucciones y, generalmente, hay que hacerlo bajo anestesia general.

Todo lo anterior, salvo la patología congénita, puede evitarse educando y entrenando a los padres para los cuidados en el hogar. En el consultorio, se iniciarán las medidas preventivas y se continuará con el programa de revisiones.

Hacia los 3 años, el niño comienza el período de escolarización reglada. Esta etapa parece tranquila, los dientes temporales han hecho emergencia y no hay recambio dentario. Sin embargo, es muy activa en cuanto a desarrollo intramaxilar de los gérmenes de los dientes permanentes.

Hasta hace un tiempo, los tres años era la edad que se marcaba como apropiada para acudir por primera vez al odontopediatra. Hoy, como hemos visto, se considera que debe ser mucho antes.

A esta edad se encuentra todo tipo de patología. Las caries, derivadas de defectos de conducta socialmente modelados, todavía son frecuentes. Los procedimientos restauradores incluyen todas las técnicas clínicas y materiales que se usan en odontopediatría, desde las obturaciones más simples a las prótesis totales o parciales.

Las alteraciones de la oclusión pueden ser tratadas tempranamente con aparatología fija o removible volviendo a situaciones más favorables para el crecimiento.

A esta edad, el niño tiene capacidad de colaboración y el tratamiento puede realizarse de forma ambulatorio, mediante el modelado de la conducta y refuerzo del buen comportamiento. Únicamente aquellos niños que tiene alteraciones de la personalidad o reciben una educación excesivamente permisiva requieren premedicación o sedación inhalatoria. La anestesia general será necesaria en algunos pacientes discapacitados, aunque la tendencia actual es que se realice el tratamiento de forma convencional en el gabinete dental.

Es frecuente encontrar pacientes que ya, a esta edad, tienen tendencia a padecer la enfermedad de caries aunque no tengan todavía lesiones. La detección precoz de los factores predisponentes genética; morfología dentaria muy marcada; elevado número de colonias de estreptococos y lactobacilos; capacidad tampón disminuida de la saliva; cantidad de saliva, alimentación incorrecta; malos hábitos higiénicos; etc., será decisiva para establecer lo que actualmente se denomina: "Riesgo de] paciente de padecer la enfermedad de caries" y en función de ellos implantar las medidas preventivas ajustadas a la edad. Queremos hacer énfasis en el papel activo de los padres en la realización de las técnicas de higiene en el hogar, ya que el niño no tiene maduración. psíquica ni neuromuscular para realizarlas correctamente.

Una patología a la que queremos referirnos es la traumática. Cada vez son más frecuentes las lesiones orofaciales y Dentarias derivadas de golpes accidentales que ocurren mientras el niño aprende a caminar o en los juegos, pero pueden derivarse de accidentes de tráfico o incluso del maltrato infantil. En estos caso además de realizar el tratamiento adecuado, será necesario tornar en consideración los aspectos legales que puedan derivarse.

Las lesiones traumáticas en los dientes temporales son lesiones tórpidas y, frecuentemente, de mal pronóstico. En su evolución, involucran la supervivencia y funcionalidad del diente temporal y al germen del diente permanente que se desarrolla en íntima vecindad. Cualquier proceso infeccioso que afecta al diente temporal, puede afectar el desarrollo y el niño padecerá durante toda su vida adulta las secuelas dentarias de esa lesión temprana.

La primera fase del recambio dentario ocurre entre los 6 y los 8 años aproximadamente. Su inicio coinci-

de con el paso de la educación preescolar a la infantil. Esta etapa aporta información muy veraz sobre el pronóstico de la oclusión adulta, teniendo que decir, si existe patología, el momento apropiado para invertir.

Hoy no se discute que a los 7-8 años el niño debe realizar las funciones orofaciales correctamente. Si persiste una respiración bucal debe ser corregida mediante sellantes bucales y ejercicios respiratorios, después de haber logrado la permeabilidad de las vías aéreas. La persistencia de deglución infantil, la falta de sellado labial o la succión digital requiere un proceso de aprendizaje, entrenamiento neuromuscular y corrección de la maloclusión mediante aparatología.

En estos casos, el trabajo en equipo es fundamental, ya que nosotros nos ocupamos de las repercusiones bucales, pero el factor debe hacerlo desaparecer el otorrinolaringólogo o el psicólogo.

Seguir de esta forma sería reiterativo. El niño seguirá creciendo hasta convertirse en un adulto joven y nuestro objetivo es acompañarlo en ese camino.

Las patologías que podamos encontrarnos tendrán su origen en edades más tempranas, o por lo menos podríamos haber detectado los factores de riesgo. Esto no quiere decir que nuestra labor haya terminado, tendremos que revisar periódicamente al niño y evaluar si los cambios hormonales no derivan en gingivitis incontroladas o en un abandono de los hábitos higiénicos asociado a la rebeldía transitoria propia de la pubertad.

La labor diagnóstica sigue siendo fundamental y prioritaria, sin embargo, según se aproxima el final de la etapa de crecimiento las posibilidades terapéuticas son más limitadas.

Hemos expuesto, someramente, lo que pretendemos en el Programa. Después de varios años consideramos que estamos, todavía, en el inicio del cambio. El camino es largo, pero creo que ya podemos hablar de cambios en la mente del equipo de trabajo y de las personas que acuden al Programa. La edad de los pacientes es cada vez con más frecuencia, muy baja. La razón de la demanda va acercándose a nuestra filosofía y se aprecia un entendimiento y aceptación de los padres.

Quizás perciben que nuestros deseos son los que manifestó Goethe al decir: "Nos gusta tanto mirar al futuro porque, con deseos silenciosos, querríamos orientar a nuestro favor todo lo impreciso que hay flotando en él de un lado para otro".

Todo ello en la busca de la utopía.

*Elena Barbería*