

2ej 711

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**ASPECTOS PSICOLOGICOS EN
ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

SILVIA ORDOÑEZ MIRANDA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO

HABITOS DEL NIÑO

ORIENTACION DE LA CONDUCTA EN EL CONSULTORIO
ODONTOLOGICO

LA PRIMERA VISITA

PARTICIPACION DE LOS PADRES

MANEJO DEL NIÑO

TIPOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO EN ODONTOLOGIA

SUGERENCIAS

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION.

Habitualmente el primer contacto del paciente con el odontólogo se efectúa en edad temprana, es por esto que, es de suma importancia prestar la mejor atención odontológica a dicho paciente, utilizando todos los medios actuales científicos para proporcionarla.

Uno de los problemas en el manejo del niño en el consultorio dental de práctica general es el desconocimiento de la psicología de éstos y los factores que influyen en el niño, no solamente dentro del consultorio sino en el medio ambiente.

Hay pacientes aprensivos de generaciones pasadas, y dicho comportamiento es consecuencia de experiencias negativas, las cuales son muchas veces transmitidas a los niños. Por lo tanto, estos niños no pueden ser condicionados a tener un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas. Esto es el resultado de que anteriormente no se contaba con aparatos, medicamentos ni conocimientos como los que ahora gozamos nosotros.

El odontólogo que incluye una gran cantidad de niños en su práctica lo hace porque comprende y aprecia la importancia del servicio de salud de los pequeños.

Cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe prever que la tarea le resultará algo difícil, ya que practicar una odontología modelo para niños no es fácil. Requiere la adquisición y utilización de conocimientos odontológicos, de los cuales gran parte es común a los que se utilizan para adultos, pero otra parte es única y pertinente solo para niños. Si el odontólogo consiente en hacer el esfuerzo adicional que se requiere para do-

minar el tema, se dará cuenta de que trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que puedan experimentarse en todas las prácticas odontológicas.

El presente trabajo se ha basado y desarrollado mediante la recopilación de datos, de algunos textos, con el propósito de ayudar de alguna manera, facilitando conceptos - actuales al futuro compañero odontólogo, ó, a algún Cirujano Dentista ya recibido de práctica general, para poder entender psicológicamente y manejar al niño en el consultorio odontológico. Con esto no quiero decir que presento la solución a todos los problemas que pudieran surgir, pero - si desearía que lo tomaran como la pauta para profundizarse en el tema.

Así mismo pongo a la consideración del Honorable Jurado la presente tesis.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO.

El organismo humano es notablemente plástico en su adaptabilidad, mediante la maduración de un huevo humano fertilizado, a través de las etapas de la vida embrionaria y fetal, lactancia, niñez y adolescencia, ofrece aspectos físicos, intelectuales, emocionales, sociales, culturales y de la conducta. El crecimiento y desarrollo no se realizan, sin embargo, independientemente en distintas áreas o sistemas, sino que representan una continuidad de interacciones entre el potencial genético innato, por una parte, y el medio ambiente, por otra.(II)

A partir del nacimiento, el niño, necesita una interrelación muy estrecha con adultos protectores y responsables, con el fin de alcanzar el tipo de madurez de la personalidad, hacia el cual todos tendemos, para toda personalidad es influida, tanto genéticamente como ambientalmente. El factor es responsable de las limitaciones del sistema nervioso central típicos del individuo, incluso aunque dichas restricciones son bastante amplias y permiten que cierta amplitud en la respuesta del ambiente. En cierto sentido, el ambiente comienza ya antes del nacimiento. Los sentimientos y actitudes de la mujer embarazada hacia su hijo todavía no nacido tienen una importancia fundamental.

Desde el principio la madre es la fuerza ambiental predominante; pero más tarde aumenta el número de personas y de experiencias que intervienen en la formación del desarrollo infantil.(I)

El término crecimiento ha sido empleado en general para determinar aquellos aspectos de la maduración que pueden quedar reducidos a la medida de la talla; el térmi

no desarrollo se refiere a los cambios en la función del organismo. Debido a que estos dos aspectos no pueden ser diferenciados de modo tajante, se emplea la expresión crecimiento y desarrollo en un sentido unitario que abarca tanto la magnitud como la calidad de los cambios de maduración.

La personalidad del niño se va formando mediante una serie de fases de desarrollo.

El crecimiento y el desarrollo físicos incluyen las modificaciones en el tamaño y función del organismo. Cambios de tipo funcional, desde aquellos que tienen una significación molecular en la vida fetal y una activación de sistemas enzimáticos en el período de recién nacido, hasta las complejas modificaciones metabólicas que acompañan a la pubertad, y adolescencia.

El crecimiento y desarrollo intelectuales son difíciles de diferenciar en la primera infancia de la maduración de la conducta y del sistema nervioso. En la segunda infancia y en la edad escolar, la función intelectual viene determinada de modo creciente por la capacidad comunicativa y por la facilidad del niño en manejar las cosas abstractas y simbólicas.

El crecimiento y desarrollo emocionales dependen de la capacidad del niño en establecer unos eficaces lazos afectivos con aquellas personas que para él tienen el mayor significado. La capacidad para el cariño y el afecto, la habilidad para dominar los estados de ansiedad originados por frustraciones y la facilidad para reprimir los impulsos agresivos son aspectos de la vida emocional con los que cada niño tiene que aprender a enfrentarse. (II)

La capacidad intelectual de la que el niño está dotado esta ampliamente predeterminada por la herencia, el nivel alcanzado y los métodos de sus análisis y el uso de la inteligencia estan influidos en gran manera por el ambiente, la tolerancia, el sentido del humor y el de los valores morales, pueden ser considerados como ejemplos de rasgos que, con mayor frecuencia son aprendidos más bien que adquiridos por el niño en crecimiento, y que varían en alto grado de acuerdo con el fondo ambiental.(1)

Factores Medioambientales: Ha existido la tendencia a creer que una experiencia no tiene una significación verdadera si no es recordada conscientemente.

Influencias del medio ambiente prenatal: Los médicos han rehusado creer que los estigmas y otras características físicas y de la personalidad del niño sean consecuencia de alteraciones agudas o crónicas de la madre durante el embarazo. La probabilidad de que pueden ser causa y efecto es excesivamente pequeña. Por otra parte, no podemos tener la completa seguridad de que el estado mental y emocional de la madre durante el embarazo no resulte reflejado de algún modo en su hijo.

Influencias del medio ambiente posnatal: El clima emocional y el estado de ánimo existentes al nacer el niño tienen sus comienzos mucho antes de su llegada. Incluso las fantasías de la madre sobre los niños y la maternidad alentadas cuando niña o adolescente, desempeñan su papel al ser ya mujer. También tiene su importancia hasta qué punto estan de acuerdo marido y mujer en cuanto a tener hijos y educarlos. La experiencia de la madre durante el embarazo, parto y alumbramiento es particularmente sig

nificativa, quizá porque sus primeras fantasías están de acuerdo o en contradicción con la realidad.

En el neonato existe la necesidad de satisfacción emocional. Esto queda bien patente en su satisfacción al succionar y al pegarse a la madre, y en seguirla con la mirada y el oído, así como en las diferentes experiencias sensoriales proporcionadas por las atenciones de su madre, tales como el calor corporal, abrazarlo, besarlo, bañarlo, unguir su piel y consolarlo con la voz. Estas necesidades se hacen cada vez más intensas y significativas durante el primer año de la vida y finalmente quedan englobadas bajo lo que llamamos necesidad de cariño.

El niño necesita igualmente una cantidad óptima de frustración y oportunidades para crear tensión. Estas necesidades, aunque no tan bien reconocidas, son tan importantes como el sentimiento de satisfacción. De este modo, la madre procura satisfacer y frustrar; para ello dará lo necesario a su hijo, pero también le confrontará con las realidades físicas y sociales de la vida. Durante las primeras semanas y meses de la vida las necesidades primarias del niño consisten en la satisfacción y disminución de la tensión. En cuanto a la toma de decisiones respecto al extremo en que debe ser refrenado el niño, sobre si debe permitirse que reclame por sí mismo el momento para descansar, si debe ser alimentado al pedirlo o según unas normas o si se le somete a otras reglas comunes pero importantes, la madre es influida por sus propias necesidades al igual que por las de otras personas, particularmente las del padre, las de los familiares más cercanos y otros parientes. A medida que el niño se acerca al final del primer año, se espera tanto del padre como de la madre

que sus demandas sean las prescritas desde el punto de --
vista cultural, de tal modo que el niño pueda desarrollar
una adecuada estructura de personalidad y carácter.

lograr un balance óptimo entre la satisfacción de --
las necesidades del niño y privarle de ellas y ponerle --
trabas para que desarrolle sus facultades latentes no es
tarea fácil, ya que las cosas que le rodean están conti--
nuamente cambiando.

Factores Psicológicos. El Id. El estado normal del -
niño es el dinámico, en que las tensiones se forjan y mi-
tigan constantemente. Sin embargo, muy pronto el niño se
vuelve más despierto y existen signos de energía sobran--
te. Estos signos anuncian el comienzo del desarrollo men-
tal. En este preciso momento el único elemento presente -
de la estructura psíquica es el id. El id puede ser defi-
nido como el reservorio congénito de los instintos no or-
ganizados.

El ego. El ego y la organización social del niño em-
pezan a desarrollarse fuera de la interacción entre la -
madre y el niño con su repetición de estímulos y situacio-
nes que producen y mitigan tensiones. A medida que emer-
gen gradualmente sus facultades y su personalidad, más se
espera de él y la madre empieza a introducir sobre las de-
mandas y frustraciones. El niño responde con su tendencia
innata, formada biológicamente, a esforzarse por ser supe-
rior.

El ego puede ser definido como la parte de la perso-
nalidad que integra e interviene, que se desarrolla fuera
de la interacción del id y del medio ambiente y que domi-
na las tendencias del primero, excluyendo o modificando -

aquellas que están en pugna con la realidad. Puede percibir tanto el yo interno como el mundo externo. A medida que se desarrolla gradualmente el ego del niño, la madre debe ir transfiriéndole paulatinamente un grado mayor, -- hasta que un día el niño sea capaz de actuar con relativa autonomía e independencia.

Las distintas facultades adquiridas por el ego y empleadas en la solución de problemas y conflictos se conocen con el nombre de defensas del ego. Unas defensas del ego individual sirven para los fines de adaptación y supervivencia y las funciones de creación y producción. Algunas defensas guardan relación principalmente con el mundo externo, por ejemplo, la facultad de percibir, caminar y hablar. Otras lo hacen más con el mundo interno de los -- impulsos, conflictos, tensiones y emociones.

Superego. El niño nace sin superego. Este elemento de la estructura de la personalidad, al igual que el ego, se desarrolla con la educación y la influencia del medio ambiente. Normalmente el superego se desarrolla bajo la égida del amor. A medida que los impulsos y el comportamiento del niño lo hacen entrar en conflicto con sus padres y superiores, la necesidad que siente de seguir recibiendo su amor y su aprobación es la causa fundamental de que acepte sus opiniones disciplinarias y asimile sus valores para constituir su propio superego.

El superego forma valiosos juicios sobre los impulsos individuales, estímulos y actividades, y puede ser definido como la última adquisición de la mente, además de incorporar el código social e incluir conceptos de justicia e injusticia, el sistema de valores y los ideales.(II)

Así, una parte muy importante de la personalidad en cuanto a su desarrollo, que comienza muy pronto en la vida, es la percepción del ego, o sea el darse cuenta de la individualidad, de ser uno mismo y distinto de los demás. La unidad primaria de la cual el niño tiene primero conciencia es de sí mismo y de su madre, o substituta. Hasta los 3 meses de edad, no reconoce a su madre, y el bebé -- suele estar satisfecho si se le cuida adecuadamente, sin importar, quien lo cuida. Al tener hambre grita. A los 3 meses ya puede cesar en sus gritos cuando la madre se -- aproxima, o muestra otro tipo de reconocimiento de lo que necesita ha de ser satisfecho. Este desarrollo depende, -- naturalmente, del proceso general de una duración y del -- comienzo de la rememoración o memoria. Es la indicación -- más precoz del mecanismo de identificación o discrimina-- ción entre el propio yo y el mundo interior.

El bebé empieza a identificar lo que es "el" y "no el"

Es probable que hasta que el niño tenga 3 ó 4 años -- de edad. La percepción del yo no esta completa, al punto -- de distinguirse a sí mismo como entidad separada. Este -- proceso de aprendizaje es estimulado en parte por la ma-- dre, y puede manifestarse como dependencia con respecto a la misma y miedo a los extraños, el cual es tan notable -- entre 7 y 8 meses.

De todos los aspectos del comportamiento, los más di-- fíciles de clasificar y graduar son las emociones. En los niños pequeños y mayorcitos, particularmente, las respue-- tas francas a estímulos diferentes pueden interestimular-- se tan íntimamente que no es posible diferenciar la natu-- raleza o la intensidad de la causa, por simple observa-- ción de la respuesta. Incluso el adulto tiene considera--

ble dificultad al querer describir sus propios sentimientos o emociones. Además las reacciones a las emociones — son modificadas en tan alto grado por la experiencia, el_ entrenamiento, el sentido de los valores, el estado social y económico y los medios de expresión disponibles.

A medida que el niño crece, su comportamiento expresivo se hace más refinado.

Etapas del Desarrollo Psicológico: En el esquema que se presenta a continuación, no se intenta abarcar toda la variedad de respuestas emocionales, ni debe tomarse tanto el mismo demasiado al pie de la letra. Este a su vez nos_ facilita la comprensión del progresivo desarrollo durante la infancia y adolescencia. La cual para su estudio Freud la llamó, fases oral, anal, fálica, latente y adolescente. Hay muchas variables tanto en el individuo como en la situación. Los módulos de comportamiento de esta lista pueden ser considerados como pertenecientes al repertorio — más usual y característico..

Fase Oral: Desde el nacimiento a los 3 ó 4 meses.

1 - 4 semanas: Gritos de hambre; respuesta de sobresalto; casi todos los gritos, si no todos, son sin lágrimas.(I)

En el recién nacido los tipos de conducta son limitados. Los estados de tensión originados por el hambre, el_ frío, el dolor y otras molestias producen inquietud o llanto. La adecuada satisfacción de las necesidades indicadas restablecerá, por lo general, la comodidad del niño. Algunos de ellos necesitan más "ración de madre" de la habitual, pues se sosiegan al acariciarlos suavemente, mecercelos etc.

En la primera semana de la vida el niño es general--
mente capaz de fijar la mirada en una luz o un objeto bri--
llante, y al cumplir el mes de edad será capaz de seguir--
los con los ojos unos cuantos grados, a partir de la li--
nea de mirada. Al final del segundo mes podrá seguirlos a
lo largo de un ángulo de 180° .(II)

4 - 8 semanas: Se inicia el grito diferencial por --
causas distintas; por ejemplo: hambre antes de dormir, do--
lor vocalización de agrado.(I)

Alrededor de las 8 semanas de edad suelen empezar
a sonreír cuando se les prodiga alguna caricia.(II)

8 - 16 semanas: Sonríe a las caras, ríe fuertemente,
los gritos son menos frecuentes.(I)

Emite ruidos con evidentes muestras de placer al--
entrar en relación con sus semejantes.(II)

3 meses. El niño a esta edad es relativamente incapaz
de diferenciar las personas de su ambiente.

Existen buenas razones para creer que a esta edad el
sentido de seguridad del niño será optimamente promovido--
cuando la madre o persona que la sustituya lo haya atendi--
do meticulosamente en sus necesidades, durante este perio--
do, de un modo puntual, resuelto y afectuoso.

Tanto la educación como la prontitud parecen impor--
tantes en las respuestas de los cuidadores al comporta--
miento del lactante o del niño. La oportunidad y cualidad,
de las respuestas maternas, por ejemplo: pueden ejercer -
un poderoso impacto motivacional. En los casos de cuida--
dos maternos defectuosos, el comportamiento normal o --
apropiado del niño puede no ser consistente o adecuadamen--
te recompensado por una reducción de la tensión, o una --

respuesta materna afectiva puede llegar tan tarde y después de tanta ansiedad, u hostilidad, que el niño no puede asociar ninguna acción específica de su ego con el alivio de la tensión. Tales niños pueden llegar a creer que en modo alguno llegarán a conmover a los que les rodean a través de sus propias acciones. Consecuencias de todo ello pueden ser el retraimiento, la ansiedad o la hostilidad durante toda la vida.

4 - 5 meses: A esta edad es más hábil en establecer contacto con los objetos puestos a su alcance y con mucha frecuencia los llevará hasta la línea media y hasta la boca para la exploración oral. No localiza pequeños objetos.

6 meses: A esta edad es capaz de buscar las cosas, cambiando la orientación de su cuerpo para poder extender una mano hacia el objeto que desea, tal como un sonajero.

Grita fácilmente a la menor provocación; por ejemplo; cambio de posición, retiro de un juguete, sonidos poco usuales; juega solo gustosamente; agita brazos y piernas al ser frustrado.(I)

7 - 8 - 9 meses: A esta edad es capaz de emitir sonidos vocales repetidos, tales como ba,ba,da,da etc. Atiende al oír su propio nombre.

La preferencia por su madre, que ya manifestó a partir de los 6 meses de edad, al llegar a esta edad se traduce por un disgusto cuando ella sale de la habitación. Hará ademanes de adiós o juntará las manos imitativamente.(II)

Muestra miedo a los extraños; aparece la afeción o el amor de grupo familiar; inestabilidad emocional demostrada por cambios rápidos y fáciles de gritos a risas.(I)

10 meses: El niño comienza a ser menos dependiente de la presencia física de su madre, en parte porque él es cada vez más capaz de seguirla de un lado a otro. En esta época también puede demostrarse que si un objeto que ha atraído su atención es cubierto con un paño antes de que él haya tenido la oportunidad de asirlo, será capaz de -- destaparlo y cogerlo, como si comprendiera que el no estar visible no significa que se halle fuera de su alcance. El juego del escondite les resulta muy agradable a esta edad.

La misión de la madre y del niño durante el primer año consiste en el desarrollo de interacciones placenteras que llevarán al niño desde una posición de dependencia a otra actividad independientemente. Las satisfacciones del primer año de la vida se consiguen en gran parte mediante la actividad oral y los contactos corporales, en la alimentación y otros cuidados. El fracaso en las metas de desarrollo correspondientes al primer año conducirá a una insatisfacción emocional o a un estado de ansiedad -- crónica que puede ser la raíz de alteraciones de la personalidad de toda la vida.(11)

1 año: Goza con juegos o trucos sencillos; puede llegar pidiendo afección; los gritos están más frecuentemente asociados a irritaciones o frustraciones mínimas que antes; tozudo en la resistencia.(I)

Puede el niño soltar una píldora en la mano de la persona que se lo pidió; por lo general al cumplir los 15 meses será capaz de introducirla en un pequeño frasco.

18 meses: Dueño de sí mismo; nueva percepción de los extraños; comienza la predilección por los juguetes; explosiones temperamentales si algo va mal.(I)

La maduración biológica ofrece el reto del dominio de los esfínteres y el grado de coordinación neuromuscular necesarios para andar, correr, hablar y manipular objetos. A esta edad el niño hace una exploración física del medio ambiente la cual es transmitida de un modo típico por los repetidos ;no,no! de la madre.

El niño corre por todas partes. Es capaz de escapar de un lugar protegido o seguro a otro que ofrece peligro para él, por lo que es preciso que se le dedique una vigilancia atenta y constante. A los 18 meses sabrá sacar una píldora de un frasco transparente. Sabrá hacer una torre de 3 cubos. El comportamiento imitativo y conceptual continúa desarrollándose con garabateos espontáneos e imitación de las líneas horizontales.(II)

La fase separación - individualización del desarrollo del ego empieza en la parte más tardía de la fase oral y continúa a lo largo de la fase fálica, mientras el niño empieza a separarse de su madre y adquiere un grado creciente de autonomía.(II)

2 años: Equilibrio emocional mejorado; comienza a disminuir el número de reacciones emocionales relativamente violentas; orgullo por sus hazañas de tipo habilidad motora y por vestirse; puede ser halagado mediante acciones y expresiones faciales; miedo principalmente de tipo auditivo; puede mostrar temor ante la salida de los padres.(I)

El niño entra en un período en que vigoriza e imitativamente sacará partido de los objetos que lo rodean. Puede vaciar cubos de basura, cajones y anaqueles e intentará examinar cualquier cosa que esté a su alcance. -

Los objetos frágiles y, por supuesto, todos los venenos - que haya en casa, drogas y productos químicos, deben ser colocados en lugares inaccesibles para él.

La mayor parte de los niños son capaces de pedir de palabra la satisfacción de sus necesidades orgánicas y al mismo tiempo pueden ser ayudados a seguir unos patrones - sociales aceptables para satisfacerlas. En aquellos ambientes en que el niño tiene unos modelos adecuados para imitar, es mucho más evidente que la necesidad de inculcarles la higiene, no se convierta en el centro de una actividad educacional con gran contenido emotivo por parte de los padres o en una preocupación disciplinaria.

La necesidad por parte del niño de someter el creciente dominio de su propio cuerpo y de su medio ambiente a las profesiones sociales y culturales es con menos frecuencia, origen de frustraciones y enojo. Las consecuencias corrientes con el temperamento irascible, el tartamudeo y con menos frecuencia las explosiones dramáticas. Estos episodios son dominados bien por el padre firme y cariñoso capaz de establecer los necesarios límites al niño.

La Fase Anal: Está comprendida entre los 12 meses a los 36 meses de edad. A esta edad adquiere la calidad del ego de un sentimiento de autonomía, más bien que un sentimiento excesivo de vergüenza o duda.

Esta fase se caracteriza por una tendencia a considerar todos los objetos como vivos y animados. Empieza a desarrollarse el concepto de los valores y los rasgos característicos de dar y aceptar la responsabilidad, el dominio de sí mismo, la puntualidad, los derechos de propiedad y la justicia e injusticia.(II)

Fase Fálica: Comprendida de los 3 - 4 años a los 5 - 7.

3 años: Comienza a gozar del juego cooperativo y en grupo; más independiente y menos temeroso que un año antes; situafístico en muchas actividades por ejemplo: al vestirse, arreglar muñecas; amistoso y con deseo de agradar; control emocional creciente.(I)

Las actitudes de los padres le permiten saber si él es bueno o malo, limpio o sucio. Se identifica así mismo como niño o niña, aunque las bases anatómicas para diferenciación no resulten totalmente claras para él. Saben decir cuantos años tienen. Con la idea cada vez más arraigada de que están destinados a convertirse en niños mayores y adultos, los niños en la última fase del período preescolar empiezan a buscar modelos adecuados de los cuales aprender a desempeñar sus futuros papeles. Los modelos más accesibles son, por supuesto, los padres y demás miembros más cercanos de la familia.(II)

4 años: Discutir : uso de palabras nuevas, egoista im paciente; orgullosos de sus hazañas, humor variable y exagerado; gustar; descubrir; parlotear; jactancioso, los temores son muy semejantes a los de dos y 3 años pero ahora gusta de ser atemorizado mediante al jugar con adultos, fuerte sentimiento del "yo", "mío", del hogar y de la familia, comienza a distinguir su "yo" de los demás, y a reconocer a las personas como entidades; autocrítica breve y superficial.(I)

5 años: Está seguro de sí mismo y controlado. Ama a su hogar y las personas y objetos asociados al mismo. El temor más sobresaliente es perder a su madre. Desea asu--

mir responsabilidades. Generalmente se lleva bien con los mayores aunque es tímido en el primer encuentro. Su memoria de hechos pasados es sorprendente exacta. Se va adaptando a la escuela.(I)

La identidad como varón o hembra resulta fortalecida por la identificación con el progenitor del mismo sexo; - el niño también mediante esta identificación, toma posesión de los rasgos de la personalidad del progenitor del mismo sexo; el niño se identifica y adquiere algunas de las cualidades y rasgos del progenitor del sexo opuesto.

Debido a la situación rápidamente cambiante del niño y a su ansiedad acompañante, el desarrollo del sentido de la realidad se caracteriza por un recurso a lo mágico para obtener la tranquilidad. Esto puede tomar la forma de palabras fantasías y pensamientos mágicos.(II)

6 años: Este período es de cambio físico y psicológico. Le es difícil tomar decisiones. Tempestades emocionales, y los accesos de cólera alcanzan su máximo a esta edad, y pueden ser difíciles de controlar.

El amor y la alabanza de los padres son extremadamente importantes durante todo este período.(I)

La ambivalencia hacia ambos padres es común mientras el niño cambia atrás y adelante y va de un lado de sus conflictos al otro. De modo característico existe una alternancia en la presentación del comportamiento agresivo y regresivo. Gran parte del tiempo el niño parece confiado y seguro de sí mismo y la niña se muestra tímida y coqueta. Sin embargo, esta intrepidez se derrumba repentinamente y frecuentemente y el niño queda aplastado. El varón, en particular, es físicamente activo, con mucho juego y fan-

tasía agresivos, aunque esta última es de contenido cruel y violento. (II)

7 años: Se dedica a jugar con más cuidado. En todos los aspectos es menos niño problema. Casi no hay que ayudarlo a vestirse y a desnudarse. El entrenamiento del intestino y de la vejiga urinaria son completos; el niño y la niña se da perfecta cuenta y es sensible hacia el sexo, y frente al sexo opuesto evita exponerse. Se convierte en miembro cooperativo del grupo familiar.

Frecuentemente reclama limpieza y compostura al vestir y en realizar las ordenes de los padres. (I)

A medida que la relación, previamente confortable y afectuosa, con el progenitor del sexo opuesto resulta interferida por los sentimientos sexuales genitales, el niño se enfrenta con la necesidad de renunciar a la estrecha proximidad física. Esto moviliza los sentimientos de resentimiento y agresión, que normalmente van dirigidos con más intensidad hacia el progenitor del mismo sexo. A menudo la agresión resulta desplazada hacia los hermanos, profesores u otros objetos donde sea menos importante el miedo a la pérdida del afecto.

El niño siente rivalidad con el padre por el amor de la madre, y la niña también siente rivalidad con la madre por el amor del padre. Posteriormente el conflicto queda resuelto cuando esa rivalidad se convierte en sentimientos de ternura.

Estos conflictos, que van contra la relación triangular del niño y los padres, se conocen con el nombre de -- "complejo de Edipo" (II)

Fase de latencia: Comprendida de los 5 - 7 años a --

los 8 - 10.

8 años: Sus movimientos son más suaves y dirigidos - sin embargo su juego puede hacerse muy rudo. Le disgusta estar solo y desea que sus compañeros se interesen en sus actividades, poco a poco se hace más resentido por la autoridad paterna. Elección de compañeros de juego. Se comporta mejor fuera de casa o cuando hay extraños en el hogar. Le gusta la escuela y le tiene aversión a quedarse solo en casa. Comprende la existencia de lugares muy alejados. Describe las diferencias y parecidos entre dos objetos.(I)

A esta edad la agresión es movilizadada y usada constructivamente para hacer frente a las frustraciones y retos de la sana competencia en actividades físicas y escolares.

9 años: Es una edad intermedia entre la infancia y la adolescencia. El niño tiene mejor control de sí mismo, y busca y adquiere nuevas formas de independencia. Es lo suficientemente maduro como para aceptar reproches, y ya no busca tantas excusas tipo infantil. Escencialmente dice la verdad y es honrado. Se viste sin ayuda. Obedece bien y puede asumir varias responsabilidades. Es muy paciente la adoración de los héroes. Es autocrítico, pero no demasiado, y ansioso de gustar. Generalmente no es difícil disciplinarlo.

10 años: Uno de los cambios fundamentales a esta edad es el inicio de las diferencias en la actitud hacia el sexo. Entonces la niña es más tranquila y madura que el niño. Ambos comienzan a pensar acerca de los problemas so-

ciales.

Es el principio de la adolescencia en que la formación de un carácter bueno o malo se lleva a cabo con la mayor facilidad. Los maestros, padres, médicos y auxiliares sociales deben conocer estos hechos y usarlos en su provecho. La concepción de la individualidad está más arraigada. Los rasgos y capacidades personales se hacen aparentes a los 10 años, e indican bastante claridad lo que el niño será de adulto. Ahora es posible el trabajo en equipo y la sumisión a reglas fijas de juego. (1)

El niño es desafiado a desarrollar sus facultades físicas e intelectuales aún en mayor intensidad que en la fase fálica. La agresión es movilitada y usada constructivamente para hacer frente a las frustraciones y retos de la sana competencia en actividades físicas y escolares.

Continúa el tipo de identificación con el progenitor del mismo sexo y el sentimiento de ternura por el del sexo opuesto, alcanzado al final de la fase fálica. Además, el niño se vuelve cada vez más hacia las demás personas, particularmente hacia el profesor, aceptándolas como modelo para identificarse con ellas.

Los niños de esta edad tienden a formar grupos y clubs, lo que resulta su primera experiencia en una especie de sociedad de su propia composición. Estos grupos quedan limitados de modo característico a los miembros del mismo sexo.

El ego consolida la técnica de la sublimación, que tan importante resulta en el aprendizaje y desarrollo de la capacidad.

Se adquiere la importante cualidad del ego de la la-

boriosidad, en vez del rasgo indeseable de la sensación de insuficiencia. Las facultades físicas e intelectuales siguen refinándose más.

Aunque persiste cierto grado de pensamiento mágico y lleno de avidez, que probablemente persistirá en el adulto, el niño de esta edad es capaz de realizar la adaptación a la realidad. Sus crecientes facultades de percepción y de valoración de lo que percibe le permiten atestiguar la realidad. A medida que disminuye su estado de dependencia de sus padres, empieza a verlos más realísticamente. Ya no son considerados por más tiempo como deidades, omnipotentes. Sin embargo, la desilusión que el niño sufre de sus padres es compensada con la satisfacción que adquiere al señalarles sus contradicciones e ineptitudes.

El superego resulta más firmemente establecido y sirve de ayuda a la adaptación al mundo externo y para dominar y redirigir los impulsos instintivos. El superego puede resultar modificado si el niño distingue que los valores culturales de la sociedad difieren grandemente de los que le fueron enseñados por sus padres.

La continua preocupación sobre el dominio de los impulsos sexual y agresivo produce perturbaciones del sueño durante este período de latencia. Es probable que las pesadillas de la fase fálica sean reemplazadas por insomnio, frecuentemente asociadas con un miedo consciente a la muerte. (II)

Pubertad y Adolescencia: De los 10 - 12 años a los 16 - 18.

11 años: A esta edad las niñas quedan algo atrás de los muchachos en cuanto a fuerza y resistencia aumenta la

importancia de ser miembro de clubes. Se vuelven más sociales. Son populares los juegos de equipo. Si esta presente, la timidez puede aumentar y ser un problema difícil de comprender para algunos padres. El niño adopta una actitud más crítica hacia el producto de su actividad, -- que antes. Hay una tendencia cada vez mayor a algún tipo de independencia económica de los padres. Puede definir algunos términos abstractos.(I)

En los años siguientes se produce un brusco aumento en el crecimiento somático general; un incremento en el tamaño de los órganos genitales; cambios en la configuración corporal, con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios; la aparición de la menstruación en la hembra y de la eyeculación en el varón, y la presentación de la capacidad para las formas más elevadas del pensamiento y razonamiento abstractos.

Los cambios rápidos y el aumento de energía y actividad del adolescente es motivo de que la sociedad le considere con diversidad de sentimientos. Normalmente se le ha conferido mayor responsabilidad, pero también se espera de él que domine sus instintos sexuales y agresivos y que continúe en el papel del niño sometido a la autoridad de los adultos.

El hecho de dejar de depender de los padres trae como consecuencia la debilitación del superego, ya que en gran manera éste deriva de los padres. En consecuencia, el adolescente, más o menos conscientemente, capaz de examinar y decidir por sí mismo sobre muchos de los juicios de valores propuestos por sus padres.

Particularmente en la primera mitad de la adolescen-

cia el adolescente es un torbellino con estados de ánimo y de comportamiento rápidamente variables. Los sentimientos de desorganización e insuficiencia internos son negados por la mayoría y disimulados por fanfarronería, bullicio y expansividad. El intenso interés por su grupo de compañeros se pone de manifiesto en sus caprichosos vestidos, en sus ídolos juveniles y en la afición a un tipo de música que generalmente es aborrecible para sus padres. - Existe la tendencia a enamorarse y desengañarse con mucha facilidad y se establecen muchas relaciones extrafamiliares, la mayoría de las cuales cumplen el propósito de ayudar a definirse a sí mismo. A medida que se va recuperando el equilibrio, se produce el retorno a unos intereses más intelectuales y filosóficos. Su relación con el grupo de compañeros se va aflojando y el adolescente dirige sus miras a ocupar un sitio en la sociedad de los mayores.

Objetivos A Alcanzar En El Desarrollo Del Niño.

De acuerdo con los principios antes expuestos, los amplios propósitos perseguidos en cualquier fase del desarrollo del niño pueden ser establecidos como sigue: 1) -- complacer suficientemente las necesidades básicas del niño, tanto fisiológicas como emocionales, de tal modo que origine sentimientos de satisfacción, prosperidad, seguridad y estimación propia; 2) presentación gradual de las demandas de frustración por parte de los padres y de la sociedad, que deberán estar en concordancia cronológica con el índice particular del niño en cuanto a maduración biológica y desarrollo del ego; 3) dominio por parte del niño de estas demandas y de los sentimientos y conflictos acompañantes, con el doble resultado de aprender nuevas -

técnicas de autogobierno y adquirir sentimientos de suficiencia y confianza en sí mismo; 4) los lazos efectivos entre padre e hijo, algo tensos, no llegarían a romperse, por lo que la inevitable presentación de resentimiento y hostilidad sería temporal, y la relación deseada sería -- restablecida antes de que fueran rebasados los límites de tolerancia del niño en lo que respecta al peligro de pérdida de afecto; 5) a medida que el niño es requerido a -- que cedan gradualmente sus antiguos modos de satisfacción y su dependencia, es ayudado a redirigir o recanalizar -- sus impulsos en salidas socialmente aprobadas y preferi-- blemente constructivas.

Si estos objetivos son realizados con éxito en cada período de edad, el niño será apto en cada fase subsiguiente del desarrollo y finalmente competente para entrar en la vida adulta.

La primera instrucción del niño y su educación posterior, es decir, su formación cultural, se consiguen mediante el juicioso uso de la aprobación y la censura por parte de los padres y maestros. Por lo general, a los padres -- les resulta muy fácil aprobar o censurar, pero con frecuencia encuentran dificultades en respaldar estas actividades con una firmeza y consistencia convincentes. Las palabras solas no siempre resultan suficientes. De este modo, el estímulo verbal dado a un niño de 7 años que presenta dificultad en el aprendizaje escolar puede no dar buenos resultados si el niño presiente que la relación -- que lo une con sus padres es superficial y carente de apoyo emocional. El pequeño que no hace caso de las repetidas advertencias verbales para que no siga tocando y ju--

gando con un objeto prohibido tenderá a quedar más conven
cido de la intención del padre cuando se le aleje del ob-
jeto o el objeto sea apartado de él.

Al igual que en el niño es normal el uso de la agre-
sión para superar los obstáculos, en el padre será normal
el uso de la agresión para educar al niño. La dificultad_
se produce cuando los padres no tienen suficiente convic-
ción sobre los valores que presentan a su hijo o cuando, _
por otras razones, dejan de actuar suficientemente pronto.
Como consecuencia de montar en cólera, su agresión gene--
ralmente escapa a su dominio y adquiere la forma de hosti-
lidad, con lo que disminuye su efectividad. Muchos padres
sienten que el amor y la agresión se excluyen mutuamente_
y temen que como consecuencia de la agresión contra su hi-
jo perderán su cariño. La firmeza por parte de los padres
no aleja al hijo del padre; después de su temporal res---
puesta negativa hacia la frustración, el niño tiende a --
identificarse con el padre y adquiere la sensación de con
fianza y fortaleza de la experiencia de tener sus propios
impulsos dominados. Efectivamente, el amor exige que el -
padre haga lo que sea lo mejor para su hijo; sólo estable-
ciendo y manteniendo límites en el comportamiento del ni-
ño se convertirá éste en un ser humano razonablemente do-
minado y social. Mientras el niño aprende a regir sus im-
pulsos va adquiriendo el sentido de los valores. Estos va
lores vienen a completar el contenido de su superego o --
conciencia. Para conseguir el desarrollo del ego y del --
superego, es esencial seguir hasta el fin con actitudes -
de aprobación y desaprobación.

Mientras el niño continúe progresando en todos los -

aspectos y límites del desarrollo a un índice razonable--
mente cercano a las normas propias de su edad y no se que
de demasiado rezagado en cualquier aspecto particular del
desarrollo, tiene todas las probabilidades de ir desarro-
llándose normalmente.(II)

HABITOS DEL NIÑO

Los trastornos de adaptación surgen a consecuencia de circunstancias ambientales anormales a las que un niño es incapaz de enfrentarse a una edad determinada. Cualquiera de los problemas que se plantean en las alteraciones del desarrollo pueden verse igualmente en los trastornos de la adaptación. Se sospechará este último diagnóstico siempre que los síntomas sean graves, persistentes y, sobre todo, bien definidos.

Al igual que ocurría en las alteraciones de desarrollo, el conflicto se produce inicialmente entre el niño y su medio ambiente; si éste se resuelve a tiempo, cabe evitar los conflictos psicopatológicos internos. Puesto que una circunstancia ambiental anormal impide la satisfacción de las necesidades del niño, es probable que sus impulsos sexual y agresivo aumenten. De modo regresivo pueden intentar mitigar su tensión mediante la propensión a los placeres libidinosos y a la autosatisfacción.

El niño puede evidenciar dificultad en sus relaciones con la gente mediante el retraimiento o la excesiva agresividad hacia las personas. Su nivel usual de rendimiento mental puede estar disminuido.

Trastornos del apetito. El cólico infantil puede ser producido por los factores más diversos, solos o en combinación; una de las causas posibles sería la existencia de una circunstancia ambiental que provocase tensión en el niño.

Pica. La pica, o apetito pervertido, es más frecuente en los tres primeros años de la vida. El niño puede ingerir una cosa cualquiera entre gran diversidad de sustancias inadecuadas, tales como arena, tierra, hierba, lana -

de las mantas, vidrios rotos, pintura de muebles, cenizas, yeso de las paredes.

Normalmente, el niño que gatea o que comienza a co--rretear se lleva a la boca toda clase de objetos extraños, en parte para explorar el mundo exterior y en parte para_ satisfacer su anhelo de experiencias bucales y de succión. Esta conducta se acompaña con frecuencia de la tendencia_ a jugar con la comida y de mostrar cierto interés por la_ basura y los excrementos.

Este hábito puede igualmente ser visto en los niños_ neuróticos y es frecuente en los deficientes mentales. -- También puede considerarse la posibilidad de que exista un trastorno subyacente de la nutrición o fisiológico; tam--bién nos debe hacer pensar en un déficit de minerales, vi_ taminas u otras sustancias.

Se procura que el niño satisfaga de forma adecuada - los placeres de succión, mordedura, masticación y de otro tipo, en relación con la boca, labios y lengua, durante - el estadio oral de desarrollo, se podrá eliminar la nece- sidad de una continuación anormal de estas actividades.

Fobia. En la fobia la ansiedad difusa es reemplazada por el miedo a una cosa o circunstancia específicas. Este miedo, aunque verdadero para el niño, no es racional, ya_ que es producido más bien por factores inconscientes que - por aquello a lo que él lo atribuye. Por ejemplo, el niño puede estar preocupado por el miedo de que haya tigres o_ ladrones en su habitación por la noche. En la fobia, la - represión está suplementada por el mecanismo de desplaza- miento, por medio del cuál el miedo a un objeto real, por ejemplo, el padre, es desviado de éste a otro objeto, o -

por proyección, mediante la cual los impulsos que crean - ansiedad son falsamente atribuidos a un objeto o circunstancia externos.

Tics. Los tics son movimientos espasmódicos irregulares de grupos musculares aislados, no asociados con enfermedades orgánicas. Son más frecuentes en un período avanzado de la infancia, pero a veces pueden verse en la edad preescolar. En algunos casos, el origen de un tic puede achacarse a una alteración de la movilidad normal durante la primera infancia como consecuencia de una enfermedad o un impedimento artificial, como el producido por vendajes de yeso o férulas.

Los tics son variables en cuanto a tipo e intensidad. Los movimientos pueden ser ocasionales o frecuentes y se realizan de manera inconsciente, aunque en algunos casos el niño es capaz de inhibirlos durante algún tiempo. Su intensidad y frecuencia aumentan con la excitabilidad. La mayoría de estos movimientos están limitados al rostro y consisten en contorsiones y sacudidas de la boca, fruncimiento de la frente, elevación de las cejas, parpadeo forzado, etc. Pueden producirse suspiros, inspiración ruidosa por la nariz o movimientos bruscos de la cabeza. Son menos frecuentes los movimientos súbitos del cuerpo, y éstos pueden localizarse en las manos, brazos u hombros.

Los tics pueden observarse asimismo en los trastornos neuróticos, pero cuando están bien establecidos hacen pensar sobre todo en una alteración psicopatológica relacionada con una perturbación neurótica del carácter.(1)

Durante muchos años, los odontólogos han atendido -- los hábitos bucales de los niños. Los dentistas conside--

ran estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si continúan estos hábitos largo tiempo.

Por este problema también se interesan el pediatra, el psicólogo, el psiquiatra, el patólogo especialista en problemas de lenguaje y los padres del niño. En general, puede decirse que el odontólogo y el patólogo se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de hábitos prolongados. El pediatra, el psiquiatra y el psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser solo un síntoma. Los padres parecen preocuparse más por el aspecto socialmente inaceptable del niño que exhiba algún hábito bucal.

Es de gran importancia para el odontólogo poder formular diagnóstico sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales, pero es igualmente importante escuchar opiniones de individuos de otras profesiones que estudian el mismo problema.

El odontólogo rara vez examina a los niños hasta después del firme establecimiento de los hábitos bucales. En ciertos casos, solo examina al niño para actuar como árbitro en discusiones familiares, donde se debate si un hábito determinado será o no dañino para el niño. A causa de esto, es importante revisar la manera en que el niño se relaciona con el medio externo a través de sus actividades bucales.

Reflejo de succión. Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de su vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto. -- Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de -- funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas re--flejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento, y el reflejo de Moro, todos presentes al nacimiento. Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad. La necesidad de agarrarse no resulta tan obvia. -- Sin embargo, aunque estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje, y contribuyen a su desarrollo psíquico, el calor de la leche -- que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación a sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto -- provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo. Si la sensación es desagradable lo escupe. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da a sí mismo cierta

satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al introducirse su dedo pulgar en la boca. El pulgar mantenido en la boca se vuelve el substituto de la madre, ahora no disponible con su alimento - t_íbio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre. (VI)

La succión del pulgar y sus equivalentes, tales como la de la lengua de otros dedos de la mano y del pie, de tetinas de goma, del chupete o de un cogujón de la sabana, son frecuentes y normales en los lactantes. La succión -- del pulgar es uno de los primeros actos coordinados a través del cual el niño puede proporcionarse satisfacción y hacerse algo menos dependiente de su medio ambiente.

Cuando la succión del pulgar persiste después de la lactancia particularmente en los años preescolares, se debe pensar en la posibilidad de que exista un trastorno -- de adaptación . Se produce con mayor frecuencia cuando se acerca la hora de acostar al niño, cuando está mirando la televisión o cuando se halla hambriento, insomne o enfermo. Puede producirse si el niño se siente desplazado por otro niño más pequeño o si cree que los padres han dejado de sentir interés por él. En la mayoría de los casos el hábito se pierde espontáneamente, sobre todo si no ha llegado a convertirse en un problema entre hijo y padres. Si persiste continua e intensamente, puede dar origen a una posición defectuosa de los dientes, que a su vez requerirá una corrección ortodoncica.

Si se trata de un lactante, la medida más importante

consistirá en asegurar a los padres que esta actividad es completamente normal. Si el lactante ingiere su alimento con demasiada rapidez y obtiene escaso placer de succión, es aconsejable que las tetadas o la administración de los biberones eran algo más lentas. Es importante recomendar el uso de mamilas anatómicas, para que cuando sean utilizadas produzcan el placer de succión necesario.

En los niños de más de dos años, las amenazas de castigo, avergonzarlos y el recordarles constantemente que deben sacarse el dedo de la boca no suelen ser eficaces y tienden a reforzar la actividad. La aplicación al pulgar de sustancias de sabor desagradable, el uso de dediles, milones de metal o de férulas es igualmente ineficaz y puede dar origen a un nuevo trauma emocional. El tratamiento efectivo es el indirecto, y consiste en resolver la situación desfavorable o, en el caso de que la succión del pulgar constituya un síntoma neurótico, en la mitigación de sus conflictos interiorizados.(I)

Cumley cree que la succión prolongada del pulgar después de los 4 años suele ser un síntoma de que el niño sufre hambre emocional y que emplee el pulgar para consuelo y compensación. En algunas instancias parece usar el hábito como un medio de venganza contra los padres. Cumley cree que las mejores medidas correctoras son las indirectas, tales como proporcionar al niño descanso y escapes por el juego.

La mayoría de los niños dejarán de succionarse el pulgar a los 5 años. Si el hábito persistiera, los padres recordarán que el niño es capaz de autodisciplina y que puede ser ayudado con ayudarse así mismo.

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas -- que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño, y con la vivida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve impotente. Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental los -- aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible. En niños, como en adultos, lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias de desagradables en el consultorio dental.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa miedo en otros, puede adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que está observando en otros.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, sin que los sujetos transmisores se den cuenta de ello. Generalmente, mientras más tiempo subsisten temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando. En consecuencia, estos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí. Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. El miedo a los estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin de casiada dificultad por el niño si se usa lógica y compren-

complejo.

La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación. El niño puede tener temores desusados como a la oscuridad, a la separación de los padres, o a los animales o insectos. La historia revelará a menudo dificultades en el adiestramiento de los esfínteres; algunos niños siguen mojando la cama varios años después de haber iniciado la escuela. Hechos como la mala voluntad para entrar en actividades grupales en la escuela podrían surgir en la historia. Los conflictos en el hogar también podrían estar relacionados con el hábito y con otros problemas de adaptación. Por lo tanto, el problema de la succión puede no ser un síntoma suelto, aislado, sino en vez uno de varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad emocional resultantes de una serie de acontecimientos pasados.

Los aparatos correctores para los hábitos bucales están indicados sólo cuando se pueda determinar que el niño quiere cesar el hábito y necesita nada más que un recordador para suplir esa tarea.

El papel de los padres en la corrección de un hábito bucal es muy importante. Los padres se muestran a menudo por demás ansiosos acerca del hábito y de sus posibles efectos. Esta ansiedad puede provocar rezongos y castigos que a menudo crean una mayor tensión e intensificación del hábito. Es frecuente que sea necesario cambiar el medio y la rutina hogareños antes que el niño pueda superar el hábito.

El problema de la succión del pulgar es, por lo tanto, complejo. El papel del odontólogo suele ser secundario a -

tal efecto, aún cuando fuera el primero consultado. Es deber del odontólogo aconsejar a los padres respecto de los posibles efectos dentales y los métodos existentes para la corrección del hábito. También está obligado el odontólogo a remitir a la familia a las personas capaces, médicas o psicológicas, para efectuar el tratamiento de los casos más avanzados.(III)

Aunque estos problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan de los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal normal está causando distorsiones de hueso alveolar y posición de la pieza. Algunos ortodontistas afirman que antes de emprender cualquier intervención, habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño.

En los hábitos de succión, no solo se emplean el pulgar y otros dedos de posiciones corrientes, sino que también otros tejidos como mejillas, labios o lengua, se utilizan frecuentemente para substituir a los dedos.

Succión Labial. La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábito generalmente se presenta en edad escolar, cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de este. El odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales ayuda a enderezar los

músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

Empuje lingual. En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protrusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual. Sin embargo, no ha sido -- comprobado definitivamente si la presión lingual produce -- la mordida abierta, o si ésta obliga al niño empujar la -- lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores.

Empuje del frenillo. Un hábito observado raras veces es el del empuje de frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño -- puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que desplaza las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales; este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

Mordedura de Uñas. Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el de morderse las uñas. -- frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas. Este no es -- un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin -- embargo, en ciertos casos de individuos que presentaban en te hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atrición de las piezas anteriores -- inferiores. Morderse las uñas alivia normalmente la ten--- sión, y aunque los padres pueden no encontrarlos acepta---

fumar para las mujeres hace algunos años. Un hábito, como cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente, ya sea de forma física o moral, el niño mismo o a quienes le rodean. Lorderse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas. Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos substituyen a los dedos. Se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, puros, lápices, gomas de borrar, o incluso las mejillas o la lengua de la persona como substituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

Hábitos de la Postura. Los hábitos de postura que produce mal oclusiones son muy raros, y deberá formularse su diagnóstico, o tratarse individualmente, por separado. En esta categoría entran ciertas ayudas de postura ortopédica.

Hábitos Masoquistas. Ocasionalmente se encontrará un niño con hábitos o naturaleza masoquista. Un niño utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior. El hábito había privado completamente a la pieza del tejido gingival marginal sin ligar, exponiendo el hueso alveolar. El tratamiento consistió en ayuda psiquiátrica y también en envolver el dedo con cinta adhesiva.

Abertura de Pasadores de Pelo. Otro hábito nocivo, -- que fue común entre las mujeres adolescentes, era abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores, para colocárselo en la cabeza. En jóvenes que practicaban este hábito, generalmente se han observado incisivos serrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial. A esta edad, para abandonar el hábito, solo hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos de este.

Respiración por la boca. En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías: 1) por obstrucción; 2) por hábito 3) por anatomía. Los que -- respiran por la boca por obstrucción, son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como --- existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar -- enormes esfuerzos. El niño que respira por la boca por costumbre, lo hace aunque se haya eliminado la obstrucción -- que lo obligaba a hacerlo.(I)

Bruxismo. Otro hábito observado en los niños es el -- bruxismo, o frotarse los dientes entre sí de carácter no -- funcional. Este es generalmente un hábito nocturno producido durante el sueño y se mantiene por un período prolongado, puede provocar la abrasión de tanto los dientes temporales como los permanentes, el bruxismo puede observarse -- también cuando el niño está despierto. El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia. El niño puede producir atrición considerable de las piezas, y puede incluso quejarse de molestias -- matutinas en la articulación temporomandibular.

Las causas exactas del bruxismo permanecen aún en la -- obscuridad. Tal vez tenga una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, el -- cual podrá continuar conscientemente o inconscientemente --

por un período indefinido. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales.

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra. El odontólogo debe encarrar el problema por la búsqueda de la causa, puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevada sobre los dientes mientras duerme. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al frotamiento; de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

En los pacientes sin perturbaciones psicógenas graves aparentes, pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, las drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el bruxismo. (II)

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema muscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. Ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de las mandíbulas; por ejemplo, la acción normal de los labios y la masticación adecuada. Los hábitos de presión anormal que pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial, deben distinguirse de los hábitos normales deseados. Los efectos de una presión inadecuada pueden observarse en el crecimiento anormal o retardado del hueso, en las malas posiciones dentarias, hábitos defectuosos de respiración, dificultades para hablar, alteraciones del equilibrio de la musculatura facial y problemas psicoló

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

- 39 -

gicos. Todos los hábitos de presión anormal deben ser estudiados por sus repercusiones psicológicas, porque pueden estar relacionados con hambre o con un deseo de llamar la atención. Los niños alimentados con botella muestran más frecuentemente hábitos de succión, si la botella ha sido usada como un medio para acuilatarlos e inducirlos al sueño. Una vez que termina la crianza, el niño aprende a chupetearse el pulgar, u otro dedo, al ir a dormir. Numerosas madres dirán que su hijo nunca se chupa el dedo "excepto cuando se va a dormir". Otros niños aprenden tempranamente que la forma más segura de atraer la atención de sus padres es chupándose el dedo. Estos hábitos son aprendidos tempranamente en la vida debido al sistema neuromuscular, y desaparecen alrededor de los cuatro años. Desafortunadamente, pocos odontólogos ven a los niños antes de ésta época y el pediatra o el médico de cabecera que atiende a los niños pequeños no suelen hacer caso de las posibles complicaciones dentales que resulten de éstos hábitos. Más tarde el odontólogo olvida fácilmente que la interrupción brusca de un hábito que ha estado activo por varios años tiene gran influencia psicológica sobre el niño. Es cierto que muchos de ellos pueden practicar hábitos de succión sin deformidad autofacial patente. También es cierto que los hábitos de presión de la succión son causa directa de las peores formas de maloclusión.

ORIENTACION DE LA CONDUCTA EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

En general, se está de acuerdo en que la orientación de la conducta de un niño en el consultorio odontológico, es el requisito previo para su atención dental completa. -- Por años se enseñó esta consideración importante para el tratamiento odontológico y la practicaron algunos según -- una filosofía de ensayos y fracasos, porque hay un vacío -- en nuestro conocimiento del enfoque correcto de la preparación psicológica del niño para que acepte la odontología.

Pese al conocimiento a menudo limitado de la psicología del niño, los odontólogos logran en general llevarse bien con los niños. El verdadero niño problema en el consultorio dental es la excepción. Sin embargo, al odontólogo le resultaría mucho más fácil aceptar cada niño si supiera que un problema de conducta o un estado de ansiedad pueden ser diagnosticados con facilidad y resueltos. Tal aceptación se producirá como resultado de estudio e investigación continuos en el campo relativamente intacto de la psicología infantil en relación con la odontología.

Pocos padres comprenden la desventaja del odontólogo presentando a un niño asustado, ansioso o de hecho opuesto al examen inicial y demás procedimientos. Sólo en raras -- ocasiones tiene el odontólogo la ventaja de conocer el desarrollo psicológico del pequeño la preparación que los padres efectuaron para la primera visita o la posibilidad de una experiencia lamentable previa. Casi si excepción, los padres esperan que el odontólogo domine por completo la situación y preste el servicio de salud a sus hijos, cualquiera que sea su reacción.

Sería imperioso que el estudiante se vinculara mejor

con los problemas de orientación de la conducta, así como con los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, con el fin de que puedan cumplir su parte al encarar el desafío de la salud dental por remediar.

PAPEL DEL ODONTOLOGO. La psicóloga Jenks ha sostenido que, aunque la función primaria del odontólogo es efectuar el tratamiento dental necesario, su campo no debiera estar limitado a la eficiencia técnica. Por el cultivo de un enfoque sensible y comprensivo, puede hacer mucho por ayudar a su paciente a superar la situación. Más aún, la odontología es una experiencia que el niño debe tratar de dominar. El niño que ha aprendido a dominar su papel como paciente odontológico muestra cierta flexibilidad de conducta y un interés por lo que sucede en su torno. El niño se muestra capaz de confiar en el odontólogo y de responderle, y se demuestra confianza en su capacidad para satisfacer las exigencias de la situación.

El odontólogo que limita su ejercicio profesional a los niños o el odontólogo general que incluye muchos niños en su práctica, escucha a menudo la pregunta: "¿Por qué le interesa tanto esta fase de la odontología?". Muchos suponen que es por un genuino gustar de los niños. La mayoría de los autores están de acuerdo en que el efecto por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito en el consultorio, y ese amor por las criaturas debe ser evidente en todo momento. El odontólogo que incluye una gran cantidad de niños en su práctica lo hace porque comprende y aprecia la importancia del servicio de salud dental del niño. Esta fase del ejercicio profesional es probable que le presente un desafío mayor que algunas otras, --

además, puede apreciar los beneficios a largo plazo de una atención temprana y adecuada. Además se da cuenta de que - prestando atención dental a los niños ayudará a reducir el acúmulo nacional de necesidades dentales a un volumen manegable en el futuro, en particular si su tratamiento abarca la odontología preventiva en su aspecto más amplio.

Hay veces en que cualquiera que atienda niños se sentirá inseguro en el manejo de determinada criatura. Es más probable que esta inseguridad se presenta cuando uno se enfrenta con un problema con el cual no se está familiarizado. Es por esto que aquel que incluye niños en su ejercicio profesional debe estudiar odontología continuamente y debe familiarizarse con la amplia variedad de situaciones y anomalías que debe diagnosticar y manejar. Quizá la inseguridad debe ser aceptada como parte del ejercicio de la odontología moderna. Los odontólogos deben comprender, sin embargo, que existen debilidades en sus conocimientos y -- que no deben contar con la respuesta para todos los problemas relacionados con el manejo del niño. Por supuesto, esto es cierto en todos los terrenos de la atención del niño. y la comprensión de este hecho ayudará a cualquiera que - proporcione un servicio de salud para los niños para así - superar un ocasional sentimiento de inseguridad.

Es muy importante que un odontólogo comprenda la conducta del niño. Sólo con una comprensión y un conocimiento activo de la conducta infantil podrá comprender su propia conducta y sus propias reacciones ante los problemas del - consultorio. Al estudiar la conducta del niño captará que el control del pequeño o su orientación durante la situación odontológica se desvía con frecuencia del esquema fijo. (13)

Es comprensible que el odontólogo debe tener un interés vivo por el niño, para que éste quede cautivado verdaderamente por la charla. Además, las conversaciones con niños pequeños y mayores, en cierto modo también son provechosas para el dentista, porque así llega a conocer el amplio campo de intereses infantiles, y obtiene una visión sobre nuevos libros, películas etc. Todo esto lo puede aplicar enseguida para el próximo paciente, y aparte de esto adquiere informaciones psicológicas, que complementen sus conocimientos teóricos.

El odontólogo no sólo debe ser entretenido y estar de buen humor, sino también debe tener paciencia y ser indulgente, pero siempre debe hacer sentir su autoridad. Si posee además suficiente habilidad y sabe trabajar rápida y suavemente, su éxito estará asegurado. Esto no quiere decir que su actuación quede estereotizada. Sólo en niños pequeños pueden establecerse algunos hábitos ya probados; en niños mayores es necesario proceder individualmente. La hilería infantil del odontólogo puede resultar chocante para un niño serio; un niño con intereses ya más elevados, se siente casi ofendido por una charla demasiado trivial. Por lo tanto se debe tratar, ante todo, de comprender el carácter del niño y conocer su temperamento para adaptar correspondientemente sus procedimientos. (III)

Es difícil, o hasta imposible, para un odontólogo decir a otro cómo debe proceder ante un determinado problema de conducta. Ya que los niños reaccionan de diferentes maneras frente a la misma situación, y que un niño puede estar distintamente dispuesto psíquica y somáticamente en cada sesión, de modo que a veces soporta mal el tratamiento

to normal y otras veces soporta tranquilamente un tratamiento complicado. Las reacciones de un niño diferirán y, por cierto, el enfoque del odontólogo diferirá de vez en cuando. Es importante que éste comprenda que si pierde el control de la situación, no necesariamente ha de ser un reflejo de sí mismo. Puede no haber tenido tiempo suficiente para diagnosticar la etiología de la conducta anormal. El fracaso en una instancia puede no significar más que el odontólogo debe considerar el problema o que debe emplear un enfoque distinto.(VII)

A su vez, éste no debe mostrar ira jamás, cualquiera que sea la provocación. De hecho, será útil que pueda enmascarar cualquier tipo de involucración emocional y que cree una atmósfera de comprensión, al parecer controlada.(III)

LA PRIMERA VISITA.

Está aceptado que la preparación meditada del niño y de los padres antes de la primera visita dará por resultado un mejor esquema de conducta en el consultorio dental. La preparación bien puede comenzar en el momento del contacto telefónico de la recepcionista con el padre. La recepcionista explicará que, a menos que exista una emergencia, el odontólogo desearía que la primera visita se arreglara para un momento que le permita completar el examen e introducir al niño en la odontología sin apuros.

El odontólogo puede preferir que los padres eviten toda preparación previa del niño para la primera visita, en la convicción de que él puede relacionar al niño con la odontología y el consultorio dental de una manera más satisfactoria que los padres. Algunos prefieren enviar una carta a los padres, en la que se describe la política del consultorio y se indica qué es lo que se ha de realizar en la primera visita.

Los padres aprecian la recepción de estas circulares que los ayudan en la explicación a sus hijos de cómo el odontólogo planifica ayudarlos a disfrutar de una buena salud dental. La carta asegura a la madre que el personal odontológico espera servir al niño y discutir con ella los factores esenciales relacionados con la buena salud dental,

COMIENTO DE LA VISITA. El momento de la visita del día en que se ve a un niño en especial al más pequeño puede influir sobre su conducta. En términos generales, se reservan las primeras horas de la mañana para los niños más pequeños. (III)

La hora de la visita del niño tiene relación con su comportamiento. No debe darse horas de visita a los niños

que todavía no van a la escuela durante el período normalmente dedicado a la siesta. Los niños que vienen a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritables y son difíciles de manejar. Lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias. Un niño que niega totalmente su cooperación cuando viene en la hora de su siesta, y puede cambiar radicalmente su actitud si se true a otra hora. Es conveniente que cuando los padres llamen pidiendo una cita, se especifique la hora de siesta -- del niño y no se le dé cita a esa hora.

Los niños no deberían ser traídos al dentista poco -- tiempo después de una experiencia emocional seria, como -- puede ser el nacimiento de un hermano o hermana, o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales, y la visita al dentista solo añadiría más ansiedades y desconcierto. En estos -- momentos, será muy difícil lograr cooperación, y pueden -- encontrarse dificultades emocionales. (IV)

Los padres casi siempre cooperan trayendo a sus hijos en el momento sugerido, si el odontólogo les explica que -- los pequeños son capaces de aceptar temprano el tratamiento que si llegan cuando están cansados. El odontólogo está más alerta y más capacitado para lidiar con las reacciones -- impredecibles a esa hora temprana. Es probable que entonces no tenga ningún retraso en su plan de trabajo y que el niño no deba aguardar para ser visto. La espera en la sala de recepción a menudo da al niño la oportunidad de formarse un concepto mental de no cooperación o de agustarse por ruidos desusados o hechos. Hay otros está, excepciones para las sesiones tempranas con niños; una es el niño de -- quien sabe que es poco cooperativo o está de alguna manera

disminuido como para hacerle difícil adaptarse a la rutina habitual del consultorio. Para este tipo de niño se debe tener en cuenta la última sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio esté libre de niños y otros pacientes pudieran resultar influidos por una perturbación.

Todo niño recibe, mucho antes de que pise por primera vez un consultorio, informaciones sobre el tratamiento odontológico. Estas experiencias transmitidas, indirectas, son, por lo general, desfavorables, porque la mayoría de la gente tiene miedo al tratamiento odontológico. Los adultos muchas veces no se dan cuenta de que los niños los escuchan y con mucha atención. Aún cuando comprenden sólo parcialmente, les queda grabado el tono emocional de la descripción de los hechos. Tal narración sugestiva muchas veces es suficiente para influir sobre el niño desfavorablemente, tal vez para toda la vida.

El resultado es peor cuando los niños intercambian sus impresiones entre sí. Sus descripciones son adornadas a veces con detalles fantásticos, de modo que el tratamiento dental adquiere contornos terroríficos, en la mente de los niños no tratados.

Desde luego, ocurre también que el niño oye informaciones importantes y relativamente favorables sobre el tratamiento odontológico, ya por los padres, ya por dentistas, ya por propaganda, etc. Esta información casi nunca es suficiente, y jamás tendrá el mismo efecto de sugestión que la descripción vivaz de los tormentos sufridos durante el tratamiento.

Casi todos hoy en día, están enterados suficientemente de la importancia de un cuidado intenso de la dentadura.

Pero se olvida a menudo, incluir al dentista en la higiene de la boca.

Uno de los obstáculos más grandes para el tratamiento dental, es la imagen falsa que tiene el niño respecto del ambiente de la práctica odontológica y la manera del tratamiento. El niño debería ver con sus propios ojos cómo es un consultorio dental. Tal visita debe ser muy atractiva para el niño, y llena de impresiones agradables. Si la primera impresión no es desagradable, y hasta resulta interesante y atractiva, el niño, la próxima vez, ya vendrá más tranquilo al dentista.

Con el primer contacto, el niño obtiene su experiencia propia. Ya sea para bien o para mal, para colaborar con interés o para resistirse al tratamiento, una experiencia en cada nueva sesión se irá modelando. Pues un solo fracaso puede convertir la buena experiencia en su contrario. (VII)

Si el padre acompaña al niño al consultorio en ocasión de la primera visita con el fin de proporcionar información al odontólogo, es aconsejable describir brevemente lo observado en la boca del hijo. Se pondrá énfasis, en que la presentación de los hallazgos dentales y del plan de tratamiento será efectuada en una visita posterior, después de haber completado todos los datos. El odontólogo puede preferir entonces liberar al padre mientras procede con la parte inicial del examen y tratamiento de rutina.

En el caso de que sea una emergencia, debe aclararsele al padre, la diferencia de una visita no convenida de una cita, ya que la aparición no prevista del niño, por lo general, no permite un examen adecuado.

Algunos odontólogos cometen el error de tratar de hacer demasiado en la primera visita de un niño. Si no siente un dolor, bastará la inspección, profilaxis dental, aplicación de fluor y dar instrucciones de cómo cepillarse los dientes, aun cuando haya muchos dientes destruidos o cariados. Si hubiera un dolor de alguna pieza dentaria claro está, habrá que remediarlo, pero ésta es una de las pocas excepciones. Si el odontólogo sigue un procedimiento simple, el niño tendrá oportunidad de adquirir confianza en sí mismo y en el profesionista. Así mismo, mientras efectúa la profilaxis el odontólogo tendrá oportunidad de trazarse un plan para el niño.

Si el examen y profilaxis marchan sin tropiezos, como ocurrirá en la mayor parte de los casos, el odontólogo que rra tomar las radiografías en la primera visita. El tipo de examen que elija dependerá de la edad del niño y del estado de la dentadura.

Después de la profilaxis dental y del procedimiento radiográfico, el odontólogo debe invitar al padre a que vuelva al consultorio para discutir brevemente lo observado. Debe señalar sus observaciones iniciales respecto de la susceptibilidad del niño a las caries, los dientes cariados sin esperanzas y alguna afirmación general relativa a la gravedad del caso y el tiempo que podría ser necesario para restaurar la boca a un estado de salud. Debe informar a los padres que, antes de la visita siguiente, tendrá oportunidad de examinar las radiografías con todo cuidado y trazar un plan de tratamiento. Según la capacidad económica de la familia, pueden sugerirse planes alternos de tratamiento. Al nombrar presupuesto, evite dar cifras -

exactas o un número determinado de cavidades. Nunca dicu-
ta honorarios con un niño.

Si el odontólogo sigue un procedimiento similar al -
que ha sido trazado, habrá logrado mucho. Ante todo, el -
niño habrá sido introducido en la odontología. Ha habido_
una oportunidad de observar la reacción del niño en el --
consultorio dental, lo cual es muy importante para deter-
minar el tiempo que será necesario para completar el tra-
tamiento. Lo más importante, se habrá iniciado un servicio
de salud por el cual el odontólogo puede pedir honorarios
comparables con los de cualquier otro servicio que exija
un tiempo similar.(III)

PARTICIPACION DE LOS PADRES.

El individuo es un producto de predisposiciones hereditarias y de la influencia del medio, Aún cuando el factor constitucional sea definitivo, puede ser mejorado. Tenemos, pues, derecho a mencionar las adquisiciones hereditarias y de las modificaciones hereditarias. Los factores condicionales siguen el mismo camino. Pueden influenciar toda la vida, tornar al individuo socialmente inapto, privarlo de la fuerza y de la alegría de vivir; pero pueden ser mejorados o transformados por medios pedagógicos.

La educación sólo debe perseguir una finalidad; hacer al niño apto para la vida, darle alegría y felicidad. Tarea no fácil, pues cada individuo tiene condiciones específicas de vida y de felicidad, condiciones que conducen al triunfo o a la derrota. Corresponde a los padres saber educar y dirigir a sus hijos de acuerdo con sus dones y sus posibilidades. Los padres pecan a menudo de este dominio. Deciden la suerte de sus hijos sin tomar en cuenta su individualidad. (VIII)

Por otra parte, los padres no tienen que actuar aceptando incondicionalmente, ni siquiera aceptando congruente mente. Tampoco deben fingir que aceptan cuando en realidad no lo hacen. Aún cuando los niños prefieren indudablemente la aceptación, pueden manejar en forma positiva los sentimientos de no aceptación de sus padres cuando estos envían mensajes sinceros y claros que reflejan sus propios sentimientos. Esto no solo hará que sea más fácil para los niños enfrentarse a las situaciones diversas que encuentren en la vida, sino que ayudará a cada niño a ver a sus padres como a personas reales, auténticas, francas y humanas, con quienes les gustaría tener una relación permanente. (IX)

En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño está regido por herencia física y mental y a medida que se desarrolla, por el condicionamiento que recibe el entrar en contacto con el medio. La herencia no se puede alterar, excepto dentro de los límites estrechos; no puede evitarse. El comportamiento, consecuencia del medio sí puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, adecuada para la sociedad en que se encuentra. Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable y que satisfaga sus necesidades físicas. El que los niños acepten el tratamiento dental de buen grado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados. El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología, al igual que hacia las otras experiencias que forma la niñez, se forma primordialmente en casa y bajo -- guía paterna.

Si el dentista va a realizar trabajos dentales satisfactorios en sus pacientes infantiles, debe contar con su total cooperación. Tan solo podrá obtener esta cooperación si comprende el tipo emocional del niño y de sus padres. Si comprende esto, no le resultará difícil manejar niños. El dentista tiene que reconocer que está vinculado emocionalmente a sus pacientes, y para manejarlos con éxito debe estar consciente de los factores psicológicos y sociológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia la odontología. El estudio de la ciencia que ayuda a comprender el desarrollo de miedos, ansiedades, y furia, cuando se aplica al niño en una situación dental, -

puede dominarse la odontopediatría de la conducta. El manejo adecuado de los niños en el consultorio es responsabilidad del dentista, y la debe asumir sin dudar, si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y su profesión. También está claro que condicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres. Deberán aceptar esta obligación como deber paternal. Si los niños llegan al consultorio por primera vez con exceso de miedo y espíritu no cooperativo, se puede suponer que la falla está en el condicionamiento paternal. Aunque es responsabilidad de los padres inculcar a los hijos actitudes convenientes hacia la odontología, el dentista puede ayudar asegurándose de que los padres estén totalmente informados y educados sobre los fundamentos más necesarios de psicología infantil. El dentista que no lo haga, no está usando todos los medios disponibles para el manejo del niño.

Antes de que el odontólogo esté en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, debe comprender los problemas que intervienen. Debe comprender la naturaleza del miedo y estar consciente de cómo las actitudes de los padres pueden modificar tipos de comportamiento. Debe estar enterado de la formación de personalidad y cómo se desarrollan ansiedades. Debe también tener diplomacia y tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada. Si el dentista puede aconsejar a los padres clara e inteligentemente, en la mayoría de los casos será aceptado de buena gana y a veces incluso con avidez. Si el odontólogo va a ser un miembro respetado de la profesión ocupada de -

de la salud es necesario que sea competente para discutir problemas relacionados con su campo. Los padres siempre quieren dar a sus hijos todas las ventajas que ofrece la vida, aún cuando ellos no lo hayan tenido en su niñez. La preparación emocional del niño, hecha de manera inteligente, proporcionará una de estas ventajas esenciales, porque puede decidir que tenga éxito o no. Se ve claramente que los problemas de manejo son mucho más importantes para el dentista, que puede ver niños bajo tensiones emocionales muy fuertes.

Los padres, a su vez, aplicarán estos conocimientos a sus hijos, quienes mirarán al dentista favorablemente en vez de con miedo irracional. Estos conocimientos ayudarán tanto al niño como al dentista.

En este capítulo se ha presentado el comportamiento que los padres deben de seguir, para introducir a sus hijos a la odontología. Ahora mencionaré las consecuencias que acarrearán en el consultorio dental, ciertas actitudes de los padres.

Los padres dominantes, presentan niños tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social. Son humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas. Estos niños constituyen pacientes ideales, si no son excesivos en su actitud y porque son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina. Sin embargo, frecuentemente, a causa de la timidez del niño, el dentista tiene que romper la barrera de timidez haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser un buen paciente.

Los padres que son demasiado indulgentes, o que dan -

demasiados lujos a sus hijos, presentan niños que tienen - dificultades para adaptarse al medio social que les rodea. A estos niños no se les pide que se enfrenten a realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y -- servicio. Como les hacen creer que son superiores a los de más, se vuelven desconsiderados, egoístas, y tiránicos. Si no se les da lo que piden, se impacientan, tienen ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas -- que no acceden a sus deseos. Con un dentista extraño pueden tratar de usar su encanto y persuasión, e incluso forzarlo, para evitar el tratamiento y hacer lo que quieren, y si esto falla, hacen alarde de ira extrema y pueden resistirse, incluso con fuerza física, a los intentos de manejo del dentista. Son niños muy mimados, aunque no incorregibles, son muy difíciles de manejar en el consultorio dental. En un gran porcentaje de los casos debe usarse algo -- de disciplina como medio de obtener su cooperación. Una -- vez que comprenden el significado de la docilidad, se vuelven excelentes pacientes. No es raro que los padres demasiado indulgentes traigan a su hijo al dentista en forma hostil, insistiendo en que les permita acompañarlo a la sala de operaciones, interpretará cualquier intento disciplinario del dentista con brutalidad. Generalmente, son estos -- niños los que más necesitan la disciplina del consultorio. Es conveniente que el dentista tenga en cuenta, al aconsejar a los padres de niños mimados, que estos consideran a sus hijos mucho mejor educados de lo que en realidad están, por lo que habrá de usar mucho tacto.

Existen varios tipos de rechazo, desde ligera indiferencia a causa de trabajo u otros intereses, hasta rechazo

completo a causa de problemas emocionales. El padre que es algo indiferente tiene hijos que sienten inferiores y olvidados. No están seguros de sí mismo y de su lugar en la sociedad. Desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. Está claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino esforzándose en ser amigable y en comprenderlo. - Estos niños generalmente demandan mucho y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y bondad. En muchos casos, el niño rechazado se porta mal para atraer la atención. Este niño deberá recibir la atención deseada cuando se porta bien, y no cuando se porta mal. Debe enseñársele que cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

Ansiedad excesiva, por parte de los padres por el niño, como resultado de alguna tragedia familiar anterior, - que fue consecuencia de alguna enfermedad o accidente. Se asocia generalmente con exceso de afecto, protección y mimo. Los padres no le permiten al niño que juegue solo. Exageran mucho las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se le hace guardar cama sin necesidad. Estos niños son generalmente tímidos, huraños y temerosos. Se preocupan cada vez más por su salud, y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos. Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean. Sin embargo, es posible que el dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores. Pero si se alienta y asegura al niño, este --

generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica. No aceptan al niño como es, sino que lo forzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Al entrenarlo, forzan al niño, y son por lo general extremadamente críticos, estrictos, y a veces incluso lo rechazan. Estas molestias críticas constantes desarrollan en el niño evasión y resentimiento, sumisión e inquietud. Puede ser común el negativismo. Puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las órdenes despacio y con el mayor retraso posible. Si se les trata amable y considerada-mente, estos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes. Su reacción es parecida a la producida por niños con padres exigentes.

Al considerar las actitudes de los padres se considera que, en general, es necesario cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión por la de los hijos para que se ajusten estos a los patrones culturales actuales. Los niños que sufren algo de su presión en casa parecen aceptar las experiencias exteriores con más animación e interés. Si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño tenderá a ser un paciente dental y encajará en un mundo en que los ajustes son siempre necesarios. Si el dominio es más evidente en el padre o en la madre, el más severo es el que debería traer al niño al consultorio. A causa del miedo que pueda experimentar, ningún niño muy joven deberá venir al consultorio sin compañía. Por lo tanto, necesita la confianza y seguridad que solo un padre o una madre pueden dar.

Las actitudes que unos niños tienen hacia otros están formadas principalmente por los padres. Estas actitudes -- pueden variar según el número de hijos y su posición en la familia. El hijo más joven es el que tiene más dificultades con las actitudes de los padres. El hijo mayor, por el contrario, ha nacido para posición de mando, por que aunque los padres pueden carecer de experiencia, tienen el entusiasmo y el aguante juvenil que a veces es tan necesario -- para administrar una disciplina adecuada y justa. El hijo mayor, es a menudo conservador y de comportamiento moderado. Si el hijo menor, nace con varios años de diferencia, tendrá tendencia a ser mimado por sus padres o hermanos mayores.

El hijo único o adoptado puede recibir demasiada indulgencia de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egotista y dado a ataques de mal genio. Esto no es necesario. Si las actitudes de los padres hacia él son moderadas, el niño puede estar bien centrado.

Pero el hogar es, sin duda el factor más importante -- para modelar la personalidad del niño. Es el hogar el que gobierna el destino del niño en su medio social.

Con esta información básica, se espera que el factor se sienta alentado a proseguir con el tema, y que en el futuro se vea en posición de aconsejar y guiar a los padres inteligentemente.

Respecto al comportamiento de los padres en el consultorio dental, podemos decir que, estos comprenden que, una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor cómo preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Los padres deberán tener confianza total en el dentista y

confiar su hijo a su cuidado. Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto como para seguirlo o para llevar al niño, a menos -- que el odontólogo les invite hacerlo. Algunos niños en --- edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres, es_ pecialmente si el trato de estos ha sido defectuoso. Sin - embargo, hay casos en que la sola presencia de los padres_ infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de cuatro años de edad. Si se invita al padre de un niño - mayor para que pase a la sala de tratamiento, deberá desem_ peñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie, o sentarse alejado de la unidad. No deberá hablar al dentis_ ta o al niño, a menos que aquel se lo pida, ni deberá to-- mar al niño de la mano ni mirarle con simpatía y expresión asustada. No hay nada que trastorne más el éxito del mane_ jo de un niño que una situación en que la madre está comu_ nicando información falsa al niño, o le está transmitiendo su simpatía. Esta división de obediencias llevará a descon_ fiar del dentista y también creará a los procedimientos -- dentales.

El profesional puede hacer mucho en la educación de - los padres para que estos se aseguren de que su hijo no -- llegue al consultorio con dudas y miedo. Para los padres,_ será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. La madre se tornará más entusiás_ ta sobre el bienestar dental del niño, y tenderá cada vez_ menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traer_ lo al consultorio. De esta manera existirá una relación -- más satisfactoria entre el dentista y la familia. Si se in_

forma a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas. (IV)

La educación de los padres, la podemos iniciar en el momento en que estos establecen el contacto por teléfono, la recepcionista debe proyectar el auténtico interés del personal del consultorio por el paciente niño. Una manera de lograrlo consiste en ofrecer información amistosa y correcto a las preguntas de los padres. La recepcionista debe tener conciencia del valor crítico de ésta conversación inicial entre el padre y ella, pues ella representa al odontólogo y al resto del personal ante el padre.

Una voz telefónica amistosa transmite una sensación cordial a los padres e identifica el interés del consultorio odontológico por el futuro paciente. Hablará con dicción clara, expresándose en un tono natural y modulado y conversará de manera eficiente pero sin apuros. La indecisión, las respuestas abruptas, el atolondramiento y las contestaciones confusas provocarán un rechazo paterno hacia la conveniencia de que en ese consultorio sea prestado un servicio a su hijo.

La conversación telefónica entre la recepcionista y una madre brinde información importante acerca del nivel de comprensión sobre salud dental por el lado paterno. Las preocupaciones principales de los padres y, posiblemente, sus angustias por la atención odontológica, a menudo resultan evidentes durante la conversación inicial. (III)

Es fundamental que la madre, el padre, o alguna persona responsable, acompañe al niño al consultorio, al menos para la visita inicial. Ellos, como padres, tienen la obligación de conocer y comprender el estado dentario y los problemas que presenta, su hijo o hija, y asumir las responsabilidades parenterales relativas al tratamiento. La única excepción a esta regla (que el padre, o encargado de acompañar al niño al consultorio en la primera cita) es el caso en que el interés de los padres se ha logrado anteriormente, hay acuerdo completo entre las partes y no existe problema dental importante.(VI)

Así el padre en el momento de la primera visita, llegará al consultorio, con la idea de que llevó a su hijo a un consultorio donde hay buena organización.(III)

Y desde la primera visita podemos dar indicaciones a los padres como las que enumero a continuación:

1.- Pida a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales en el dentista. Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar el miedo explicando de manera agradable, y sin darle mucha importancia, qué es la odontología y lo amable que va a ser el dentista. Para los padres que aún temen los servicios dentales, se les puede explicar de la anestesia moderna, la mejor comprensión del manejo del niño y técnicas operatorias mejoradas, no hay necesidad de que el niño tema al tratamiento dental. Se ha avanzado enormemente en el alivio del dolor en odontología. El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental, encontrará que pa

ga dividendos, ya que el niño apreciará más la odontología. Generalmente, se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño. Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al dentista.

2.- Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradable.

3.- Pida a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo a usted. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándole a recorrer el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo. Algún pequeño regalo al final del recorrido, hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.

4.- Explique a los padres que si muestra valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre temores de los niños y los de sus padres.

5.- Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien contrados es generalmente un paciente dental bueno.

6.- Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan solo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.

7.- Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.

8.- Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas, o ridiculizando los servicios dentales. En el mejor de los casos tan solo crea resentimiento hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.

9.- Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que puedan llegar de fuera. (IV)

Recordemos entonces que, juntamente con el crecimiento psicológico del niño y la influencia paterna, es importante considerar también que posibles relaciones pueden tener el estado físico, la escuela y el miedo, sobre la conducta del niño y la visita al odontólogo.

MANEJO DEL NIÑO

El primer objetivo exitoso es establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados por ayudarlo. Pueden hacerlo logrando que el niño tome conciencia de la importancia de la visita odontológica y los diversos procedimientos. (III)

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para trabajos de corrección pueden clasificarse como buenos pacientes. También es cierto que la mayoría de los niños llegan al consultorio con algo de aprensión y miedo, pero, como muestra la experiencia clínica, pueden controlar estos temores si los racionalizan. Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes de lectuosas de los padres, no se adaptarán a la rutina y a las molestias que acompañan a los tratamientos dentales. (IV)

Para poder realizar un procedimiento operatorio aceptable, es esencial la cooperación del paciente. Una restauración incorrecta, invita al fracaso, a la pérdida de confianza y a la pérdida del paciente.

En odontología hay dos grandes clasificaciones que se pueden aplicar a la conducta del niño; cooperadores y no cooperadores.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable y doloroso, y lo que él puede interpretar como una amenaza para su bienestar. Puesto que los niños actúan por impulsos, el miedo, el dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que esto tenga relación con la razón o con saber que existen pocas razones para --

asustarse. A pesar del deseo que tiene el niño de agradar, se le hace imposible ser complaciente en presencia de un miedo insoportable al dolor. El odontólogo tiene a veces dificultades para comprender esta actitud, a veces es incluso difícil para el niño dar cuenta de su comportamiento. Puesto que el miedo proviene de un nivel cerebral inferior que la razón, se comprende que se manifieste con base más emocional que intelectual, y por lo tanto, no se puede interpretar basándose en la razón tan solo. Aunque el comportamiento del niño parezca poco razonable y no se comprenda bien, es totalmente intencional y se basa en experiencias subjetivas y objetivas adquiridas durante la vida entera del niño. El condicionamiento total del niño registrará su comportamiento emocional en el consultorio dental. Si, cuando resiste con fuerza a sus padres, logra que se satisfaga sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales del mismo modo.

Si se hace que no le resulten sus ataques emocionales, cambiará su comportamiento. Cuando el niño aprenda que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así. No se pueden hacer tratos con un niño de corta edad acerca de su comportamiento. En estas situaciones, es mejor ser autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre la acción. (IV)

Es importante que el profesional tenga presente que esta reacción puede ser considerada normal y que es parte del proceso de aprendizaje y no una reacción provocada por él o en su personal. Con esto en la mente, debe trabajar con rapidez suavidad y, aún así, con firmeza.

Cuando el odontólogo pueda esperar una reacción nor--

mal del paciente de primera vez ante la invitación a pasar al consultorio, la asistente saludará al niño y al padre. El odontólogo permanecerá en segundo plano, sin mucho apuro por hacer su aparición. La asistente se dirigirá al niño - por su primer nombre y, suponiendo que la primera visita fue para examen o inspección inicial, invitará al niño y a la madre a que pasen al consultorio. Si bien muchos odontólogos prefieren ver al niño solo en ocasión de la visita inicial, es útil que un padre acompañe al pequeño porque puede proporcionar información valiosa que ayude en el examen. Después de que el odontólogo saludó al niño y al padre si hay algo que les preocupe en particular respecto de la boca o los dientes de su hijo. Como la mayoría de los padres habrán hecho alguna observación previa o traerán alguna pregunta importante para ellos, se les debe dar tiempo para expresarse y para contar una breve historia de toda atención previa.

Si la asistente dental comprende que el niño no va a responder normalmente, podría ser deseable excluir al padre del consultorio y puede manejarlo de acuerdo con él. Quizá pudo darse cuenta de si el niño está realmente asustado o si no desea o no puede cooperar, deberá primero eliminarse el miedo y substituirlo por sensaciones agradables y afecto al dentista. Incluso si solo puede el odontólogo eliminar el miedo hasta un punto en que quede algo de escepticismo y reservas, puede que sienta suficiente afecto por el como para confiar. Cuando se llega a esta etapa, podemos decir que la batalla del manejo del niño está ya casi ganada.

Si es posible, el odontólogo debería establecer bue--

nas relaciones con el paciente antes de separar al niño de su madre, por que de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarla. En un niño de corta edad el miedo al abandono es crítico.

Rand y colaboradores sugirieron algunas reglas para obtener obediencia que a menudo son útiles para manejar a los niños en el consultorio. La primera regla es ganarse la atención del niño. Es preciso ganar la atención del niño que chilla o llora para asegurarse de que oye las indicaciones, una segunda regla es expresar las órdenes en un lenguaje que pueda comprender. Por ejemplo, un niño de 4 años no entenderá el significado de "eyector de saliva" u otros nombres de instrumentos que le son extraños. Por lo tanto, el dentista debe emplear un lenguaje que el niño pueda interpretar y comprender. Es importante pronunciar las palabras con lentitud y claridad. El niño entonces, es más capaz de seguir las instrucciones, que además deberán ser pocas y de a una por vez. A los 5 años, un niño puede llevar a cabo tres ordenes a la vez, pero sólo con la atención concentrada. El odontólogo y su personal deben ser justos y razonables en sus pedidos. No pueden esperar cooperación de un niño incómodo o dolorido. Y a su vez mostrar un interés positivo en el paciente, debe ser sincero y cortés, y desarrollar un aire de confianza en sí mismo.(IV)

El control de la voz, por parte del profesional, es un factor muy importante en el manejo del paciente. El tono y el énfasis empleados al hablar con el niño, produce reacciones favorables o desfavorables.

Un odontólogo, también debe poseer razonable habilidad, de manera que una cavidad pueda prepararse y obturar-

se sin vacilaciones o procedimientos operatorios largos. - Es posible agotar la paciencia de cualquier paciente con una cita larga, continuada, y esto es especialmente cierto en los niños pequeños. La correcta elección de fresas e instrumentos afilados, como también el eficiente acercamiento a la preparación de la cavidad, harán mucho para acortar el tiempo operatorio.

Al trabajar con niños, el odontólogo debe ser muy cauto, tanto en su aspecto personal como en el de su consultorio. La vista de instrumentos, manos, toallas o delantales manchados de sangre, asusta a los niños. El número de fresas, forceps a la vista debe ser en todo momento el mínimo necesario para la operación.

El profesionista no debe demostrar dolor o susto en las expresiones de su cara, mientras está trabajando. (VI)

Si el procedimiento a seguir en su tratamiento, tiene que producir dolores, aunque sean mínimos, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle creer que ha sido engañado.

Tratar de convencer verbalmente al niño para que pierda su miedo sin darle evidencias concretas de por qué, no es eficaz. Puesto que los temores se desarrollan a nivel emocional, las llamadas verbales a nivel intelectual son generalmente ineficaces. Cuando el niño está en contacto con la situación que produce miedo, la ayuda verbal es inútil. Decirle al niño que no debe sentirse como se siente indica carencia de conocimientos sobre problemas emocionales, porque el niño no puede evitar al sentirse así. En situaciones atemorizantes, el deseo de huir domina a la razón, y las seguridades verbales caen en oídos sordos. No -

gaste energía diciendo al paciente que no debe tener miedo sin darle primero razones para creerle.

Si el niño está en verdad asustado, ha de interesarse superar su temor mediante la forma de abordarlo que ya fue expuesta. Sin embargo, muchas de las reacciones de los niños no son tan bien definidas, y el niño que no coopera -- además puede estar algo asustado o sentir aprensión. La -- aprensión puede ser aliviada tomándose tiempo para expli-- car los instrumentos empleados en el consultorio dental y explicárselos en términos comprensibles. Sólo unos pocos - instrumentos serán mostrados por vez. De hecho cuando por primera vez sea examinado un niño, es recomendable no tener nada en la platina. Sólo limitarse a pedirle que abra la boca y con los dedos separar los labios y hacer la inspección inicial de los dientes. Después de esto, quizá pueda incorporar un espejo bucal o un explorador. Pero la necesidad y el uso de cada instrumento deben ser explicados.

Si un niño no desea cooperar para el examen bucal o un procedimiento simple como la profilaxis dental, entonces un grado de restricción estará justificado para controlar la situación y para que el niño comprenda con hechos -- que no habrá dolor ni malestares. Quizá en este momento -- sea oportuno conversar con los padres para hacerles saber -- que el niño no quiere cooperar y grabarles la necesidad -- del examen y tratamiento, y así obtener su permiso para -- proceder en forma cariñosa pero firme.

En primer lugar debemos saber si el niño teme excesivamente la odontología, y por qué. Esto se puede descubrir preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología, viendo sus actitudes y obser--

vando al niño de cerca. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlando se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

En segundo lugar, se familiarizará al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva. Por medio de la curiosidad y cooperación, puede uno acercarse a la mayoría de los niños. A todos los encantan los instrumentos nuevos. Cualquier equipo o mecanismo les interesa y los llena de gozo. Puede disminuirse el miedo permitiendo y alentando al niño sutilmente para que pruebe cada pieza del equipo. El dentista deberá explicar cómo funciona cada pieza, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio. Se hace rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inofensividad de una copa pulidora de caucho. Se hace demostración con la jeringa de aire, y después, como por descuido, se deja en el regazo del niño para que la pruebe. Se explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no está descontrolada, si no que, cuando sea necesario, puede ser detenido en cualquier momento.

Después de familiarizar al paciente con el equipo, -- la siguiente meta será ganar completamente su confianza. -- Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación, podrán llegar a comprenderse sin perder mucho tiempo. Al establecer esta confianza, el dentista debe transmitir al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Cuando se está estableciendo la relación, la conversación deberá alejarse de sus problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares al niño. Hable de amigos, de animales o

de la escuela. Cuénteles lo triste que está usted porque su perro no puede acompañarlo diariamente al consultorio. Si el niño ama a los perros, pronto florecerá entre ambos una comprensión amplia. Hacer que el niño se sienta confortable y confidente en el consultorio dental requiere que todo el personal con el cual él se halla en contacto refleje una aureola de amistad e interés personal. El odontólogo debe estar contento de ver al paciente niño y debe expresar su sentir en voz suave. Resulta positivo decirle frases tales como "Es agradable volver a verte hoy" o "Que lindo vestido o traje"; son preferibles estas frases a pensamientos o preguntas que inciden directamente en los padres. Mucho más se consigue por observaciones de cortesía tales como "Gracias por abrir la boca tan ampliamente" y el usar de la palabra "Por favor". Todas las veces lisonjear es efectivo con el niño en edad preescolar y ayuda a conseguir confianza para el odontólogo. En este nivel de edad es aconsejable usar alguna distracción verbal, sobre temas apropiados al interés del niño. Esto puede incluir su ropa, juguetes, comida favorita o la referencia de su cumpleaños o acontecimientos similares. Durante todo el tratamiento el dentista habla con el niño. Por lo tanto esta debe ser continua y entretenida, y no debe ser interrumpida ni aún cuando el profesional debe concentrarse en un paso de su trabajo. Comúnmente, el dentista deja de hablar justo cuando más tendría que distraer la atención del niño. Es especialmente conveniente anotar algunos asuntos familiares importantes y los intereses principales del niño, lo cual ayuda a entablar más fácilmente la comunicación con el niño en la próxima cita ó sesión.

Algunos dentistas saben distraer tanto al niño con su charla, que éste ni se da cuenta de haber sido ya tratado. Las instrucciones para el niño o para la enfermera deben darse de tal forma, que no corten la conversación. El niño debe tener la impresión de que lo más importante en la visita al dentista es la conversación con éste, y el tratamiento se realiza así sólo de paso. De la conversación el niño debe sentir que hay un verdadero interés por su persona. El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños. No puede salir de escena y seguir siendo su amigo. Sin embargo, es posible que tenga que trabajar con el niño llorando.(VII)

A veces, los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en la silla dental. Es muy difícil hacerce comprender cuando el niño grita continuamente. La amenaza de sacar a los padres fuera de la sala puede ser suficiente para que calle. En otros casos, puede dar resultado darle el tiempo al niño para que se desahogue. Sin embargo, todo odontólogo experimenta ciertos casos, cuando la actitud de los padres ha sido defectuosa o cuando se han inducido medios indebidos, en los que estos métodos no sirven y el niño gradualmente va llegando a la histeria. En ese momento, hay que usar medios físicos para calmar al paciente lo suficiente para que pueda escuchar lo que usted tiene que decirle.

La manera más sencilla de hacer esto es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, indicando que esto no es un castigo, sino un medio para que el niño oiga lo que usted va a decir. No intente bloquear la respiración bucal. Mientras que el niño llora, hablelo al oído con voz

normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar. No deberá haber malicia en su voz. Cuando ha de jado de llorar, quite la mano y hable con el niño sobre al gún experiencia sin relación alguna con la odontología. - Es sorprendente lo eficaz que esto puede ser y cómo estos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimiento y se dan cuenta de que lo que hizo fue para su propio bien. Generalmente, se convierten en los pacientes más cooperadores, e incluso en sus amigos. Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los medios. Puede ser necesario usar esta técnica con niños demasiado mimados.(IV)

A menudo, un niño de muy corta edad se negará a ir -- con el dentista a la sala de tratamiento y se aferrará al brazo de su madre. Si no lo puede convencer con palabras, el odontólogo deberá acercarse al niño de manera amistosa y rodearle con los brazos como si fuera a abrazarle. De -- esta manera se tiene control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala de tratamiento sin temor a que sus pies o manos dañen a nadie. Haga que el niño sienta que usted es suficientemente fuerte para llevarlo y protegerlo, - pero no lo suficiente para herirlo. Cuando el niño está en la sala de tratamientos, puede tratarlo de la manera que antes se describió.

Si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de este sentimiento se transmita a su paciente. - Si el dentista no tiene seguridad, se reflejará en el comportamiento del niño. No existen en el manejo del niño fórmulas misteriosas o secretos para entablar contacto. El ma

nejo correcto se basa en conocimientos, sentido común y ex
periencia.

No hay que olvidar que, siempre que se está trabajan-
do con un niño, no le haga preguntas que requieran respues-
tas si tiene ambas manos y algunos instrumentos en su bo-
ca. Los niños tienden a utilizar su pregunta como excusa -
para interrumpir por unos cuantos minutos el tratamiento.

Deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al
niño. Muchos de los temores sugestivos no los produce el -
procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de -
alguna palabra. Algunos niños se estremecerán de miedo al_
oír palabras como "aguja" o "fresa", y sin embargo, no se_
oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra mane_
ra al procedimiento. Cuando se trata con niños deberán evi-
tarse engaños, pero cuando sea posible, deberán usarse pa-
labras que no despierten miedo, palabras que ellos conocen
y usan diariamente. La substitución exacta de palabras de-
berá guiarse por la edad del paciente. Cada odontólogo pue-
de utilizar la selección que prefiera. En vez de palabras_
como "inyección", "aguja", "pincho" podríamos decir: "Va--
mos a poner algo en tus encías que se sentirá como el pi--
quete de un mosquito". A todos los niños les pican los mos-
quitos. Saben que los piquetes de mosquito son molestos, -
pero el dolor no es suficientemente grande o duradero para
producir ansiedades definidas. En vez de palabra "fresa",_
que para un niño significa hacer hoyos en un diente, díga-
le que va a cepillar los insectos malos y sacarlos de sus_
dientes. Al mismo tiempo, haga correr sobre la uña del ni-
ño una broca grande de cono invertido, explicando que la -
broca es llana, y no puede penetrar en el diente. Toma en-

tonces una gran broca redonda y muestra que las hojas son como muchas cucharas, y por lo tanto, pueden hacer el trabajo más rápida y fácilmente. De este modo, el dentista ha informado al niño de lo que va a hacer sin que produzca miedo. Si el odontólogo considera que va a infligir un dolor considerable, puede explicárselo de la manera que mencionamos anteriormente. Cuando se trata de niños, es siempre buena política informarles de lo que se va a hacer, pero evita asustarlos utilizando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

El uso de amenazas o sobornos, es un mal medio de obtener obediencia. Podemos decir categóricamente: nunca soborne a un niño. Raras veces da resultados positivos al soborno. El resultado será sencillamente que el niño seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones. Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación. Un niño perceptivo pronto se aprovechará de la mala situación del dentista. Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa. La línea divisoria es en realidad -- muy tenue. Una recompensa después de la visita puede servir de soborno para que un niño vuelva la próxima vez. Sin embargo, en general se promete o da el soborno para inducir buen comportamiento. Recompensar es reconocer que hubo buen comportamiento después que se termine la operación, sin -- que anteriormente se hubiera prometido. Los sobornos no -- tienen lugar en la odontología.

Existen muchos tipos de recompensa para pacientes que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista. Por lo tanto, que el dentista reconozca la conducta ejemplar del niño influye para

que este se porte bien. Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Hará todo lo posible por conservar el nivel que él mismo estableció. Cuando alabe al niño, alabe mejor el comportamiento que al individuo. Por ejemplo, en vez de decirle que ha sido un niño muy bueno, dígame que hoy se portó muy bien en la silla.

Los regalos son muy buenas recompensas. Darle al niño algún regalo cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado. Existen muchas variedades de regalos. Algunos odontólogos dan pequeños objetos o juguetes. Muchos dan cupones para comprar helados en alguna tienda cercana. Dar a los niños estrellas doradas para que las peguen en una cartulina que está en la sala de recepción es muy eficaz. La variedad de recompensas se extiende de paseos en caballitos a modelos de yeso. Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo, es que se reconozca su mérito. (IV)

Los párrafos siguientes resumen los aspectos considerados en la orientación de la conducta del niño.

1.- El manejo exitoso del niño depende del cariño, la firmeza, el sentido del humor y la capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.

2.- El odontólogo debe encarar la situación de manera positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea de que el trabajo es extremadamente importante y esencial para el bienestar del niño.

3.- Algunos psicólogos declararon que los miembros del equipo de salud deben evitar todo conflicto o lucha con el

niño. Si el niño se resiste al tratamiento odontológico, - sin embargo, la "lucha" está instituida, y debe ser el --- odontólogo quien gane. En otras palabras, hay que hacer al go en la primera visita.

4.- Si el niño demuestra un mal hábito, debe ser re-- chazado o vencido desde el comienzo.

5.- El odontólogo debe alentar todos los buenos hábi-- tos con elogios y debe esperar el momento apropiado para - felicitar al niño.

6.- Se ha de intentar una transferencia de la confian za, seguridad y entusiasmo del odontólogo y su asistente - al niño.

Una conversación constante de parte del odontólogo o__ de la asistente ayudará a cumplir este objetivo.

7.- Si el niño no desea conceder que hay trabajo im-- portante por realizar, el odontólogo debe mantener su enfo que positivo, en primer lugar mediante el control de la -- voz. Si esto no tuviera éxito, se deberá utilizar alguna - forma de restricción para crear la imagen de que va a ser_ constante el esfuerzo por proporcionar el debido servicio_ de salud. El niño que carezca de disciplina en su hogar, - muchas veces otorgará su respeto al odontólogo que le brin de.(III)

Necesidades Básicas De Todo Niño.

Casi todo psicólogo infantil o pediatra ha intentado__ en un momento y otro, idear una formula de lo que conside-- ra las necesidades básicas o requerimientos emocionales de los niños. Los autores no pretenden que las líneas siquien tes sean una lista completa o la respuesta final a este -- problema, pero consideran que el reconocer estos factores__ es ya un importante paso adelante para alcanzar la felici-

dad y la buena adaptación de los niños.

1.- Seguridad y un sentimiento de pertenecer a la familia y al grupo social. Cada niño necesita no sólo amor, sino ser guiado firmemente. Si se le deja hacer lo que quiere y cuando quiere, finalmente se le da la sensación de que los adultos se preocupan muy poco de él, con lo que desarrolla un sentimiento de inseguridad.

2.- Adaptabilidad al mundo tal cual es y aprendizaje para vivir en él, en parte, esto significa avenirse al grupo; quiere decir enfrentarse con la realidad. No quiere decir la aceptación total y sin crítica de las fuerzas ambientales.

3.- Autoexpresión y libertad para mostrar la propia individualidad. A cada niño se le debería permitir "soñar despierto" y usar su imaginación. Guiar no significa planear o dirigir constantemente. La experiencia sigue siendo buena maestra, aunque a veces es dura.

4.- Lograr el éxito en cosas lo mismo grandes que pequeñas. Permitir al niño que exprese a sí mismo suele llevarle a encontrar sus mejores capacidades propias. La alabanza por parte de los padres y maestros debe ser siempre real y adecuada. La falsa alabanza raras veces convence al niño.(1)

TIPOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO EN ODONTOLOGIA.

Hay por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica: temor, ansiedad, resistencia y timidez. El odontólogo que trata niños se dará cuenta rápidamente de que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única. Puede darse una combinación de varias de esas reacciones. Esta combinación torna más complejo el problema, en particular dado que el odontólogo debe diagnosticar la reacción con rapidez y sin la ventaja del conocimiento de la experiencia previa del niño con miembros de las profesiones de la salud.(III)

Hay muchas razones por las cuales el niño puede ser tímido, asustadizo o vergonzoso, como la falta de oportunidad para alternar con personas fuera del ambiente hogareño, poco afecto de los padres, ser único hijo, los sermones exageradamente críticos y la excesiva autoridad de los padres. Puede tratarse también de un niño psicológica y emocionalmente inmaduro y, por lo tanto, dependiente.

Es fácil descubrir al niño corriente asustado, pues tratará de esconder su cara detrás de la pollera de la madre, o mirará al suelo, o a otra parte, cuando se le dirige la palabra.(VI)

TEMOR: El temor es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la infancia. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño puede ser extremadamente danoso.(III)

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas a estímulos. El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo que

produce miedo. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le -- producen miedo y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a estas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo.

Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño, el miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico. Si el niño no teme -- castigos o desaprobación de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad y puede incluso llevarlo a la cárcel en el futuro. Si no se le enseña al niño temor al fuego, las probabilidades que tiene de quemarse son mucho mayores. Por lo tanto, el enfoque del entrenamiento dado por los padres, no deberá tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente existen, y evitarlo en situaciones donde no existe peligro. De esta manera, servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará comportamientos antisociales.

Debe enseñársele al niño que el consultorio dental no tiene por qué inspirar miedo. Llevar al niño al dentista no deberá nunca implicar castigo, ya que emplearlo así -- crea indudablemente miedo al odontólogo. Por otro lado, si

el niño aprecia al dentista, el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno. Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten. Ven, oyen, huelen y saborean, y son de naturaleza desagradable. Un niño que, anteriormente ha tenido contacto con un dentista, y ha sido manejado tan deficientemente que se le ha infligido dolor innecesario, por fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un niño -- que ha sido dañado de esta manera acuda al dentista por voluntad propia. Cuando le hacen volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el dentista y en tratamientos dentales.

Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido en él intensos dolores infligidos por personas con uniformes similares de los dentistas o los higienistas dentales. Incluso el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos asociados desagradables puede causar temores injustificados. Un diente doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar aprensión hacia la visita dental. El miedo también hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva aprensiones todavía mayores.

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas -- que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente. Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor, sufrida por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño, y con la vivida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve impotente. Un niño que oye hablar a sus padres o a un compañero de juegos sobre los supuestos terrores del consultorio dental los -- aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos lo más posible. En niños, como en adultos, lo que más temor -- infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias de agradables en el consultorio dental.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse -- por imitación. Un niño que observa miedo en otros, puede -- adquirir temores hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que está observando en otros.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, sin que los sujetos transmisores se den cuenta de -- ello. Generalmente, mientras más tiempo subsisten temores -- subjetivos en la mente, más se irán agrandando. En consecuencia, estos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí. Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos. El miedo a los estímulos objetivos, como el dolor que produce una inyección, puede ser superado sin de -- masiada dificultad por el niño si se usa lógica y compren-

sión siempre que el dolor haya sido experimentado anteriormente. El niño sabe que la intensidad y duración del dolor pueden ser soportados y que esta situación ha ocurrido anteriormente sin producir daño ulterior.

El patrón miedo puede ser impredecible, que todos los temores que manifiestan los niños son genuinos. Frecuentemente utilizan el miedo para otros propósitos. Tal vez ahí utiliza el miedo al dentista como mecanismo de defensa, no se le pedirá al niño que haga su visita dental, o realice la tarea que le encomendó el dentista para cuando esté en casa. Son los padres y el dentista los que tienen que determinar si el miedo es real o simulado.

Un niño que presiente una amenaza a la seguridad de su patrón rutinario de vida al ser llevado a una nueva situación, responderá con miedo si es demasiado joven para comprender la razón del cambio. A medida que el niño crece y se desarrolla su capacidad de razonar, uno por uno va descartando estos miedos adquiridos, a medida que la experiencia y la inteligencia le enseñan que hay poca cosa que temer. Lo que asusta a un niño a los 2 años de edad puede no hacerlo cuando tenga 6. Por lo tanto, la edad es un determinante importante de lo que produce o no miedo al niño.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Cualquier estimulación precipitada o intensa de los órganos sensitivos, produce miedo en el niño porque es inesperado. El ruido y la vibración de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos mano al preparar cavidades, producen miedo en un niño de corta edad. A menos que el dolor sea intenso, teme más al ruido de los procedimientos

tos dentales que al dolor que lo acompaña.

Como el niño de corta edad también teme caerse o movimientos súbitos e inesperados, sentir que sin avisarle lo están bajando o inclinando en la silla dental puede causarle miedo. Movimientos de la mano rápidos y enérgicos también aterrorizan. Las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad operatoria, produce miedo si se deja que brille en los ojos del niño.

Los niños que todavía no van al colegio pueden temer el separarse de sus padres. Si el niño se ve empujado a una situación nueva, en la que debe separarse de sus padres, de quienes ha aprendido a depender para obtener seguridad, siente que se le ha abandonado, que este ha dado motivo para que lo hayan dejado solo. Además del miedo por estar abandonado, siente temor de no haber satisfecho a sus padres. Creo que esto puede ser la razón de su abandono.

Hace varios años. Krankl demostró en un estudio, que los niños de menos de 50 meses de edad se benefician con la presencia de la madre en la sala operaciones durante el tratamiento dental. Los niños de más de 50 meses de edad no mostraban diferencias en comportamiento, estuviera o no presente la madre en la sala de operaciones. Para el niño de muy corta edad, acostumbrado a la actividad y ruido de una familia, puede resultarle extraño y turbador el silencio extremado de la sala de espera. Un entusiasmo excesivo despierta sospechas y miedo. A medida que el niño se familiariza más con el consultorio dental, deberá desaparecer su miedo a lo desconocido.

A los 4 años de edad se llega a la cumbre de los temores, y de 4 a 6 años disminuye gradualmente los temores an

tiguos como a caerse, al ruido y a los extraños. A medida que el niño adquiere capacidad para evaluar situaciones -- que producen miedo, ya sea por experiencia personal o por capacidad de apreciar el peligro, se pierden y olvidan muchos de los miedos primitivos.

Se ha observado que los niños inteligentes muestran -- más miedo que los demás, tal vez por ser más consciente -- del peligro y mostrarse más reacios a aceptar seguridad expresada verbalmente, sin presencia de pruebas. A esta edad, los niños suelen tener espíritu agresivo y aventurero y -- actitudes amistosas. Las niñas, por el contrario, tienden a ser mucho más reservadas.

El temor físico puede volverse general. A veces, un niño quedará hecho pedazos a causa de un daño menor. Incluso el pinchazo de una aguja hipodérmica y la vista de su propia sangre después de una extracción puede producir --- reacciones completamente desproporcionadas con el grado de dolor. El miedo al daño se asocia a menudo con odontología porque el niño ha aprendido que el dentista puede dañarle. Muy a menudo, en la mente del niño se asocia el miedo al dolor con el ser malo, ya que en alguna ocasión, cuando -- fue malo, fue perjudicado con algún tipo de castigo. Puesto que el dentista puede hacerle daño, el niño puede interpretar su visita al consultorio como castigo por haber sido malo.

A esta edad, el niño está desarrollando miedo a su -- propia conciencia, que se está formando con la disciplina correctiva de los padres.

De los 4 a 6 años el niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. Puesto

que se puede vencer el miedo sometiendo al individuo a la situación que la produce este miedo, hacer esto por juego imaginado y por medio de la fantasía puede ayudar a vencer temores indebidos. En casa, donde el niño experimenta temores subjetivos intensos a la odontología, hacer un teatro de cómo se va al dentista y se realizan trabajos en sus dientes puede ser muy eficaz para desvanecer el miedo indebido, e infundir valor en el niño para afrontar la visita dental. A esta edad, la válvula de seguridad que es la fantasía es importante, y el dentista puede usarla como instrumento para manejar a niños de corta edad. Incluso en estas edades el niño no está seguro de su capacidad para hacer frente a peligros potenciales, y tiende a ser algo tímido, aunque los niños de esta edad obedecen órdenes con más prontitud que los que tienen 3 años.

A los siete años el niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Está en edad de las preocupaciones, pero está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores. El niño de esta edad puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo que se está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre su disconformidad ya sea levantando la mano o con algún otro gesto. A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales.

De 8 a 14 años el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Maneja bien sus frustraciones, no tiene grandes proble

mas, y se ajusta fácilmente a las situaciones en que se en encuentra. Sin embargo, presenta objeciones a que la gente - tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo forcen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en su consultorio.

La ansiedad o inseguridad está probablemente muy relacionada con el estado de temor. Los niños angustiados están esencialmente asustados de toda nueva experiencia; reac---ción que puede ser violentamente agresiva por ejemplo, --- una exhibición de rabieta en el consultorio dental. Cuando este niño se comporta de modo similar en el consultorio, el profesional deberá decidir si la reacción es de temor - agudo o es una rabieta. Si el niño está asustado el odontólogo debe mostrarse comprensivo y proceder con lentitud. - Si el niño está claramente en una demostración de una rabieta, el odontólogo puede demostrar su autoridad y su dominio de la situación.

RESISTENCIA. La resistencia es una manifestación de - ansiedad o inseguridad, y de hecho el niño se rebela con--tra el medio. Puede hacer despliegue de rabieta o darse - en la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando no desea adaptarse. El odontólogo tiene dificultades para comunicarse con este tipo de paciente; el niño se siente - lastimado con facilidad y llora casi por cualquier ocasión.

TIMIDEZ: La timidez es otra reacción que observa oca--sionalmente, en particular en el caso del paciente de pri--mera vez. Suele estar relacionada con una experiencia so--cial muy limitada por parte del niño. Este niño necesita - pasar por un período de "precalentamiento". Esta es una -- instancia en la que puede ser útil permitir que el niño ti

nido sea acompañado al consultorio mismo por otro niño paciente bien adaptado. El tímido necesita ganar confianza en sí mismo y en el odontólogo. Por otra parte, la timidez puede reflejar una tensión resultante de que los padres esperan demasiado del niño o aún lo protegen en exceso. (III)

EL NIÑO NERVIOSO: El niño nervioso ha realizado un milagro; ha aprendido a caminar, a hablar, a pensar, con mayor facilidad que el niño normal. Es precoz, gracioso, hace preguntas inteligentes, da respuestas sensatas con el asombro general. Posee una sensibilidad tan rica que puede expresar todas las pulsiones, feas o hermosas de los adultos; amor, odio, amistad, cólera, celos e indignación. Aprende con facilidad sorprendente; estos niños representan a menudo el tipo del "prodigio". Poca gente toma en cuenta que el niño necesita mucha calma durante su crecimiento, que si se abusa desde muy temprano de su inteligencia, ésta se gastará antes de tiempo. (VIII)

EL NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO: Todo profesional conoce al niño mimado o incorregible, resultado de la excesiva indulgencia o, en algunas ocasiones del rechazo de los padres. Este niño puede lloriquear, golpear, patear, tirarse al suelo para desplegar arranques de mal humor, o hacer una docena de cosas, intentando por esos medios persuadir al padre para que lo lleve a casa, o al menos lo saque del consultorio. La madre o el padre comienzan generalmente a hacerle varias promesas pero al niño no le interesan

La entrevista inicial con el padre y el niño, permitirá al odontólogo determinar el procedimiento a seguir en cada caso. Si el profesional puede tener el suficiente valor para ver más allá de la escena inmediata y presentarse ante el niño y a su padre, muchas veces habrá ganado ami-

gos y pacientes para toda la vida.

El odontólogo no debe enojarse, ni mostrar su irritabilidad o expresar antipatía por el niño, pues el padre se dará cuenta de tales reacciones y tendrá un buen motivo para asumir una actitud protectora hacia su hijo. El chico, puede percibir también cualquier signo de enojo, por parte del dentista. Además, el odontólogo enojado no obtiene el mismo éxito.

EL NIÑO DESAFIANTE: Algunos niños demasiado protegidos por sus padres, en particular los varones, desafían al odontólogo a que intente hacerle cualquier trabajo. Esos niños no lloran y raramente dicen mucho. Uno de sus expresiones comunes es: "No abriré la boca". Algunos han agregado: "No quiero que me haga ningún, trabajo y no me importa si mis dientes tienen cavidades".

Una capa exterior arrogante rodea a ese niño y se consigue alguna cooperación, hay que apelar a su fanfarronería.

Cuando se ha obtenido la confianza y consentimiento del padre para ver al niño a solas, el problema está resuelto, ya que el tratamiento discutido previamente para el niño incorregible o caprichoso, convencerá rápidamente a este niño de quién manda en el consultorio. Estos niños llegan a ser excelentes pacientes y verdaderos amigos en corto tiempo. (VI)

Resumiendo estas observaciones psicológicas se llega a las siguientes conclusiones básicas.

1) En niños pequeños e intranquilos hay que preferir instrumentos de corte filoso, para poder trabajar rápida y suavemente.

2) Para no aumentar los temores, el niño no debería darse cuenta de los preparativos para el fresado.

3) El empleo de la turbina debe ser lo más breve posible; si se tarda más, deben intercalarse más pausas o se distribuye el tratamiento en varias sesiones.

4) Siempre que se sospeche que el niño tolera mal la turbina, conviene dar una premedicación adecuada.

5) A los niños miedosos les damos la posibilidad de parar la turbina al levantar la mano. (VII)

Si bien no entra en la responsabilidad del odontólogo tratar los estados psicológicos antes mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprender que la reacción del niño en el consultorio está condicionada por la experiencia previa, la educación en el hogar y el medio. (III)

SUGERENCIAS

Las sugerencias expuestas a continuación están basadas en ideas prácticas realizables y no en utopías.

Decoración del consultorio. Hay muchos factores que -- tomar en consideración al buscar el lugar para un consulto-- rio del tipo de práctica que se desee establecer, tales -- como: nivel económico y social del área, facilidades de -- estacionar coches, y los transportes públicos, así como -- acceso fácil a las escuelas y áreas residenciales.

Cuando ya se ha seleccionado la situación, deberá con siderarse el tipo de decoración del consultorio. Si se va a dedicar enteramente a los niños, el consultorio comple-- to, desde la sala de recepción hasta las salas de trata-- mientos, pueden tener un tema definido. Decoraciones y -- accesorios que describen situaciones como el circo, el oes-- te, el espacio, el zoológico o canciones de cuna, el dibu-- jo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno, dan un -- toque cálido y de fantasía al consultorio, y tienden a des-- vanecer el miedo. O sea a condicionar el medio ambiente pa-- ra que el niño pueda hacer volar su imaginación, motivando los a hacer viajes mentales, aprovechando los ruidos que -- se escuchan en el consultorio, como son mecánicos y huma-- nos.

Una pócra es siempre una fuente de entretenimiento y puede ser colocada en la sala de recepción o en la de tra-- tamiento, en un lugar en que el niño pueda verla. Una músi ca audible y relajante en la sala de recepción tiene efec-- tos reconfortantes en los padres y el niño, y hace desapa-- recer la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa. Si los adultos van a llevar a los niños al con-- sultorio dental, deberá de haber lecturas para adultos, --

además de las infantiles. Libros de cocina proporcionan -- lecturas muy interesantes a las madres ocupadas. De esta -- manera, se le proporciona a la madre un período de espera -- productivo mientras el niño está en la sala de tratamiento. También puede utilizar la sala de espera para presentar ma -- terial sobre salud dental.

Cuando el niño sea llamado a la sala de tratamiento -- será con diminutivo, para esto podemos utilizar un microfo -- no.

Una vez que el niño se encuentra en la sala de trata -- miento, debemos tomar en consideración los siguientes puntos, para obtener de una manera sencilla mejores resultados.

Programar todo el tratamiento, tomando en cuenta la -- historia clínica del paciente. Para evitar citar al pacien -- te constantemente y estar aplicando anestésico innecesaria -- mente. Por ejemplo, si el diente del niño necesita una -- pulpotomía, efectuar el tratamiento completo en una sola -- cita.

Usar agujas desechables y evitar, la preparación de -- jeringas delante del paciente.

Utilizar la comodidad del dique de hule. Así como fre -- sas en buen estado y demás instrumental, para ofrecer un -- mejor servicio y ahorrar tiempo.

Podemos llevar a cabo el uso del reflejo de la mano -- como manifestación de incomodidad. Es decir cuando el pa -- ciente sienta alguna molestia levantará la mano izquierda.

Permitir la entrada de hermanos menores o amigos, siem -- pre y cuando el niño sea un paciente óptimo.

Haga que el ayudante aprenda a hacer animales u otros -- objetos con bolas de algodón. Estos resultan muy divertidos

para los niños.

Al terminar la consulta se le puede hacer el regalo de un juguete, o colocarle una estrella en la frente.

Recordatorios una de las partes fundamentales de un buen consultorio es un sistema apropiado de recordatorios. Los padres aprecian que se les recuerde que es el momento para un nuevo examen de su hijo. Esto les indica que esta usted tomando como suya la responsabilidad de evitar daños serios a los dientes de sus hijos.

Después de completado todo el tratamiento dental necesario, la higienista, o la secretaria deberá explicar que los exámenes periodicos son necesarios si se quiere mantener los dientes del niño en un estado tan satisfactorio como en el presente. Puede sugerir entonces que con gusto -- llamará al padre cuando sea el momento del nuevo examen.

La frecuencia de los recordatorios deberá basarse en susceptibilidades del individuo a la caries. Los niños tienen que un potencial de caries activa, deberán ser llamados cuando menos cada tres meses. Los niños que tienen un bajo potencial de caries, deberán ser llamados aproximadamente cada seis meses. Las tarjetas que recuerden la visita y las notificaciones deberán ser atractivas, para que el niño sienta que le son enviadas a él. Un dibujo de algún personaje de cuentos en la tarjeta ayudará en este sentido.

El sistema de enviar tarjetas de cumpleaños y de navidad dirigidas a los niños, tiene gran éxito ya que así, de esta manera sigue establecida una relación estrecha entre el dentista y el paciente niño.

CONCLUSION.

Las necesidades del niño, desde el punto de vista de los servicios dentales, que se aprecian por la continuidad de caries y enfermedades bucales en su etapa de desarrollo, deben ser presentadas a los padres para que comprendan la magnitud del problema. El resultado de negligencias odontológicas, debe recibir énfasis suficiente, para demostrarlos su apatía ó hacerles ver la importancia de la dentadura infantil para el crecimiento y desarrollo del individuo, - no solamente en cuanto a salud se refiere sino a los aspectos psicológicos que como persona o paciente repercutirá - en él para la formación de un buen individuo-paciente. Por que para obtener dicho fin, es necesario que tanto el odontólogo como los padres vean al niño, como una persona que necesita comprensión y no esperar que actúe como adulto, - para controlar sus emociones.

Quando los padres responsables se han familiarizado - con la necesidad que existe de un programa dental, se conseguirá su cooperación con menos trabajo. Entonces podremos orientarlos diciéndoles que den a sus hijos una dieta balanceada y vigilar a los chicos para que no adquieran -- hábitos bucales, evitando que se chupen el dedo, los labios etc. e inculcarles el cepillado correcto.

Al odontólogo le corresponde crear un ambiente agradable en el consultorio, ya que el niño entre más pequeño, - será mayor su temor, porque el medio en que se desenvuelve es reducido y depende más de la madre. Por lo tanto hay -- que ganarse su confianza, conocer sus reacciones y comprender su conducta inestable, sin que esta cambie nuestra actitud hacia él, para que sepa que al llegar al consultorio tiene un amigo.

Por lo tanto la educación psicológica que se les brin
de tanto a los niños como a sus padres, nos dará por resul
tado en un futuro, una mejor calidad de pacientes de acuer
do a la realidad odontológica que es deseada por todo Ciru
jano Dentista.

BIBLIOGRAFIA.

- I.- CREGIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.- Dr. Ernest H. Watson.- Dr. George H. Lowrey.- Editorial F. Trillas, S.A.- México D.F.- 1965.- Pags. 154, de 168 a 179.
- II.- TRATADO DE PEDIATRIA.- Maldo E. Nelson, I.D., -- Sc.- Salvat Editores S.A.- Tomo I.- Sexta edición.- México, Barcelona, Madrid, Buenos Aires, Bogotá.- Caracas, Quito, Rio de Janeiro, Santiago de Chile, San Juan de Puerto Rico.- Año 1976.- -- pags. de 15 a 35, de 51 a 98.
- III.- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.- -- Ralph E. McDonald, B.S., M.S.- Editorial Lundi.- Argentina.- Año 1975.- Segunda Edición, Pags. de 25 a 33, 502, 505, 519.
- IV.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA.- Dr. Sidney B. Finn.- Editorial, Interamericana S.A. de C.V.- México D.F. Año 1976.- Pags. 1, 2, 3, 8, de 23 a 28, 34, 35, 36.
- V.- ODONTOLOGIA PARA NIÑOS.- John Charles Brauer.- -- Editorial Lundi.- Cuarta Edición.- Buenos Aires - Argentina.- Año 1960.- Pags. de 9 a 13, 24, 28, - de 32 a 37.
- VI.- ODONTOLOGIA INFANTIL.- Ewald Hardnt, Helmut Weyers Editorial Lundi S.A.C.I.F.- Argentina.- Año 1969 Pags. de 155 a 162.
- VII.- UN ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA.- David B. Law B.S. D., D.D.S., L. S.- Editorial Lundi S.A.I.C. y F.- Buenos Aires Argentina.- Año 1972.- Pag. 320.
- VIII.- LA EDUCACION DE LOS PADRES.- Wilhelm Stekel.- Editorial Latino Americana, S.A.- Primera Edición

México D.F.-- Año 1978.- Pags. 72, 73, 74, 196.

IX.- P.E.T. PADRES EFICAZ Y TECNICAMENTE PREPARADOS.-
Dr. Thomas Gordon.- Editorial Diana.- Sexta Edi-
ción.- México D.F.-- Año 1978.