

151
273



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

Análisis Psicológico del Niño en el
Consultorio Dental.

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

Rosa Elena Dorantes Gordillo

México, D. F.

1979

14655



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION

CAPITULO I

ANALISIS PSICOLOGICO DE LOS PADRES Y EL NIÑO.

a).- Comportamiento Psicológico del niño en sus diferentes etapas de la vida.

1.- El niño desde su nacimiento a los dos años de vida.

2.- El niño de tres y cuatro años.

3.- El niño de cinco a seis años.

4.- De los siete a los doce años (preadolescencia).

b).- Factores que influyen en el comportamiento del niño.

1.- Influencia parental.

2.- Exceso de afecto y protección.

3.- Rechazo.

4.- Hijo único.

5.- Hijo adoptado.

c).- Miedo.

1.- ¿Qué es el miedo?

2.- Los diferentes tipos de miedo.

3.- La edad con relación al miedo.

4.- El miedo y el Dentista.

CAPITULO II

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS.

- a).- El niño y la Odontología.
- b).- ¿Cuándo debe iniciarse el tratamiento dental?
- c).- La primera visita.
 - 1.- El consultorio dental.
 - 2.- La asistente
- d).- Participación de los padres en el tratamiento dental de sus hijos.
- e).- Manejo en el Consultorio dental de las diferentes clases de niños.
 - 1.- Niño Tímido, asustadizo o vergonzoso.
 - 2.- Niño Incorregible o Consentido.
 - 3.- Niño Desafiante.
 - 4.- Niño Miedoso.
 - 5.- Niño Enfermo.

RESUMEN

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N .

El principal objetivo que persigo al hacer de éste tema mi tesis es tratar de demostrar la importancia que tienen los niños frente a la Odontología y la forma en que el dentista los trata. Ya que la impresión que el niño obtenga de esta primera experiencia dependerá la confianza o el miedo que el niño le pueda tener al dentista en el futuro.

Los diversos problemas que se presentan para el manejo de los padres y el niño, han influido mucho, en el tipo de tratamiento dental que se ha proporcionado al niño y a las diversas teorías de como manejar a un niño.

En muchos consultorios los niños no son bien recibidos, ya que representan riesgos económicos. Sin tener en cuenta que estas pérdidas de tiempo y estos riesgos económicos son el futuro de la Odontología y la futura salud dental.

El niño se debe llevar la mejor impresión del Odontólogo para que en el futuro, el dentista no sea para él algo traumático, sino por el contrario que nos tenga confianza para que podamos trabajar más libremente con él.

La profesión para el ejercicio de la Odontología para niños, tiene muchas oportunidades pero también muchas responsabilidades.

Los factores que influyen en el comportamiento del niño están regidos en gran parte por el crecimiento psicológico del niño y su estado físico, la influencia parental y la escuela.

La forma de tratar al padre y al niño dependerá del patrón de conducta del pequeño.

Para tratar de conocer este pequeño patrón de conducta he hecho un pequeño análisis psicológico, que a continuación presento. Después trato de explicar a mi punto de vista la forma en que los padres y el niño deben ser tratados en el consultorio dental.

CAPITULO I

ANALISIS PSICOLOGICO DE LOS PADRES Y EL NIÑO

La actitud de los padres es de gran importancia para el desarrollo de la personalidad del niño.

Para considerar el desarrollo emocional del niño es muy importante un estudio de la personalidad de los padres, sin embargo, la personalidad de los padres no es el único factor que determina como piensan y se comportan los niños. El niño está dotado, de atributos de la personalidad distintos e individuales, de igual modo que su constitución física.

a).- COMPORTAMIENTO PSICOLOGICO DEL NIÑO EN SUS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA.

- 1.- El niño desde su nacimiento hasta su segundo año de vida.

NACIMIENTO.- Es el máximo influjo de la herencia, época instintiva - emotiva, sus intereses primordiales son: Las satisfacciones de las necesidades corporales.

Como primeras manifestaciones del lenguaje aparece el llanto, que se ha denominado llanto - deseo, supuesto que solo existe para lograr la satisfacción de necesidades personales y una vez logrado su objetivo desaparece

SEIS SEMANAS.- Aparece el primer interés real cuando mira con fijeza a la pared. En esta época, la visión es todavía muy defectuosa; pero aún cuando no interprete, ni distinga definitivamente las imágenes, existe ya la posibilidad de ver, probablemente en forma borrosa e indefinida.

OCHO SEMANAS.- Puede sostener un objeto en la mano, sin que le interese, ni lo observe dejándolo caer fácilmente.

DOCE SEMANAS.- Aparece ya una visión más perfecta quiza todavía difusa en algunos casos y con cierta dificultad para reconocer las imágenes, pero está capacitado para seguir con la vista un objeto cualquiera. Levantará la cabeza a buena distancia de la cama, si se le acuesta sobre el abdomen. A veces esbozará una sonrisa.

DIECISEIS SEMANAS.- Está capacitado para mirar fijamente un objeto que no esté en movimiento. Para esta época ya está capacitado para sentarse; si se coloca un cubo junto a él, lo mira fijamente.

VEINTE SEMANAS.- No sólo mira el cubo sino que lo toca sin tomarlo, tratando de investigar su consistencia y golpeándolo suavemente con la palma de las manos, algunas veces se desespera y lo golpea con fuerza o lo lanza involuntariamente con movimientos laterales de la mano, deteniéndose luego asombrado. El bebé ríe ruidosamente. Mantiene la cabeza erecta. Levanta las manos cuando se le saca de la cuna.

VEINTICUATRO SEMANAS.- Empieza a predominar el ambiente inhibiéndose lentamente las tendencias heredadas, continúa incrementándose la época instintiva - emotiva, sus intereses primordiales son las satisfacciones de las necesidades corporales y emotivas.

Aparecen los gritos inarticulados, expresiones también de deseo mezcladas a la satisfacción. Antes solo pedía llorando y al recibir se callaba, ahora pide y a gritos expresa su alegría por el deseo cumplido. El cubo que se le puso en la mesa, lo toma con la mano y lo sostiene observándolo por momentos para luego dejarlo caer de nuevo.

Puede rodar sobre su espalda y acostarse sobre el vientre. Puede objetar ruidosamente cuando se le cae una sonaja y puede recuperarla si está a su alcance.

TREINTA Y DOS SEMANAS.— La presión de un objeto es más perfecta, pudiendo oprimir entre índice y pulgar el objeto. Ya puede distinguir entre una persona desconocida y un familiar.— Ya puede sentarse perfectamente sin necesidad de apoyo. Probablemente tendrá ya dos dientes y le asomarán los incisivos superiores. Emitirá sonidos tales como, "pa-pa" "ma-ma".

CUARENTA SEMANAS.— Explora la cavidad de una taza o una campana introduciendo el índice.

A LAS CUARENTA Y OCHO SEMANAS.— (Un año). Hay una mayor influencia del ambiente sobre las cualidades heredadas, comienza a librarse de la madre al poder caminar, se inicia la actuación social. Sus intereses primordiales son glósicos y de conocimiento.

Se escuchan las primeras palabras, aisladas pero con sentido definido. Al aparecer éstas, encuentra una forma de expresar sus emociones más claramente, utilizándolas constantemente para ello, asociadas con gritos y expresiones musculares

Se arrastrará y se levantará solo, quizás pueda caminar. Si se ha escondido un cubo debajo de una taza en su presencia, levanta ésta para recobrarlo y le agrada el nuevo juego, manifestando su alegría cuando es repetido.

En éste que fué su primer año de vida, también le podemos llamar época oral, ya que todo trata de conocerlo por medio de la boca. Algunos Psicólogos recomiendan dejarlo, que se lleve a la boca, teniendo cuidado de que todo lo que esté a su alrededor esté perfectamente limpio y que no sea pequeño, —

para que no se lo trague.

Después del primer año de vida que se ha seguido paso a paso, los cambios son menos rápidos y la multiplicidad de los intereses, de las habilidades generales y especiales va constituyendo un complicado sistema, pero siempre con rasgos característicos que en cualquier momento pueden ser explorados.

ENTRE LOS DOCE Y LOS QUINCE MESES.— El niño puede caminar solo, pasar por sí solo de la postura de parado a la postura de sentado, sostener la taza en la que bebe, decir unas cuantas palabras, detenerse cuando se le habla.

Las actividades de deambulación son intensísimas, limitadas aún al ambiente del hogar y ocasionalmente permitidas en el exterior, ya sea en el jardín de la propia casa o en los jardines públicos bajo la vigilancia de algún adulto.

Sus diversiones principales además de la marcha y la carrera, consiste en recoger objetos y lanzarlos para volver a recogerlos y volver a lanzarlos nuevamente, sin cansarse nunca. Trata de desarmar todo juego mecánico y se desespera si no lo logra.

DIECIOCHO MESES.— Construye torres de dos a tres cubos y puede encajar una clavija en el agujero correspondiente en una tabla, camina solo. Puede utilizar una cuchara en forma apropiada, también puede decir varias palabras y contar con un vocabulario de 5 a 10 palabras.

Su atención es muy variable, pierde el interés rápidamente por aquello que está realizando, muestra a los adultos sus juguetes sin hacerlos partícipes de sus juegos y es tal la diversidad de sus intereses y la rapidez con que suceden, que difícilmente puede dársele alcance. Se divierte tirando

de carritos; su facultad de imitación es extraordinaria, imitando al padre o a la madre en las diversas actividades habituales, como leer el periódico, fumar, coser, cruzar la pierna, etc. Le interesan las muñecas o los ositos, acariciándolos y llevándolos bajo el brazo. Su juego es comunmente solitario.

Ya está capacitado para utilizar el lápiz haciendo dibujos aún enteramente primitivos, lo que es más importante: comenzará ya a gozar y sentir la obra realizada; tratando muchas veces de tomar las líneas con sus dedos y disgustándose al no lograrlo. Entre los doce y los dieciocho meses, brotarán 6 dientes más. Es el momento de fomentar la disciplina del cepillado, con un cepillo suave y pequeño, hay que ser benévolo todavía con esta disciplina, ya que apenas empieza. Un trago de agua después de la comida, eliminará las partículas de alimento de las encías y de los dientes, pero no es tan eficaz como cepillárselos.

DE LOS DIECIOCHO MESES A LOS DOS AÑOS.— Caminará y subirá a las sillas y a las escaleras, siempre con rapidez y agilidad. Hará garabatos en el papel en forma espontánea y vigorosa (También en la pared si no se tiene cuidado). Utilizará las palabras que ha aprendido en frases cortas y señalará su nariz, sus ojos, su cabello, sus orejas cuando se le pida que las identifique.

Construirá una torre alta con dados de madera o de cartón. Llenará una taza con dados mientras juega. Mostrará bastante buen control a comer con una cuchara. Hojeará los libros para ver las estampas. No estará quieto un minuto.

EL NIÑO A LOS DOS AÑOS DE VIDA.— Hay intensa influencia del ambiente, actividad social en aumento, predominan aún los instintos y las emociones, liberación más completa del hogar. Sus intereses fundamentales: Adquisición de conocien-

tos, vagabundo. Surgen palabras asociadas y frases primitivas.

Distingue señalando con el dedo diversos objetos y animales comunes impresos en tarjetas, identifica partes del cuerpo.

Su atención comienza a ser más fija y las variaciones de sus intereses menos frecuentes y rápidos. Examina los objetos con más cuidado y los mantiene en sus manos más tiempo tocándolos y observándolos y al final generalmente golpeándolos. Sigue aún interesado en introducir objetos en cavidades y aprende a ensartar cuentas grandes. Imita el sonido del motor del automóvil, cuando juega con éste y transporta diversos objetos en los camiones de juguete. Adquiere ya afición por algunos elementos de juego, conservando cuidadosamente los objetos especialmente más importantes y prefiriéndolos a juguetes nuevos vistosos. Subsiste aún, un sistema solitario de juego, aunque comienza a admitir la compañía de otros niños, tomándolos frecuentemente como simples objetos, golpeándolos y tratando de lanzar igual que sus juguetes. La lucha entre ellos es frecuente, sobre todo por la posesión de un objeto, tirándose de los cabellos y característicamente oprimiendo con sus dedos las mejillas y las orejas. Trata de bastarse a sí mismo sin solicitar ayuda, provocando accidentes, ya que ignorando las consecuencias puede subir a un balcón. El temor en él característico, comienza a perderse para dar lugar a la audacia y al arrojo.

No tiene interés alguno por los colores, no hay aún figuras definidas, ya desde esta edad se pueden encontrar con claridad los problemas ambientales comenzando a traducirse por líneas de ciertos tipos.

Será orgulloso portador de dieciséis a veinte dientes.

2).- EL NIÑO DE TRES A CUATRO AÑOS DE EDAD.

EL NIÑO A LOS TRES AÑOS DE EDAD.- Hay cada vez más actuación del ambiente, termina el período emotivo-institivo, iniciándose el del predominio de la voluntad, aparecen los amiguitos como interés fundamental de la existencia.

Las emociones son ya tan predominantes y aparecen ciertas formas imaginativas aún abstractas, que se manifiestan por la palabra - imagen y la línea- imagen. Las primeras adquieren significados determinantes que evocan individuos, cosas reales o irreales, pero para el niño definidas, y sus dibujos pasan ya a los garabatos a las figuras concretas, producto de su imaginación creciente. Se nota un cambio extraordinario en sus dibujos: de las líneas circulares de los meses anteriores pasa ahora a las rectas, cruzandolas con cierta gracia e intención; los resultados finales le producen alegría y satisfacción, pero todavía pierde pronto el interés, por cada obra. A diferencia de las edades anteriores, que algunas veces consentía dibujar con otros niños en el mismo papel, ahora lo personaliza evitándolo y disgustándose, si trata de cooperar con él.

Comienza a interesarse por juegos más complicados y constructivos, utilizando sus cubos y además objetos para hacer casitas, entradas para automóviles, puentes más complicados, etc., y no destruyéndolos luego, sino utilizándolos para jugar sólo o invitando a sus amigos. Comienza así a aparecer el interés por las amistades y los juegos son ya de conjunto, estando capacitado, para aprender ciertas reglas, esperar turno y respetar los diversos aspectos de ellos. Este período de juego, se caracteriza correspondientemente con época evolutiva de dramatización, por la intensa actividad imaginativa aún dispersa y todavía sin grandes tendencias intelectuales.

A esta edad puede ya enseñársele a cuidar sus juguetes y a guardarlos y ordenarlos, aunque no lo haga espontáneamente todavía.

Memoriza hasta tres imágenes vistas, copia un círculo, repite tres frases. Puede desatar y quitarse los zapatos solo y casi puede vestirse solo.

La edad de tres años constituye de hecho, un tiempo de transición entre la infancia y la niñez. A menudo mantiene a los padres en una situación de insertidumbre, porque no saben qué es lo que constituye el comportamiento normal, ni como encararlo.

El niño a esta edad ya tiene su dentadura completa y es bueno que ya tenga implantada la disciplina bucal.

EL NIÑO A LOS CUATRO AÑOS DE EDAD.— Aumenta su habilidad para manejar los objetos de juego, construye con más precisión y logra al final de ésta etapa, dar continuidad a sus juegos de un día a otro. Su atención se mantiene más prolongadamente y sus intereses son más precisos. Comienza a interesarse el vestir bien en determinadas circunstancias, se intensifica la dramatización y frecuentemente hace gesticulaciones cómicas y deliberadamente se equivoca para provocar la hilaridad de la que él es siempre partícipe. Se divierte recortando figuras y vistiéndose con ropas de adulto, las amistades se afirman y se buscan la rivalidad y el interés de superación aparecen como incentivo de juego y le agrada la contemplación de la naturaleza en forma todavía primitiva, interesándose por las excursiones principalmente.

A los cuatro años se encuentra ya multitud de figuras definidas, en sus dibujos, aunque con carencia de detalles. A esta edad copia letras y algunas veces las escribe sin modelo,

repetidas veces. El interés por cada dibujo, se manifiesta ya por su deseo de llevarlo consigo, de guardarlo o de obsequiarlo a las personas que quiere de manera especial o por último - ocasionalmente los regala a quien cree que le puede hacer daño, tratando de evitarlo con su gesto amable.

En el dibujo, la posición de las figuras no tiene importancia alguna, ni la relación de ellas entre sí. La figura humana se dibuja habitualmente sin tronco, partiendo las extremidades de la cabeza misma. Hay ya memoria de objetos vistos - por un momento repitiéndolos con los ojos cerrados. Momoriza hasta diez palabras.

A los cuatro años y medio.- Compara la belleza de dos dibujos. Repite hasta cuatro cifras, compara y distingue de tres cruces, la mayor o diferente, establece analogía, realiza órdenes dadas simultáneamente.

3).- EL NIÑO DE CINCO Y SEIS AÑOS.

EL NIÑO DE CINCO Y SEIS AÑOS DE EDAD.- Se inicia la influencia escolar, el período volitivo - dramático se manifiesta intensamente. Los intereses físicos son fundamentales; pero sus juegos aún son primitivos y vagos.

De la forma imaginativa pura, pasa a la ideación primitiva, expresándose en la palabra - idea. Las formas son más concretas, tanto en las primeras como en las segundas y el poder de creación se esbosa ya con caracteres definidos; copia un cuadro, un círculo y un triángulo, resuelve un rompecabezas de cubos.

Sus figuras tienen ya multitud de detalles, siendo interesante observar como además de aparecer el tronco en el ser -

humano dibujado, con extraordinaria frecuencia pinta tres detalles: los dedos, que son numéricamente correctos siempre que son habitualmente rígidos; el cabello que distingue fundamentalmente los sexos y varios pequeños círculos que representan botones.

El interés por dibujar es inmenso y la capacidad de concentración ha aumentado considerablemente. En esta época el niño define sus dibujos, dándole nombre a cada uno los conserva más tiempo y le agrada volver a verlos.

Después de los cinco años, la influencia escolar marca un definitivo derroteo a la expresión pictórica del niño. Los dibujos del niño escolar se manifiestan esencialmente por: armas, escenas de combate o la oposición a lo anterior, pintas casas, jardines, árboles, como si los reclamara constantemente y por último, la influencia escolar lo hace dibujar lo que ahí le piden y escribir sin poner mucho de su parte, para modificar lo que ha de copiar.

El niño de cinco a seis años, tiene un vocabulario de 2000 palabras. Da edad y fecha de nacimiento, nombra los colores, pregunta lo que quieren decir las palabras.

Es independiente y autosuficiente, se viste y desviste sin ayuda, se ata los cordones de los zapatos. Usa cuchillo y tenedor, se lava, se seca las manos y se cepilla los dientes sin ayuda.

La actividad física es máxima. Está capacitado para jugar horas enteras una misma cosa por fatigada que ésta sea. Su atención va mejorando más aún y comienza a construir juguetes más complicados y de su propia imaginación. Colecciona canicas, estampas y multitud de objetos extraños como piedras, trozos de mosaico, etc., atesorándolos cuidadosamente y contentándose con frecuencia, para sentir el placer de que aumentan en número. Tiene ya habilidad física, trepando árboles saltando.

y en todos los ejercicios de esta naturaleza. Aprende con rapidez asombrosa a nadar, a montar en bicicleta, a patinar, juegos todos que requieran gran control del equilibrio y mucho esfuerzo muscular.

Le interesan ya profundamente los colores y pinta tratando de dar siempre, un colorido intenso a sus obras.

Las niñas se entusiasman con la danza y generalmente son hábiles para aprender aún pasos difíciles, siguiendo notablemente el ritmo. Puede considerarse el baile, como una forma controlada de la actividad física anterior, incluso de ritmo en los saltos y las carreras procedentes y en función de la evolución psicológica, el encauzamiento de las emociones por senderos más ordenados y estéticamente superiores.

4).- DE LOS SIETE A LOS DOCE AÑOS DE EDAD (PREADOLESCENCIA)

A LOS SIETE AÑOS DE EDAD.- La influencia escolar es franca y decidida, termina el período emotivo - drámico - físico y se inicia la etapa intelectual. Los intereses de aprendizaje comienzan a predominar sobre los deportivos. La misma actividad evolutiva a la que está sometido, lo hace transformar la palabra - idea, anterior en palabra - acto, y sus trazos se convierten, principalmente en la escuela en línea - acto, objetivamente así sus nuevos conocimientos. Todo lo que ve piensa, oye o aprende, se transforma en actos.

La memoria es ya mucho más definida, el razonamiento es incipiente, surge alguna torpeza para las labores manuales por la inestabilidad psíquica, que se inicia en esta época y aparecen los intereses intelectuales primarios.

Después de los siete años, comienza generalmente una época eminentemente intelectual, tanto por el intenso desarrollo-

de los centros nerviosos y del incremento de sus conexiones con el resto del sistema, como por los incentivos que al mismo ambiente escolar y general provocan. Los juegos y los juguetes, por lo tanto adquieren características especiales, de acuerdo con esta forma de la evolución del niño.

Aparece en esta época, también la instrucción religiosa en nuestro medio, la que debe darse con exquisito cuidado y con sincera veracidad para no provocar desorientaciones y sentimientos equivocados de culpabilidad y de temor. El niño incapacitado aún, para asimilar conceptos, que aún para muchos adultos está vedados, crea en su propia imaginación fantasías que luego transporta a la realidad, lo que constituye cierta forma de juego. Conviene recordar que el niño es extraordinariamente sensible a la mentira, considerándola una grave falta en otros, aunque él la cometa con frecuencia sin percatarse de que lo es y el catecismo que en ésta época se la enseña, incluye necesariamente temas que de no ser explicados claramente, de acuerdo con su mentalidad infantil, se ocultan, se pasan por alto o se mienten sobre ellos, despiertan su interés morboso y su curiosidad y el engaño los lastima y lo hace perder su confianza en sus educadores.

Es indispensable insistir aquí, en que el juego en esta edad se transforma con facilidad en uno de forma e interés sumamente sexual y más aún, a medida que se acerca la pubertad, ya que no es exactamente a los doce años cuando se inicia bruscamente ésta, sino que desde mucho antes existen ya influjos hormonales, que exitan y modifican el temperamento del niño, sin que pueda controlarlo más que la actividad orientada y la educación. Cuando se le guía bien, sus juegos son eminentemente intelectuales, se agrupa con placer para realizarlos y se concentra con más facilidad. Subsiste aún, pero más intelectualizada la dramatización con extraordinaria habilidad, juega a la guerra sobre todo ya que la influencia actual, desgracia-

damente no puede ser más intensa, en este sentido; dibuja bien y representa fácilmente lo que desea; fabrica teléfonos con un par de latas vacías, dejando un lado abierto y el otro cubierto con una membrana cualquiera y un hilo comunicante, exhibiéndolo como una verdadera maravilla; construye modelos sencillos de barcos y aviones, lográndolo con gran precisión; organiza clubes y se divierte excursionando, más que en épocas anteriores porque goza más de la naturaleza y la comprende mejor.

Es más precavido sin perder todavía la audacia por completo. Las niñas, adquieren más feminidad en sus juegos, visitan a las muñecas con gran facilidad, juegan con ellas, hacen comiditas. Dibujan y pintan a colores con buenos resultados y salvo las excepciones habituales prefieren la vida tranquila del hogar; aunque tengan momentos de explosión física, que las impulsa a corretear y realizar toda clase de ejercicios extenuantes de explosión física, tan intensos como los de los niños y algunas veces superándolas. Tanto los niños como las niñas se interesan por los juegos como lotería, las damas, etc.,- adquiriendo mucha habilidad también para jugarlos.

DE LOS DIEZ A LOS DOCE AÑOS.- Aparece la crisis puberal, la exploración es difícil, hay generalmente irritabilidad, - inestabilidad y tendencias eróticas definidas, junto a una decidida falta de atención.

De los diez a los doce años de edad; en plena pubertad, - generalmente se pierden muchos intereses generales, aparecen - en ésta época más que nunca el onamismo, tanto solitario como en grupo. Los juegos con las niñas empiezan a interesarles - aunque algunas veces los rechazan para volver a ellos, alterando así porque sus intereses hetero-sexuales, comienzan a incrementarse, pero a su vez temen ser objetos de burla, por jugar con niñas. Ellas a su vez sufren problemas similares, aun

que son más fácilmente adaptables y sienten menos pena en realizar juegos varoniles.

El intelecto sufre también una depresión en esta época, - debido así mismo a los influjos hormonales que procovan ensoñaciones, inquietudes, temores y una gran intensificación de las emociones que no encuentran un escape adecuado.

DOCE AÑOS.- Época puberal, nuevo período emocional, intereses sexuales predominantes, influencia de las amistades, - inquietudes, ensoñaciones, dudas, misterios, anhelos.

El lenguaje en este período es típicamente palabra - emoción - deseo, es decir una mezcla de las formas iniciales de - ésta época emotiva pura, de los primeros tres años con los nuevos intereses, aparecidos como consecuencia de su desarrollo - puberal, todo en su vida es anhelo y emotividad y así lo expresa.

El dibujo en ésta época es también línea - deseo - emoción, manifestando lo mismo que la palabra. Sus trazos son inseguros, anhelantes y combinando la palabra con el dibujo, en forma de escritura, aparecen los primeros versos románticos y ridículos, pero extraordinariamente expresivos; a esto podría llamarse de una manera convinada, la palabra - línea - deseo - emoción, encontrándose ya la complejidad que caracterizará, el espíritu superior más tarde.

b).- FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

1.- INFLUENCIA PARENTAL.

Daremos énfasis a las relaciones entre padre e hijo, por ser las más íntimas y por lo tanto las más potentes, para determinar el comportamiento del niño.

Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta el punto de convertirse en paciente dental insatisfactorio. Por otro lado, si los padres muestran actitudes saludables hacia sus hijos, serán bien educados, se comportarán bien y por lo general, serán buenos pacientes..

Generalmente el niño aprende a vivir en el seno de una familia. Las familias reflejan la situación social y cultural aquellos valores, actitudes y prohibiciones que los padres han incorporado en sí mismos, tales como: la ambición desmesurada de prestigio, el temor de diferir de los demás, etc. Actúan desde un principio como influjos modeladores de su carácter.

El niño no es recipiente pasivo, sino que interviene activamente en el establecimiento de relaciones entre sus padres y él. Está dotado inatamente de atributos de la personalidad, distintos e individuales, de igual modo que su constitución física y algunos de éstos patrones de la personalidad ya son evidentes al comienzo de la vida.

Es principalmente a través del carácter que condicionamos de sentimientos, pensamientos y acción y que en parte está determinado por la situación social y actual como los padres influyen en los hijos.

Este es el factor más significativo, pero no el único; - las relaciones del padre con la madre, las relaciones de ambos con los demás hijos y la de las hermanas entre sí, la influencia de parientes allegados, etc., forman una constelación compleja que determina la situación total que rodea al niño.

Todo niño tiene necesidades fundamentales de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, consuelo y apoyo. Estas necesidades deberán satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez como individuo bien centrado.

Es necesario amor para darle al niño la sensación de que se le desea, le da confianza en sí mismo y en su capacidad de hacer frente al medio que le rodea.

La disciplina indica al niño hasta donde puede llegar, - impone límites a los confines de su libertad, pero dentro de éstos límites, será completamente libre.

El niño indisciplinado, no tiene esa libertad de acción, porque no sabe en qué punto sus actos, pueden causarle problemas.

Cuando no existen restricciones al comportamiento del niño, a menudo se producen sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos.

La autoridad debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera excesiva. La autoridad ejercida adecuadamente dará confianza.

Cuando los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos emocionales y crea problemas a sus padres y a las personas con quien

entra en contacto.

Si el niño llega al consultorio dental, con padres atur-
didos y desaliñados, que se quejan de que sus hijos no quieren
cooperar, a pesar de que han sido padres ideales, se puede ver
que gran parte de la dificultad se debe a la atmósfera emocio-
nal que existe en su casa.

Todo niño tiene derecho a tener en su casa; una atmósfe-
ra que le lleve a un desarrollo emocional normal, ya que el -
comportamiento humano se determina más por factores emocio-
nales que intelectuales.

La necesidad fundamental del niño, es ser amado. Cuando
el niño se siente querido, es difícil que aún circunstancias -
muy desfavorables, lo dañen permanentemente.

El amor productivo implica, como E. Fromm, lo ha señala-
do, cuidado, interés, conocimientos, respeto y aceptación del
objeto amado. Amor con estos calificativos es lo que el niño
necesita.

Es necesario señalar una diferencia importante entre el
amor maternal y el amor paternal. El amor maternal, se carac-
teriza por su incondicionalidad; el niño es querido por la ma-
dre, por ser su hijo nada más. El amor paternal por el contra-
rio es condicional; el niño es querido por su padre siempre y cuan-
do haga o deje de hacer tal o cual cosa. No dejamos de adver-
tir que siempre se encuentra condicional o incondicional, en
el amor de ambos padres.

Ambos elementos son importantes, el primero es la fuente
principal de seguridad para el niño; el segundo constituye una
fuerte estimulación, para la adaptación por parte de formas de
conducta gradualmente más maduras y más aceptables para la so-

ciudad.

Las únicas personas capacitadas para educar al niño, son aquellas personas que además de amarlo, son capaces de ejercer sobre él formas racionales de autoridad, es decir capaces de - ayudarlo a desarrollar, sus potencialidades inatas para la libertad y la productividad, hacerlo responsable, facilitarle la incorporación de valores éticos adecuados a la naturaleza humana y ayudarlo a la expansión progresiva, de sus vínculos con - la comunidad.

Los padres no pueden dar a sus hijos, lo que no tienen - aunque en teoría sepan lo que sus hijos necesitan porque el niño aprende mucho más por el ejemplo, que por lo que se dice y - la fuerza más poderosa que modela su carácter, son las actitudes arraigadas, en el carácter de sus padres, por ser las más - influyentes ya que es un influjo persistente y continuo.

Los padres toman ciertas actitudes dándose perfectamente cuenta, de que no están creando ambientes favorables para el - niño y sin embargo no se preocupan demasiado por las consecuencias. Otros padres tienen estas actitudes defectuosas, pero - sin darse cuenta de sus sentimientos hacia sus hijos y olvidan el hecho de que el niño puede resultar dañado emocionalmente - por ellos.

Basta decir que los padres, pueden tener actitudes erróneas y pueden alterar el comportamiento de sus hijos, haciendo que su manejo en el consultorio dental resulte difícil.

El afecto, protección, indulgencia, ansiedad, autoridad - exagerada, el desafecto o el rechazo, por parte de los padres, se reflejan en la conducta del niño y por lo tanto se convierten en problemas del Odontólogo, en el manejo del niño.

El Odontólogo, no puede esperar tener a su disposición un cuerpo de trabajadores sociales, para revisar y analizar el hogar y la vida familiar de cada paciente, pero sí puede establecer una rutina en el consultorio, que requerirá la participación del padre.

Por conversación, interrogatoria y observación, también puede evaluar el ambiente del hogar, el patrón de conducta y las normas de comportamiento requeridas por los padres.

2).- EXCESO DE AFECTO Y PROTECCION

Se usa el término "afecto exagerado o excesivo", para caracterizar la conducta de madres, cuya devoción a su hijo es extraordinariamente intensa, no permiten que intereses competidores se interpongan en sus deberes maternales y reducen sus otras relaciones en la vida, como conyugales, sociales, intelectuales, a un mínimo.

El hijo puede que también sea protegido excesivamente por, los hermanos, los abuelos u otras personas que viven en el hogar.

La protección excesiva del padre, es rara aunque es común el favoritismo por una hija.

Este estudio se limitará a la excesiva protección de la madre. Se dividen en tres grupos:

I.- IMPULSO MATERNAL EXCESIVO.

II.- FACTORES EXTERNOS

III.- PRIVACIONES EMOCIONALES

I.- **IMPULSO MATERNAI EXCESIVO.**- Algunas mujeres exhiben fuertes instintos maternas, desde la primera infancia. - Cuando niñas continúan jugando con muñecas y cuidan de ellas a una edad, en que muchas niñas pierden el interés en ellas, - Buscan oportunidades de cuidar bebés de otras mujeres y su fantasía se recrea en tener muchos hijos. Sus relaciones con - otros niños son a menudo maternas.

II.- **FACTORES EXTERNOS.**- Un largo período de espera - de un niño, es factor potente. Así, el exceso de protección - es frecuente cuando la madre sa casa relativamente grande. Un hijo es probable que sea excesivamente si la madre sabe por - una razón u otra, que no va a tener más hijos.

La muerte de un hermano mayor, una peligrosa enfermedad del hijo mismo.

Se ve exceso de afecto en familias numerosas, cuando el último niño, nace tras de un largo intervalo.

Las dificultades sexuales entre los padres refuerzan el exceso de protección de la madre.

III.- **PRIVACION EMOCIONAL.**- La privación emocional sufrida por la madre, especialmente durante su primera infancia-puede crear una ansia de afecto, exagerando así el impulso maternal normal.

PERSONALIDAD DE LA MADRE EXCESIVAMENTE PROTECTORA.

Las madres muy protectoras son predominantemente protectoras y muy responsables, estables y dinámicas. Otra característica destacada de la madre muy protectora, es la ambición - frustrada, de una educación o de una carrera y esto a la vez, - provoca, fuertes ambiciones para la educación del niño.

ACTITUD PATERNAL

Los padres de niños excesivamente protegidos son como grupo, esposos pacientes y estables, que se ganan bien la vida y que desempeñan un pequeño papel en la crianza del hijo.

En los intentos que hacen por disciplinar al hijo, encuentran una firme oposición por parte de la madre.

CONDUCTA METERNAL.

La excesiva protección se demuestra en la conducta de la madre por:

- 1.- CUIDADO EXCESIVO.
- 2.- CONTACTO EXCESIVO.
- 3.- PROTECCION EXCESIVA,
- 4.- VARIACION DE LA ACTITUD ACOSTUMBRADA, HACIA LA EDUCACION EN DIRECCION DE INDULGENCIA EXCESIVA O DOMINACION.

CUIDADO EXCESIVO.- Se refiere a la continuación de actividades, como alimentación, vestido y baño, después de la edad usual en el niño. La lactancia natural se prolonga indbidamente. El efecto de esta clase de crianza es retrasar la maduración psicológica del niño o infantizarlo.

EL CONTACTO EXCESIVO.- Se refiere a la tendencia de las madres a permanecer en relación constante con sus hijos.- Limitan el juego del niño con otros para que no se lastimen, para que no aprendan malos hábitos o contraigan una enfermedad contagiosa, lo acompañan a la escuela, mucho después de que los niños de edad similar ven solos.

La educación adquiere la forma de un extremo o de otro,

indulgencia o dominación.

Las madres indulgentes ceden ante las demandas de sus hijos, permitiéndoles armar alboroto sin consideración a las reglas usuales de disciplina.

Los niños dominados, son obedientes, pulcros, cuidadosos y educados.

Los problemas de los hijos de madres excesivamente protectoras, pueden clasificarse en dos grupos; según si las madres son indulgentes o dominantes.

Los hijos de madres excesivamente indulgentes y protectoras, encuentran dificultad para hacer ajustes sociales, cuyo grado es proporcional, a la intensidad de la actividad materna.

Los niños son como grupo, exigentes, egoístas y tiranos y piden atención, afecto y servicio constante. Cuando se les deja solos se muestran inquietos, a menos que se enfrascuen en la lectura de un libro.

Los niños excesivamente protegidos, están mal preparados para compartir su lugar en la familia, cuando llega un hermano o para mezclarse en términos de igualdad con sus compañeros en el juego y en la escuela.

El grado de mala conducta en el niño es aproximadamente proporcional a la respuesta de los padres, cuando ceden éstos, mayor es la tiranía del hijo.

Los problemas planteados por los hijos de madres dominantes y excesivamente protectoras son principalmente timidez, ansiedad, temores y conducta sumisa.

Los niños del grupo mimado y excesivamente protegidos - son los que con mayor facilidad, se portan mal en casa, entre familiares cuya actitud tolerante lo facilita, en la escuela - molesta poco, algunos son modelo de buena conducta en la escuela y sus maestros se sorprenden al saber que son difíciles en el hogar.

Generalmente a éstos niños les agrada la escuela porque obtienen éxitos en ella, y se encuentran temporalmente, por lo menos libres de la dominación de la madre.

Los niños excesivamente protegidos tienen dificultad en hacer amigos, la queja principal es que son demasiado dominantes y siempre insisten en ser los líderes. Son agresivos, altaneros, egoístas y fanfarrones con los amigos.

El principal interés exterior de los niños excesivamente protegidos, es la lectura.

De este exceso de afecto y protección, podemos hacer la siguiente clasificación:

- a).- AFECTO EXAGERADO.
 - b).- PROTECCION EXAGERADA.
 - c).- ANSIEDAD EXCESIVA.
 - d).- IDENTIDAD O IDENTIFICACION.
 - e).- MIMOS.
- a).- AFECTO EXAGERADO.-

El matrimonio tardío, el hijo único, el adoptado, el benjamín de la familia, pueden llevar a un cariño exagerado, a demasiadas alabanzas y mimos, por parte de los padres. Estos niños están preparados inadecuadamente para obtener u ocupar su puesto en la familia o en la escuela y les falta valor en el -

consultorio Odontológico.

b).- PROTECCION EXAGERADA.

Todo niño necesita protección y afecto, sin embargo a causa de ciertos factores emocionales, relacionados con experiencias o dificultades presentes, el impulso protector de los padres puede volverse excesivo o interferir en la educación normal del niño. Generalmente el niño está excesivamente protegido, y no puede utilizar su iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo.

Este exceso de protección puede manifestarse por dominio extremo o indulgencia excesiva.

Los padres dominantes presentan niños muy 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.

Como podemos imaginarnos, éstos niños constituyen pacientes ideales, son excesivos en su actitud, son obedientes, educados y reaccionan bien a la disciplina, sin embargo a causa de la timidez del niño, el dentista tiene que romper la barrera de la timidez, haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser 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 piden que se enfrenten a las realidades morales, de manera que demandan gran atención, afecto y servicio. Como les hacen creer que son superiores a los demás, se vuelven de-

masiado egoístas y tiránicas, si no se les dá lo que piden se impacientan, tienen ataques de mal humor e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos. Los arranques de mal humor, una manifestación de ira son comunes durante la edad preescolar. El niño pateo, grita y puede retener la respiración hasta quedar cianótico.

Con un dentista extraño puede tratar de usar encanto y persuasión, e incluso forzarle para evitar el tratamiento y hacer lo que quieran; si ésto falla hacen alarde de ira extrema y puede resistirse, e incluso con fuerza física, a los intentos de manejo del dentista. Son niños muy mimados y aunque no incorregibles son muy difíciles de manejar en el consultorio dental. En gran porcentaje de los casos debe usarse algo de disciplina, como medio para obtener su cooperación. Una vez que comprende el significado de la realidad se vuelven excelentes pacientes.

No es raro que los padres demasiado indulgentes, traigan al dentista a sus hijos en forma hostil, insistiendo en que se les permita acompañarlo a la sala de operaciones. No habrán razones que hagan desistir a la madre, ya dentro de la sala de operaciones interpretará cualquier intento disciplinado del dentista como brutalidad.

Generalmente son estos niños los que necesitan, la disciplina del consultorio. Es conveniente que el dentista tenga en cuenta al aconsejar a los padres de los niños mimados, que éstos consideran a sus hijos mucho mejor educados de lo que en realidad están, por lo que habrá que usar mucho tacto.

c).- ANSIEDAD EXCESIVA.

El exceso de ansiedad aunque más frecuente en las madres

no es raro en los padres. Se ve a menudo cuando a habido una enfermedad grave o una muerte entre los hermanos u otro miembro en las familias con un solo hijo, en quien se encuentran los deseos y esperanzas de los padres.

El exceso de ansiedad se asocia generalmente con afecto exagerado, exceso de protección y mimos, pero puede haberlos sin ellos.

El exceso de ansiedad se manifiesta por conducta exageradamente solícita. Las actitudes del niño se limitan por el miedo de los padres a que contraiga una enfermedad o que sufra un accidente. No se le permite jugar libremente con otros niños por la posibilidad de que alguna enfermedad contagiosa la adopte y no se le deja que participe en deportes, no se le permite ir sin compañía de un adulto por el peligro del tránsito, personas extrañas y accidentes, se exageran las enfermedades leves y se mantiene al niño en cama sin asistir a la escuela un tiempo innecesariamente largo.

Estos niños son generalmente tímidos, huraños y temerosos. Es probable que se vuelvan aprensivos y ansiosos acerca de su salud.

Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean. Sin embargo es probable que el dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores, pero si se le alienta y asegura a el niño, éste generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

d).- IDENTIFICACION O IDENTIDAD.

La identificación de los padres se refiere a la actitud del progenitor que vuelve a vivir su vida en su hijo y desea para él ciertas ventajas que no puede obtener para sí. Esta -

es una actitud natural de los padres, pero puede exagerarse mucho. Puede haber deseos de educación, seguridad económica, viajes o anhelos más vagos quizá más acusantes de afecto, independencia o éxitos.

La madre con esta actitud puede que imponga sus intereses a los deportes, la música o el prestigio social al hijo. - Cuando el padre es el ofensor, generalmente anhela compensar - su falta de educación o de oportunidad a los negocios.

Si el niño no reacciona favorablemente, los padres muestran abiertamente su decepción. El niño observador siente esta desaprobación paterna y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento, llora con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso.

Este niño reacciona en el consultorio dental, de la misma manera que los niños de padres dominantes y deberán ser manejados análogamente.

Los padres con esta actitud, por lo general sinceramente deseos de ayudar al hijo y a menudo puede hacérseles comprender la verdadera situación. Cuando lo hacen así, generalmente modificarán su actitud y ayudarán al hijo a seguir los deseos de él. Al relajarse la situación y presión de los padres y en contrar simpatía y comprensión, comenzará a convertirse en una persona más satisfactoria.

e).- MIMOS.

Los padres generalmente afectuosos con frecuencia miman. El niño recibe todo lo que desea, siempre que sea económicamente posible y se le deja hacer lo que le plazca.

Aunque él mismo se asocia muy comúnmente con el afecto - exagerado o excesivo, se encuentra también en el rechazo que - va acompañado de un sentimiento de culpa y los padres miman a sus hijos para calmar su conciencia.

El niño mimado es el niño exigente, acostumbrado a obtener lo que sea, insistente en pronta respuesta y recurre a lágrimas y accesos de enojo si no obtiene rápidamente lo que desea. Sus demandas son a menudo irrazonables porque todas las solicitudes razonables ya han sido satisfechas.

Espera ser lisonjeado y se lleva mal con otros niños que no ceden ante él.

Necesita distracción y generalmente es capaz de divertirse. Con frecuencia está aburrido y los adultos que le rodean, se mantienen atareados ideando diversiones para él.

No pueden confiarse en su comportamiento cuando va de visita, porque no cooperará y exige atención continuamente.

3.- RECHAZO

Es probable que se produzca el rechazo en cualquier conjunto de circunstancias, en que el hijo no es deseado. Sin embargo, los hijos no deseados pueden llegar a ser amados y los hijos deseados a veces son rechazados.

El rechazo puede tener su origen en la personalidad de - los padres, en las relaciones entre ellos, en los celos del padre por el hijo o en la conducta del hijo.

Las características que se encuentran con mayor frecuencia en los padres que rechazan, que en los que no lo hacen, -

son la discordia y la falta de afecto entre los padres, la advertencia de la madre a la gestación, el matrimonio forzado, un matrimonio que encontró oposición en los parientes o interferencia en la carrera a las actividades sociales de la madre.

Un estudio de las razones para el rechazo mostró que en un tercio de los casos, el matrimonio fué infeliz y espero que tener un hijo salvaría el matrimonio, como podría esperarse, - esto no ayudó y el niño se convirtió en otra carga. La mitad de las madres eran personas compulsivas y perfeccionistas, que habían planeado, no solo cuándo dar a luz, sino también que clase de hijo tener. Cuando el hijo no fué el que había esperado, la madre se sintió desengañada y culpó al hijo. Otros niños son rechazados porque no son del sexo deseado.

En un grupo estudiado por Symonds, los padres rechazantes crecieron en deficientes hogares y fueron algo mimados por madres dominantes. Los padres estaban mal avenidos y la disciplina era dura e incoherente. Las madres rechazantes provenían de hogares en los que había fricción, regeños, disciplina variable, castigos y críticas excesivas. Sus madres fueron inestables y sus padres austeros.

Cuándo los padres son incompatibles, el hijo es frecuentemente rechazado porque se le considera un impedimento para una posible separación conyugal. Además, puede recordar a un conyuge los razgos indeseables del otro.

Un niño puede ser rechazado, también porque es enfermizo o feo, o llora mucho y mantiene despiertos a los padres por la noche. Algunas veces rechazan a sus hijos porque les impide trabajar fuera de casa. En ocasiones el rechazo se debe al engaño de los padres a causa del mal aprovechamiento del niño en la escuela y en otras partes.

Cuando la madre trabaja fuera del hogar y dispone de poco tiempo para pasarlo junto al hijo, éste puede sentirse menospreciado e indeseado, aunque la madre no sea realmente indiferente. Surge una situación similar cuando los padres son poco demostrativos.

El rechazo puede ser abierto, es decir obvio y reconocido por el padre o la madre o puede ser oscurecido por esfuerzos conscientes o subconscientes de ocultarlo. La madre que muestra efusiva en sus atenciones hacia el hijo, puede realmente rechazarlo. El rechazo por parte del padre es generalmente abierto.

Los padres rechazantes son impacientes, excesivamente críticos y a menudo imponen una disciplina rígida. La atmósfera que reina en el hogar es de reconvención y descontento.

Cuando el rechazo se combina con un sentimiento de deber, con o sin sentimiento de culpabilidad, al niño puede que se le den, todas las cosas posibles en forma material para tratar de compensar la falta de afecto. Para acallar su conciencia, el padre o la madre puede que vayan aún más lejos, haciendo sacrificios personales en favor del hijo y protegiéndolo en exceso. Tal conducta a veces dificulta el diagnóstico diferencial entre rechazo y exceso de afecto.

El defecto de la personalidad que más sobresale en el hijo rechazado, tanto si el rechazo es abierto como oculto, es la falta de un sentimiento de valor o de un sentimiento de pertenencia. La ansiedad puede ser prominente.

Cuando el rechazo de los padres es abierto, generalmente el hijo reacciona con agresividad y deseo de tomar represalias, mezclado con hipersensibilidad e infelicidad.

Es probable que se muestre egoísta, resentido y vengativo, desobediente y pendenciero, inquieto e hiperactivo. No son raros el robo, las rabietas, la mentira y la escapatoria. El niño desea llamar la atención y hará uso de los medios más enojosos para lograrlo. La conducta agresiva es más sorprendente cuando el progenitor que rechaza es el padre.

Cuando es oculto y se asocia con excesiva protección - para que el niño no esté totalmente consciente de que es rechazado, la conducta, es más probable de que sea sumisa. El niño es tímido, reservado y temeroso. A causa de su conducta retraída, a menudo es impopular entre sus compañeros.

Antagonismo entre los padres y el hijo. Esta es una forma extrema de rechazo. Generalmente va dirigida, hacia un hijo del mismo sexo o es más común entre padre e hijo que entre madre e hija. La base usual son los celos del hijo. - - Cuando la madre prodiga la atención a su hijo e ignora al esposo, el padre puede mostrarse resentido y considerar a su hijo como un rival. El hijo percibiendo la antipatía del padre, lo evita y se aferra a la madre, agudizando con ello el antagonismo.

Esto ha sido interpretado como un residuo de la rivalidad entre hermanos en la juventud del padre. Puede culpárselo al niño de la enfermedad de la madre asociada con su nacimiento o de cualquier enfermedad posterior a ella o de envejecer prematuramente a la madre.

El niño adquiere un sentimiento de culpabilidad, a menudo aceptando la culpa que se le achaca y convirtiéndose en temeroso, inseguro y convencido de inutilidad. Estos niños - son muy infelices y como grupo constituyen muchos de los que se escapan del hogar y no asisten a clases.

Si se puede obligar a los padres a apreciar que está pidiendo más al niño en el hogar y en la escuela de lo que es capaz de dar y que él por consiguiente, no es responsable de sus insuficiencias, una difícil situación puede a menudo resolverse.

Cuando la madre usa al hijo como medio de llamar la atención y la simpatía del padre, debe disuadirse de ello.

Aunque puede que a los padres les sea difícil dar afecto a sus hijos que no sienten, debe pedírsele que estimulen al niño, aplaudiéndole sus éxitos atribuyendo mínima importancia a sus fracasos. Deben evitarse las comparaciones envidiosas con hermanos, las reconvenciones y las actitudes excesivamente críticas.

En el consultorio Odontológico, éste niño puede ser difícil de manejar. Está claro que hará de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazos sino esforzándose en ser amigables y comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho y deberán respetarse sus peticiones 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.

Los niños no deseados o rechazados, no solo sufren falta de amor y de afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. Puesto que el niño con seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo.

Podemos clasificar diferentes clases de rechazo, como —

son:

- a).- EXCESO DE AUTORIDAD.
- b).- PERFECCIONISMO.
- c).- EXCESO DE RESPONSABILIDAD.
- d).- EXCESO DE CRITICA.
- e).- DOMINACION.

a).- EXCESO DE AUTORIDAD.

Algunos padres son incapaces de aceptar al hijo tal y como es, pero exigen que actúe de conformidad con las ideas de ellos. Se ejerce gran esfuerzo y excesiva autoridad para tratar de enseñarles.

Los padres con fuerte sentimiento de inferioridad, se sienten contrariados si el hijo no responde en la forma adecuada y por lo tanto, asumen una actitud dominante para apaciguar su sensibilidad ofendida.

El progenitor excesivamente autoritario, es indebidamente crítico y correctivo y puede que rechace realmente.

La respuesta característica del niño pequeño a la autoridad excesiva, es sumisión acompañada de resentimiento y evasión. Temeroso de rechazar abiertamente las órdenes que recibe, recurre a la lentitud en el comer, el vestirse, el lavarse, etc., y a menudo se le caracteriza como un niño lento. Raramente obedece directamente, pero busca métodos de evasión como por ejemplo, ocultar alimentos que se le ordenó que comiera o decir que no ha comido un dulce cuando comió dos.

La rebelión abierta contra la excesiva autoridad, se manifiesta por conducta inquieta, mentir, robar y faltar a la escuela.

Muchos padres que no aprecian que son dominantes o que tratan de forzar al hijo, a que adopte patrones de conducta preconcebidos. No comprenden que su insistencia en la obediencia estricta, provoca conducta evasiva que puede ser precursor del engaño y que por sí misma, es mucho más grave que la no conformidad.

La autoridad es perjudicial, cuando limita la libertad del niño en forma indebida e impide que obtenga los conductos naturales para su deseo y destreza en desarrollo.

b).- PERFECCIONISMO.

La madre perfeccionista no suele tolerar una conducta provocativa o negativa. Es esencial la conformidad, con su plan. Solo se muestra satisfecha con un producto perfecto.

Al crecer el niño, fija para él elevadas normas de limpieza, orden y prontitud. La madre es rígida en cuanto a la calidad y la clase de alimentos consumidos, la hora de acostarse y los períodos de estudios y de juego. Decide qué ropa debe llevar el niño, qué libros debe leer, qué calificaciones debe obtener en la escuela y qué amigos debe hacer. Las demandas del niño generalmente están más allá de la capacidad de él, porque cualquiera cosa que no sea la perfección, es inaceptable. Se niega aprobación y se da poco crédito por el aprovechamiento, a menos que sea extraordinariamente perfecto.

El niño se siente constantemente frustrado por su incapacidad para cumplir las demandas de los padres, llega a creer que la falta recide en él y hace frente a la vida, con sentimientos de culpa e insuficiencia.

El pasado programa es fatigoso; como resultado, el niño

a veces reacciona con mal sueño, poco apetito, hábitos nerviosos y generalmente conducta inquieta.

c).- EXCESO DE RESPONSABILIDAD.

Algunos padres esperan que sus hijos, acepten mayor responsabilidad de la que pueden asumir psicológicamente.

En conjunto, los padres tienden a exigir demasiada responsabilidad cuando los hijos son pequeños y demasiada poca cuando son mayores.

La exigencia de excesiva responsabilidad, se asocia frecuentemente con el exceso de autoridad, los padres exigen éxito al hijo en actos para los cuales, suponen que es responsable.

Se ve también con el rechazo por parte de los padres, pero padres consientes y afectuosos que tienen nociones de la crianza de los hijos, puede que esperen también que éste asuma demasiada responsabilidad.

El niño al que se le confía mayor responsabilidad de la que puede asumir, parece más maduro que sus años. Da la impresión de ser tranquilo, serio e industrioso. Realmente con hábitos de chupar, trastornos de sueño y juego infantil. A veces se niega a aceptar la responsabilidad y pretende que es incapaz de realizar tareas sencillas.

Aunque debe ayudarse al niño en proceso del crecimiento, no debe intentarse apremiarlo.

d).- EXCESO DE CRITICA.

Algunos padres, sin pensarlo, impresionan al hijo con la

inmadurez e inexperiencia de él, lo tratan como a una persona inferior, esperando obediencia automática. Muestran poco interés por sus actividades y a menudo lo ridiculizan y lo humillan. El orgullo del niño es lastimado y pierde la estimación de sí mismo.

El niño que es continuamente criticado, carece de oportunidad para expresarse o adquirir confianza en sus capacidades.

Se siente inferior a sus compañeros, e infeliz, tímido e insatisfecho. Puede reaccionar con tensión emocional, hiperactividad y hábitos nerviosos; puede retraerse y volverse indebidamente dócil y tímido; o puede reaccionar con conducta agresiva y desafiante.

Los niños que sufren impedimento, generalmente se sienten inseguros de su capacidad para reaccionar adecuadamente y tomar decisiones acertadas.

e).- DOMINACION.

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 fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Al entrenarlo, fuerzan al niño y son por lo general extremadamente críticos, estrictos a veces, incluso los rechazan. Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimientos y evasión, 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 consideradamente, éstos niños - generalmente, llegan a ser buenos pacientes. Su reacción es - parecida a la producida por niños con padres exigentes.

4.- HIJO UNICO.

El hijo único crece en un medio ambiente ajustado de - adulto. Recuerda su vida de niño como placentera y muchos hijos únicos no creen que sufrieron durante la niñez, por ausencia de hermanos.

La personalidad del hijo único, esta influido en grado - considerable, por las circunstancias que indujeron a los padres a limitar la familia a un solo hijo. En algunos casos, - los padres son de edad media en el momento en que nace su hijo y la madre cree que es demasiado vieja para tener más hijos. - Tales padres es probable que sean excesivamente afectuosos, - muy ansiosos, protectores e indulgentes en demasía, y que el - hijo reaccione ante sus actitudes, como lo hacen otros niños - en circunstancias similares.

Cuando ha muerto el único hermano de un niño, es probable que la actitud de los padres sea de ansiedad excesiva. En otros casos los padres creen, que no pueden permitirse criar - más hijos en forma que desean, tales padres son frecuentemente perfeccionistas y tratan de ajustar al niño a un molde preconcebido.

Cuando los padres se niegan a tener un segundo hijo porque creen que la perspectiva del mundo es lóbrega, el hijo único estará correspondientemente influido por la lúgubre actitud

En familias en que los padres son incompatibles, el niño puede sufrir los efectos de un hogar infeliz.

Razones frecuentes de la limitación de la familia a un solo hijo son, enfermedad de la madre, abortos frecuentes, e incapacidad de concebir de nuevo. Los niños únicos en estas circunstancias, se sienten menos traumatizados que en otros casos.

En general al hijo único se le consiente y se le elogia en exceso. Cuando entra en la escuela y por vez primera, se pone en contacto íntimo y diario con sus compañeros de edad es probable que se sienta infeliz. Acostumbrado a ser mimado por los adultos, es atrapado por la vorágine del toma y daca de los niños en la escuela. No ha aprendido a competir con niños de su edad, a menudo trata de dominarlos, como hace con sus padres y adultos de la familia y prontamente es rechazado. En consecuencia, el hijo único es probable que se muestre tímido, retraído y sea impopular. El deseo de compañía a menudo le induce a inventar un compañero de juego imaginario.

Cuando los padres son extraordinariamente solícitos, el comienzo del habla puede que se demore. No es necesario que el niño hable, porque sus deseos son satisfechos antes que lo manifieste. Cuando el niño ha adquirido el lenguaje hablado, aumenta rápidamente su vocabulario y usa muchas frases de niños mayores a causa de su estrecha relación con adultos.

Un número considerable de genios y niños superiores han sido hijos únicos.

El hijo único es incapaz de congeniar con sus compañeros en términos iguales, sintiéndose incómodo entre extraños y solo a gusto en su casa o con parientes cercanos. Gusta de estar solo y prefiere los grupos pequeños a los grandes. Hace pocos amigos. Durante la niñez, se encuentra más a gusto con los adultos que con niños de su edad que piden derechos iguales. Cooperar de mala gana.

5.- HIJO ADOPTIVO.

En términos generales, los padres adoptan a un niño -- porque son incapaces de tener uno propio.

Una excepción es el hijo de un pariente o amigo muerto o que se encuentra en la miseria.

Pero la esterilidad es la causa más frecuente de falta de hijos.

La experiencia demuestra que, en gran parte estas mujeres son buenas madres.

Generalmente, los padres adoptivos son de más edad que los padres verdaderos, porque han tratado durante años de tener un hijo propio y han tenido que esperar hasta tener un niño apropiado.

Al igual que muchos padres de edad tienden a ser afectuosos, ansiosos, protectores e indulgentes en extremo. Ciertamente número de padres adoptivos son rechazadores.

Esto debe sospecharse cuando se ha demorado indebidamente la decisión de adoptar a un niño o cuando se fijan especificaciones excesivamente rígidas, para la clase de niño que se adopta. A menudo, prefieren un niño mayor porque consideran que los pequeños son engorrosos y sucios.

Los padres adoptivos de niños con impedimentos físicos, por lo general son personas de gran capacidad para el amor, simpáticas y valerosas y se dedican al niño. Se interesan más por proteger, que los padres de hijos sanos.

Muchos niños adoptados crecen con sentimientos y acti-

tudes normales hacia los padres.

Aunque los padres adoptivos tengan hijos propios, el hijo adoptado por lo general es aceptado plenamente.

La armonía en la familia, está amenazada cuando los padres no informan al niño de su origen y éste lo descubre en forma emocionalmente trastornadora y cuando los padres no comprenden que, de cuando en cuando, todo niño normal se comporta en forma irritante y enojosa y aún muestra una conducta que puede ser trastornadora.

c).- MIEDO

El fin de este inciso es discutir y conocer la naturaleza del miedo, ya que se considera uno de los principales enemigos del dentista y es una de las razones, por la que las gentes descuidan el tratamiento dental.

Por esta razón es bueno discutir esta emoción y la manera que las influencias, de los padres y del miedo, actúan para dar pacientes infantiles buenos o malos.

1.- ¿QUE ES EL MIEDO?

El miedo, es una de las emociones primarias del recién nacido, es una de las fuerzas principales que continúan motivando la conducta humana.

Miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se puede demostrar antes del nacimiento reacciones reflejas al estímulo. El lactante, no está conciente de la naturaleza del estímulo que produce el miedo. A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo pueden 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 intensifica su miedo.

El miedo y la ira, son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia.

El propósito de la enseñanza adecuada, según los Balwin, no es eliminar el miedo, sino guiar al niño para que el miedo sea una protección contra el peligro. El miedo debe seguir como ayuda para adaptarse a determinadas experiencias, y exigencias sociales.

2.- TIPOS DE MIEDO.

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

Los temores objetivos, son los producidos por estimulación propia y generalmente no son de origen paterno.

Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable.

Un niño que anteriormente a tenido contacto con un dentista, y ha sido manejado tan deficiente que se le ha infligido dolor innecesario, por la fuerza desarrollará miedo a tratamientos dentales futuros. Es muy difícil lograr que un niño que ha sido dañado de esta manera, acuda a el dentista por voluntad propia. Cuando le hacen volver al 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.

Los miedos objetivos, pueden ser de naturaleza asociada o asociativa. Temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital o que ha sufrido en él intensos dolores infligidos por personas con uniformes blancos, pueden desarrollar un miedo intenso a los uniformes similares de los dentistas o higienistas dentales.

Incluso el olor característico de ciertas drogas o compuestos químicos, asociados anteriormente con situaciones desagradables, puede causar temores injustificados. Un diente doloroso, puede asociar dolor con Odontología y puede causar aprensión hacia la vista dental.

El miedo también hace descender el umbral del dolor, - de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulte aumentado y lleva a 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 lo halla experimentado personalmente. Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión.

Un niño de corta edad, al oír de alguna situación desagradable, o que produjo dolor sufrido por sus padres u otra persona, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño y con la vívida imaginación de la infancia, se agranda y vuelve imponente.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. - Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida, les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella.

Su miedo es un intento de ajustarse a una situación, - que temen sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo.

La influencia de los padres, es de impotencia vital en la actitud del niño hacia la Odontología. Es imperativo que los padres informen a sus hijos, sobre lo que pueden esperar del consultorio dental.

Los temores subjetivos, 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, y el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los dos se dé cuenta. Son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar.

Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar fuertemente la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento, y lo que significa puede ser suficiente para que el niño sospeche y empiece a sentir miedo. Generalmente, mientras más tiempo subsistan temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando. En consecuencia, éstos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción como 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 demasiada dificultad por el niño si se usa lógica y comprensión, 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 posterior.

Por otro lado, los miedos subjetivos a dolores de tratamientos dentales no están circunscritos a ninguna experiencia real y personal, de manera que el miedo que puede experimentarse no encuentra límites. En la mayoría de los niños, el miedo es subjetivo, no consecuencia de tratamientos denta-

les anteriores.

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas del niño, los miedos imaginarios se vuelven más intensos. Los temores imaginarios por lo tanto, aumentan con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tienen fundamento.

La intensidad de los temores de los niños varía. Estas diferencias pueden explicarse por hechos tan sencillos como la necesidad o el deseo que tiene el niño de dormir. Un niño adormilado tiende a mostrar más miedo e irritación que uno despierto, porque se le ha reducido la capacidad de razonar y controlar sus temores, y tiene una tolerancia inferior a las situaciones desagradables.

El patrón del miedo puede ser impredecible, ya que no todos los temores que manifiestan los niños son genuinos. Frecuentemente utilizan el miedo para otros propósitos. Tal vez si utiliza el miedo al dentista como mecanismo de defensa, no se le pedirá al niño que haga su visita al dentista, 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.

3).- LA EDAD Y SU RELACION AL MIEDO.

Se puede enseñar a los padres que la edad es un determinante importante del miedo y modifica, la eficacia del condicionamiento.

Los temores de un niño y la manera en que los maneja cambian con la edad.*

El comportamiento emocional, como cualquier otro com--

portamiento, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo.

Es bien conocido el papel de la madre en la superación de temores tempranos. Se ha demostrado el papel de la madre como fuente de bienestar y seguridad para niños de incluso un año de edad.

La posibilidad que existe entre la impresión de mimos y cuidados y la atención maternal en la personalidad del niño, y su reacción al miedo posteriormente en la vida, puede tener mas importancia que la que se concedía anteriormente.

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 de 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.

El padre y el dentista deben estar concientes de estas variaciones con la edad e interpretar todas las reacciones a estímulos considerando la edad emocional, mental y cronológica del niño.

A los cuatro años de edad se llega a la cumbre de los temores y de cuatro a seis años disminuyen gradualmente los temores antiguos como a caerse, al ruido y a los extraños. A medida que el niño adquiere capacidad para evaluar situacio-

nes que producen miedo, ya sea por la experiencia personal o por capacidad de apreciar la serenidad del peligro, se pierden y olvidan muchos de los miedos primitivos. El miedo a los extraños que alcanza mayor intensidad entre los dos y tres años, se pierde a consecuencia de amplias asociaciones con otros extraños.

Se ha observado que los niños inteligentes muestran más miedo que los demás, tal vez por ser más conscientes 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.

A esta edad, el niño está desarrollando miedo a su propia conciencia, que se está formando con la disciplina correctiva de los padres. Los "sí" y los "no" se vuelven parte de él y pueden llevarle a estados de ansiedad si la disciplina ha sido defectuosa o puede conducirle a buen comportamiento si la disciplina ha sido moderada y justa.

Cuando el niño llega a la edad escolar, la mayoría de los miedos a la Odontología, que fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables, se han vuelto fáciles de manejar. Solo unos cuantos conservan fobias definitivas.

A los siete años el niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente.

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 operato-

rios dentales porque el dentista puede razonar con él y explicarle lo que está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre su inconformidad ya sea levantando la mano o algún otro gesto.

A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales.

De los ocho a los doce años el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente.

4).- EL MIEDO Y EL DENTISTA.

Los estímulos de miedo no deben ser dirigidos hacia el Odontólogo o hacia los esfuerzos para ayudar al niño con sus problemas dentarios, sino que tales estímulos deben ser mejor canalizados para obtener una mayor respuesta a un programa de higiene dental correcto.

El niño debería conocer, de manera general los procedimientos que podrían serle aplicados y el aspecto y descripción del equipo del laboratorio antes de la primera visita dental.

En la Odontología actual, no se debe infligir dolor innecesario. Ningún padre, por lo tanto, deberá decir a su hijo que va a experimentar dolores intensos. Pero tampoco debe minimizar o mentir sobre las molestias de la Odontología. Debe emplearse honestidad sin exageraciones emocionales.

Frecuentemente traen a sus hijos de corta edad al consultorio inmediatamente después de que ha sufrido accidentes que dañan las piezas anteriores. Como su presencia da seguridad y reduce el miedo, deberá pedírsele a la madre que tenga-

a el niño en sus brazos mientras que el dentista realiza el tratamiento de urgencia. Aunque posiblemente el niño siga llorando deberá seguir realizando el trabajo necesario rápidamente y con el mínimo dolor.

Personas poco familiares que llevan uniformes blancos inspiran miedo, especialmente si el medio recuerda experiencias dolorosas del pasado.

Para el niño de 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.

El momento adecuado de presentar la Odontología al niño es cuando tiene dos a tres años, es importante estudiar, los estímulos de importancia dental y que producen el miedo desde esta edad hasta la adolescencia. Obviamente, no se puede esperar de un niño reacciones y comprensión que sobrepasen su capacidad mental en cualquier edad determinada.

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 de mano al preparar cavidades, producen miedo en un niño de corta edad. A menos que el dolor intenso, teme más al ruido de los procedimientos 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 le están bajando o inclinando en la silla dental, puede causarle miedo.

Movimientos de la mano rápidos y enérgicos también atormentan. Las luces muy fuertes, especialmente la luz intensa de la unidad operatoria, produce miedo si se deja que brillen en los ojos del niño.

Los niños que todavía no van al colegio, pueden temer al separarse de sus padres, de quien ha aprendido a depender para obtener seguridad, siente que se le ha dejado solo. Además del miedo por estar abandonado, siente temor de no haber satisfecho a sus padres.

Cree que esto puede ser la razón de su abandono. Puede creer que la Odontología es un castigo.

Como hay niños que temen separarse de sus padres, si el niño es muy joven debe ser preferible que el padre lo acompañe a la sala de operaciones. Ver la silla o la unidad Dental tan poco familiares, con sus extrañas proyecciones puede inspirar miedo a los muy jóvenes.

El temor al daño 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 fué malo, fué

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.

CAPITULO II

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE NIÑOS.

La Odontología para niños trata generalmente de la prevencción. En realidad, no hay ninguna fase importante de éste campo que no sea preventiva, en su perspectiva más amplia. - Desde este punto de vista, la Odontología para niños, es un - servicio de dedicación, puesto que la prevencción es siempre - la meta final de la ciencia médica en su totalidad.

La Odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que está tratando con organismos en período de formación. Tan solo en los niños se encuentra éste crecimiento y desarrollo rápidos, donde los individuos están en constante cambio.

El Odontopediatra se encuentra en posición de alterar el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades de los tejidos en éstos pacientes, pudiendo producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

a).- EL NIÑO Y LA ODONTOLOGIA.

En el capítulo anterior hablé acerca del desarrollo - psicológico del niño y de los problemas que éstos ocasionen en el consultorio dental. En éste capítulo trataré el manejo - del niño como paciente dental, desde que entra en el consultorio.

La mayoría de los niños llegan al consultorio dental - con algo de aprensión y miedo, pero como muestra la experiencia clínica, pueden controlar éstos temores si los racionali-

zan.

Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptarán a la rutina y a las molestias que acompañen a los tratamientos dentales.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio dental 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 al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que éste 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 manifiesta con base más emocional que intelectual y por lo tanto no se puede interpretar, basándose en la razón tan solo.

El niño se comportará en el consultorio dental, de alguna manera que en el pasado le sirvió para librarse de algo desagradable. Si en casa puede evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental. Si cuando resiste con fuerza a sus padres, logra que se satisfagan sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales del mismo modo. Sin embargo, el comportamiento de un niño puede a veces, ser modificado.

Si se hace que no le resulten sus ataques emocionales, cambiará su comportamiento.

Cuando el niño aprende 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 elegir sobre la acción.

Es muy importante traer al niño al dentista desde un principio, para que se familiarice con el doctor y con el medio dental.

Cuando el niño llega para que se le haga una corrección dental, su comportamiento dependerá, no tan solo de su condicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el dentista de manejarlo. Si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación. Mucho depende de cómo impresiona el Odontólogo, al niño y cómo ganar su confianza. Cuando se ha establecido la relación deberán realizarse los trabajos correctivos sin retraso.

Si es posible, el Odontólogo debería establecer buenas relaciones con el paciente antes de separar al niño de sus padres, porque de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarlos. En un niño de corta edad el miedo a abandonarlo es crítico.

Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos a afrontar nuevas situaciones, visitar al Odontólogo, antes del tratamiento puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal -

vez mitigue temores o necesidades futuras a huir. Este método da resultados con niños que aún no van a la escuela y en menor medida, con niños mayores. Aunque una visita preliminar al dentista es valiosa, la continua repetición del procedimiento puede no ser eficaz, a medida que se tenga que realizar algún trabajo dental en alguna de las visitas siguientes.

Mostrar actitudes sarcásticas y desdeñosas con el niño para que por vergüenza se porte bien en el consultorio, no es conveniente. Aunque muchos Odontólogos emplean el ridículo como medio de mejorar la conducta del niño en el consultorio dental, es una pérdida de tiempo y tiene poco valor. El método no sólo es inadecuado, sino que lleva consigo peligro cuando se aplica a los niños. El niño que se sienta en la silla dental, desea ganar la aprobación del dentista. Sin embargo, si el mecanismo del miedo es tan fuerte que le resulta imposible cooperar, su buen juicio pierde toda fuerza y su comportamiento se vuelve indeseable.

El ridículo puede producir frustraciones y resentimientos al niño, y de ello puede resultar un aumento de aversión al dentista y a los tratamientos dentales. El producto final del ridículo no es disminución del miedo, sino aumento del resentimiento.

A los niños no les gusta ser diferentes y desean conformarse a patrones sociales. A los niños les gusta hacer las cosas que hacen otros niños o personas. Aman participar en competiciones o competencias. Si se permite que el niño observe cómo se realizan trabajos dentales en otros, le servirá de reto. Observar a un hermano mayor o a uno de sus padres en la silla dental le dará más confianza que observar a un extraño. Puede ser poco eficaz para niño de menos de tres años. Si el niño ve que se realiza el trabajo sin dolor evidente, frecuentemente querrá e incluso deseará intensamente -

que realicen en él los mismos procedimientos. Muy a menudo - se sentará en la silla sin que se le haya pedido. En éste - entusiasmo existen peligros. Si no observó expresiones de mo lestia en la persona que le precedió, pero descubre con sorpresa que a él le están haciendo daño, puede que su entusiasmo se convierta en desilusión y tal vez pierda completamente la confianza en el dentista. Es difícil volver a ganar la - confianza de un niño afectado de esta manera.

Si el procedimiento tiene que producir dolores, aunque sean mínimos, es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarlo 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 muy 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 sentirse así.

A través del reacondicionamiento realizado con la guía del dentista, el niño aprende a aceptar los procedimientos - Odontológicos y a gozar de ellos.

Pierde su miedo a la Odontología, porque aprende que - lo desconocido no representa un peligro para su seguridad.

Con simpatías y tacto, se establece la relación y los procedimientos operatorios se vuelven interludios agradables - esperados con placer por el dentista y el niño.

b).- ¿CUANDO DEBE INICIARSE EL TRATAMIENTO DENTAL?

Esta es la pregunta que más frecuentemente se hacen los padres. Pues falta orientación sobre este tema, ya que la mayoría de las personas llevan a sus hijos al dentista cuando hay alguna anomalía o molestia. Y como consecuencia encontramos, los tratamientos dolorosos y el miedo al dentista.

La necesidad de un cuidado dental preescolar precoz, y el mantenimiento de un programa de rutina posterior, es evidentemente necesario para una buena salud dental.

Todos los padres deben ser advertidos, que el momento ideal para comenzar los exámenes dentales regulares periódicos de los niños, y el tratamiento dental, es alrededor de los dos años de edad, aunque muchos Odontopediatras sugieren que los niños sean observados para exámenes dentales ordinarios a edades tan tempranas como los dieciocho meses.

Los niños que han tenido la costumbre de alimentarse con biberones endulzados hasta los dos años, pueden necesitar estos servicios más tempranamente.

No hay regla fija que determine la frecuencia de los exámenes y tratamientos subsiguientes una vez completado el servicio dental inicial para el niño, puesto que hay tantas variantes a considerar en cada paciente.

El niño con gran número de caries y cuyos dientes se carían rápidamente, debe ser examinado aproximadamente cada 60 a 90 días, mientras que a otros se les puede aconsejar que pidan cita o vuelvan cada cuatro o seis meses, para limpieza y examen.

Además de las consideraciones mencionadas, a saber un exámen dental y un programa de tratamiento periódico, es quizá de mayor importancia, la educación del niño y del padre.

Al padre y al niño se les puede enseñar las técnicas, al igual que las razones para el cuidado de los dientes y las estructuras vecinas, con una buena técnica de cepillado y el uso del hilo dental desde ésta edad tan temprana.

La prevención, si ha de lograrse, debe ser un programa de cooperación entre el niño, el padre y el Odontólogo. Esto debe enseñarse desde la primera visita. No es profesionalmente aceptable, suponer que los pacientes saben cómo y porqué, sus dientes deben cepillarse regularmente, que su ingestión de alimentos u otros productos pueden influir la estructura y el tipo de dientes y tejidos vecinos, y que sus hábitos pueden causar varios problemas dentales.

Se debe transmitir al paciente y al padre el valor de cuidados dentales adecuados en la niñez son una inversión para la salud futura. La buena Odontología no empieza en la silla dental, empieza en casa con higiene bucal adecuada, una dieta sensata con restricciones de carbohidratos, la participación en los esfuerzos de la comunidad para fluorizar el agua. Los valores potenciales implícitos en la educación del paciente en la visita inicial y concomitantes con las visitas posteriores, son mucho mayores que el tratamiento.

La educación e instrucción del paciente y del padre, son tan importantes como el tratamiento mismo.

Sólo si se favorecen cuidados tempranos, podrán realizarse esfuerzos auténticos hacia la prevención de las caries.

En familias que tienen varios hijos, el dentista observa que los que examinó tempranamente son generalmente mejores pacientes ya que los cuidados restaurativos que se les administraron serán más importantes en la preservación de la función total de las piezas caducas.

c).- LA PRIMERA VISITA

La primera visita al consultorio Odontológico debe ser para el niño en lo posible, una experiencia de lo más agradable.

En la primera visita deberán realizarse sólo procedimientos menores e indolorosos.

En la primera visita se deberá instruir sobre el cepillado de dientes y las diferentes técnicas. Se informa al paciente, que se le van a cepillar los dientes. Se limpian los dientes y se les recubre con solución de fluoruro. Se pueden tomar radiografías, si son necesarias para un buen diagnóstico. Se puede explicar la unidad de rayos X como una enorme cámara fotográfica y la película como el lugar donde aparecerá la fotografía.

Es buena técnica pasar de operaciones sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario un tratamiento de urgencia.

Generalmente se invita a los padres en la visita a que pasen a la sala de operaciones para comprender el papel tan importante, en la adquisición de hábitos de higiene de sus hijos y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales.

Que el dentista reciba al niño en la sala de espera el día de la primera visita es de gran ayuda.

Cuándo tratemos a un paciente infantil, por primera vez, hay que llamarlo por su nombre de pila. Si no lo sabemos, hay que preguntárselo, nunca es bueno llamarlo "muchachito" u otro nombre poco familiar.

Cuándo sea posible, se debe dirigir la conversación - hacia el niño. Cuándo se tome el historial o la historia clínica, pregunte de cuando en cuando algo para que el niño conteste. Si forzamos al niño a permanecer callado en una conversación que no le interesa, pensará naturalmente en lo que le va a pasar en la silla dental.

No hay que demostrar nunca exceso de entusiasmo, ni ser demasiado insistente. No le demos la mano a la fuerza, ni saludarlo con voz demasiado elevada. Hay que tratar al niño con confianza en la voz, pero de manera natural y cálida.

La primera visita al consultorio, la hace generalmente el niño en compañía de sus padres. Es posible que las siguientes visitas las haga el niño solo, y por lo tanto no podrá facilitar la información requerida. El Odontólogo deberá tomar un registro completo de la historia del paciente y anotar que es lo que le aqueja principalmente. Si éste mal es una urgencia, el paciente deberá recibir un tratamiento de naturaleza paliativa o correctora durante esta primera visita.

Cuándo la primera visita del niño no es de urgencia, nos disponemos a realizar un exámen completo y éste exámen completo consta de:

- 1.- Historia de caso.
 - a).- Queja principal del paciente.
 - b).- Historia prenatal, natal, posnatal y de infancia.

- 2.- Exámen clínico.
 - a).- Apreciación general del paciente.
 - b).- Exámen bucal detallado
 - c).- Exámenes suplementarios y pruebas especiales.

3.- Diagnóstico.

a).- Resumen de todas las anomalías, su naturaleza, etiología e importancia.

1.- Historia del caso.- La historial de un paciente de Odontopediatría puede dividirse en: Estadísticas vitales, Historia de los padres, Historia prenatal y natal e Historia posnatal y de lactancia.

Estadísticas Vitales.- Son esenciales para el registro del consultorio. El médico del niño debe ser anotado para poder consultarle en algún caso de emergencia futura o para información médica adicional cuando se necesite.

La historia de los padres.- Proporciona alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. También para informar al dentista sobre el valor que los padres conceden a sus propios dientes.

La historia prenatal y natal.- A menudo proporcionan indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura anormal de piezas caducas o permanentes. El Odontopediatra observa los efectos de la droga y trastornos metabólicos que ocurrieron durante las etapas formativas de los dientes.

El historial posnatal y de lactancia.- Revisa los síntomas vitales del paciente. También registra información, tal como tratamientos preventivos previos de caries dentales, trastornos del desarrollo con importancia dental, alergias, costumbres nerviosas y el comportamiento del niño y sus actitudes en relación con el miedo.

2.- Exámen Clínico.- Se hace el exámen clínico del niño con una secuencia lógica y ordenada de observaciones y de procedimientos de exámen y de manera sonriente y amable.

El exámen completo deberá ser una evaluación a conciencia; el diseño siguiente demuestra el alcance de éste exámen:

- 1).- Perspectiva general del paciente (incluyendo estatura, porte, lenguaje, manos, temperatura).
- 2).- Exámen de la cabeza y el cuello:
 - Tamaño y forma de la cabeza.
 - Piel y pelo
 - Inflamación facial y asimetría
 - Articulación Temporomandibular
 - Oídos, ojos, nariz y cuello.
- 3).- Exámen de la cavidad bucal:
 - Aliento
 - Labios, mucosa labial y bucal
 - Saliva
 - Tejido gingival y espacio sublingual
 - Paladar
 - Faringe y amígdalas.
 - Dientes.
- 4).- Fonación, deglución y musculatura peribucal
 - Posiciones de la lengua durante la fonación
 - Balbucesos y ceceos anteriores o laterales
 - Forma de la lengua en posición de descanso
 - Acción mentalis en el momento de tragar.

3).- Diagnóstico.- El historial, el exámen clínico, las pruebas de laboratorio, proporcionarán los hechos esenciales necesarios para llegar a un diagnóstico.

De los hechos recogidos, se puede sugerir varios procesos patógenos. Siempre existe la posibilidad de que haya más de una enfermedad al mismo tiempo. Sin embargo al examinar -

puede desmenuzar los hechos para identificar una entidad patógena, que podrá tratarse adecuadamente.

A menudo es necesario que el Odontólogo diagnostique - antes de que todos los hechos hayan sido recogidos, para evitar que el proceso de la enfermedad siga su curso, por ejem:- una gingivitis necrosante aguda, necesita tratamiento con drog - gas y clínico inmediato; un incisivo central recientemente - fracturado necesita cuidados inmediatos.

En algunos casos puede ser necesario un período de ob - servación antes del diagnóstico final y la institución del - tratamiento adecuado.

Si todas las pruebas fracasan en la diferenciación del diente afectado, el dentista puede decidir esperar varios - días antes de hacer el diagnóstico e instituir el tratamien - to.

La duración y enfoque de la historia dependen de las - circunstancias que rodean a cada caso.

En circunstancias de urgencia, la historia se limita - generalmente a asuntos esenciales en relación con la lesión - que se trata en el momento o del mal que aqueja al niño ec - tualmente y también a la presencia o ausencia de enfermedades generales que tengan importancia en el tratamiento inmediato.

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso. En ésta situación - como en todas las demás, la veracidad del dentista es escen - cial franqueza y honestidad serán rentables con los niños.

El tratamiento Odontológico acertado, se basa en diag - nóstico exacto y cuidadosa planeación del tratamiento.

1).- EL CONSULTORIO DENTAL.

Muchos dentistas generales de éxito, ven diariamente - un gran número de niños sin necesidad de habitaciones o equipos, diseñados especialmente para ellos.

No es imprescindible ni requisito importante para una buena práctica pavidodóncica, tener un sillón dental para niños, unidad, gabinete y habitación operatoria especial. Se puede brindar una asistencia tan completa y hacer un trabajo tan bueno, en un sillón dental para adultos y en una sala común, como en un consultorio especialmente diseñado. No hay duda, sin embargo que un equipo para niños y una habitación decorada para ellos, significa una ventaja psicológica en apreciable número de casos.

Es cierto que tanto los padres como los niños no pueden dejar de impresionarse, si el consultorio ejemplifica un interés especial en los niños.

El padre que lleva a su hijo a un consultorio Odontológico atrayente, que despliega aparentemente un interés verdadero en los niños, comentará sin duda tal observación con otras personas siempre que tenga oportunidad para hacerlo.

Hay muchos factores que tomar en consideración al buscar lugar para un consultorio del tipo de práctica que se debe 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 considerarse el tipo de decoración del consultorio.

Si se va a dedicar enteramente a niños, el consultorio

completo, desde la sala de recepción hasta las salas de tratamiento, pueden tener un tema definido. Decoraciones y accesorios que describen situaciones como el circo, el oeste, el espacio. Canciones de Cri Cri o cuna, dan un toque cálido y de fantasía al consultorio y tienden a desvanecer el miedo.

Una pecera es siempre una fuente de entretenimiento y puede ser colocada en la sala de recepción o en la sala de tratamiento en un lugar en que el niño pueda verlo.

Una música apenas audible y relajante en la sala de recepción tiene efectos reconfortables en los padres y en el niño y hace desaparecer la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa.

Si los adultos van a llevar a los niños al consultorio dental, (que casi siempre lo hacen, por lo menos la primera visita), deberá de haber lecturas para adulto, además de las infantiles.

También puede utilizarse la sala de espera para presentar material sobre salud dental.

Una de las partes fundamentales de un consultorio Odontopediátrico es un apropiado sistema de recordatorios. Una tarjeta con algún personaje de Wald Disney, algún personaje importante para los niños o alguna caricatura de los dientes para recordarle su próxima cita.

También las llamadas por teléfono para recordar la cita es una buena táctica.

La sala de operaciones puede hacerse más atractiva al niño si algunos dibujos o cuadros de las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre y riéndose es - -

siempre bueno.

Trate de que los niños pacientes no vean sangre, y algodones con sangre en el cesto de la basura.

Si el consultorio no se va a dedicar exclusivamente a niños, deberá reservarse para ellos una área en la sala de espera.

El sillón dental para adultos, puede hacerse más confortable y práctico para el niño, poniendo unas tablillas sobre los brazos del sillón o agregando un asiento especial para niños.

Trate de evitar que los niños vean a adultos con dolores. Las personas con ojos enrojecidos de llorar o personas turbadas emocionalmente enervarán a los niños. Evítelo, haciendo que salgan por otra puerta o programando todas las visitas infantiles para un horario diferente a los adultos.

2).- ASISTENTE DENTAL-

El uso de las técnicas Odontológicas a cuatro manos es uno de los avances más importantes, que un dentista puede incorporar al trabajo de su consultorio. Proporciona comodidad y sensación de bienestar en sus pacientes infantiles y también en el dentista y sus auxiliares.

La asistente dental es una persona esencial en todo consultorio. Una asistente competente, amable, pulcra e integrada.

Ella es generalmente quién recibe primero a la madre y al niño, y las personas forman en la sala de recepción su primera impresión del consultorio y del Odontólogo, por el especto, voz, modales y comentarios de ella. La voz telefónica, la forma en que obtiene la historia inicial y la sinceridad de propósito, tiene una marcada influencia en la relación, Odontólogo - padre - niño.

Es la asistente quien fija la próxima cita. Y la última persona que ve a la madre y al niño cuando dejan el consultorio. Sus comentarios amables y sus sonrisas, serán recordados después, de que el paciente haya dejado el consultorio.

Puede también hacerse responsable de las llamadas recordatorias a los pacientes y de otros deberes, relacionados con la parte económica del consultorio.

La asistente será de particular valor alrededor del sillón, ya que puede ayudar materialmente a reducir el promedio de tiempo operatorio, factor importante en el tratamiento del niño. La asistente dental es sin duda, mayor ventaja con el paciente niño que con el adulto.

Puede ayudar a controlar al niño y para facilitar los procedimientos operatorios al dentista.

El dentista ha de estar conciente de las limitaciones de sus horas de trabajo y cuando sea posible, deberá emplear personal para permitirle dedicarse a tareas que no puedan ser delegadas a otros. Es importante seleccionar la ayuda adecuada, ya sea un higienista, un ayudante o una secretaria y esta selección deberá hacerse con gran cuidado.

Es extremadamente importante en un consultorio de Odontopediatría la utilización eficiente de los ayudantes porque:

1).- Disminuye el período de tiempo de la visita dental y esto ayuda a el manejo del niño.

2).- Estudios de tiempo y movimiento muestran que un ayudante hace disminuir el número necesario de pasos y movimientos, lo que reduce el cansancio del dentista.

3).- El dentista practica con más eficiencia y rapidez, con lo que se vuelve más productivo y aumenta su ingreso.

Los párrafos siguientes describen la utilización adecuada de la asistente. Para obtener el máximo rendimiento de este tipo de situaciones es importante tener un equipo moderno.

El paciente descansa en posición inclinada, con el cuerpo paralelo al suelo y los pies ligeramente elevados. Los brazos de la ayudante permanecen en posición ligeramente superior al pecho del niño, dándole sensación de seguridad.

Es mejor no tener la escupidera cerca, para no distraer la atención del niño y se utiliza la técnica de elimina

ción de saliva por aspiración.

Es conveniente que el dentista opere en posición sentada, en un cómodo taburete giratorio. La ayudante se sienta - enfrente de él, colocándose de manera que la unidad no le estorbe. Todo el equipo está convenientemente situado junto a la asistente.

La ayudante tiene a su alcance todo lo que necesita para un procedimiento adecuado y determinado, sin tener que abandonar su silla.

En una bandeja hay que colocar sólo los instrumentos, para cada operación que tengamos que efectuar en ese momento.

La asistente entrega y toma de la mano del dentista todos los instrumentos, en lo que puede denominarse intercambio fluido, sin necesidad de que el dentista distraiga su atención, mientras continúa ayudándole en otros procedimientos dentales como operar la aspiración o utilizar el rocíador de agua o aire.

El concepto de "Odontología a cuatro manos" implica que constantemente se emplean las manos de la ayudante en el tratamiento del niño. No es necesario que el Odontólogo desvíe sus manos o su atención de la tarea que está realizando, y de esta manera disminuye la cantidad de movimientos innecesarios, pudiendo realizar mayor cantidad de trabajos. Este concepto se usa ampliamente en la actualidad en prácticas modernas de Odontopediatría.

Nunca deje un paciente muy pequeño sentado solo en la silla, ya que sus temores, aún no disipados por completo, pueden agrandarse. Si tiene que abandonar la sala de operaciones aunque sea por un minuto, asegúrese de que esté presente-

su ayudante.

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza.

El dentista también deberá asegurarse de que el personal que emplea ama a los niños y los trata bien, y que sabe como manejarlos. Si los auxiliares tratan de formar inadecuada al niño, las oportunidades de éxito que tiene el Odontólogo disminuyen enormemente.

El color de los uniformes que se usan en el consultorio dental, es también importante. Los tonos rosa, gris, azul o verde, parecen ser los más favorables para el niño. El color blanco se asocia muchas veces a circunstancias con la aguja hipodérmica y otras experiencias en el consultorio médico.

d).- PARTICIPACION DE LOS PADRES EN EL TRATAMIENTO DENTAL DE SUS HIJOS.

Los padres tienen la obligación de conocer y comprender el estado dentario y los problemas que presentan su hijo, o hija, y asumir las responsabilidades parentales, relativas al tratamiento. La única excepción que se da a esta regla - (que el padre o el encargado debe acompañar al niño al consultorio por lo menos la primera visita) es el caso en que el interés de los padres se ha logrado anteriormente, haya completo acuerdo entre las partes y no exista mayor problema dental.

El Odontólogo que hace un examen sin conocer los deseos exactos y las limitaciones económicas de la madre o el padre, está perdiendo el tiempo.

No puede interesarse profundamente en el bienestar del niño, ni planear ningún programa dental de larga duración, - pues no existe ningún incentivo para hacer un examen adecuado, o continuar en un plan de tratamiento.

El Odontólogo puede discutir todas las condiciones dentales y planes de tratamiento optativos con el niño o la niña, con la esperanza que al menos parte de la información será relatada en forma correcta al padre, pero ésta forma de encarar el futuro bienestar del niño, es infructuoso. La madre después de un examen así, llama frecuentemente por teléfono y pregunta: "Doctor, ¿Qué piensa usted realmente de los dientes de Carlos?" el doctor trata de informar a la madre de Carlos, que el primer molar inferior izquierdo permanente, tiene una cavidad y que la corona se está inclinando hacia el espacio que antes ocupaba el segundo molar primario. El doctor continúa y la madre se confunde cada vez más y al final comenta "Bueno doctor ocúpese de los dientes de Carlos lo me-

por que pueda". El Odontólogo asume entonces toda la responsabilidad en cuanto a reestructuraciones extracciones, ortodoncia y mantenedores de espacio. En tales condiciones, no ha existido un acuerdo real con el padre, en relación a la extensión o posibles planes de tratamiento, ni tampoco ningún arreglo económico.

No se puede confiar en una remuneración aceptable, con relación tan vaga y distante con los padres, ni puede haber entusiasmo para realizar un servicio dental completo.

También está claro que condicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres. Deberán aceptar esta obligación como un deber paternal.

Aunque es responsabilidad de los padres inculcar en sus 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.

Se puede hacer que los padres comprendan 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 Odontólogo y confiar su hijo a su cuidado.

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental, sin apresiones ni desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento.

El dentista puede hacer mucho para educar la participación de los padres en el tratamiento dental. 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 entusiasta sobre el bienestar dental del niño, y tenderá cada vez menos a - esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al con-- sultorio dental.

Si se informa 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 sus hijos.

La guía de los padres sobre el tratamiento dental debe rá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad - suficiente para ser impresionado adversamente, por influen- - cias externas.

La guía empezará pidiéndole a los padres que no expre- sen sus miedos personales enfrente del niño. Además de no men- cionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar - el miedo explicado de manera agradable y sin darle mucha im- portancia, que es la Odontología y lo amable que va a ser el - dentista. Para los padres que aún temen los servicios denta- les, se les puede explicar la anestesia moderna, la mejor com- prensión 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 Odontolo- gía.

Los padres también deben ocultar sentimientos de ansie- dad, especialmente en expresiones fáciles, cuando llevan a - sus hijos al dentista.

Hay que instruir a los padres para que nunca utilicen - la Odontología como amenaza de castigo. En la mente de los -

niños se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

Es bueno que los padres familiaricen a sus hijos con la Odontología para que se acostumbren al consultorio y para que empiecen a conocerlo. El Odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándolo a recorrer el consultorio, explicándole y haciendo demostraciones con el equipo. Al final del recorrido, hará que el niño estabata que acaba de hacer un amigo.

Hay que explicar a los padres que si demuestran valor en asuntos Odontológicos esto ayudará a dar valor a sus hijos.

Hay que recalcar 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.

A los padres hay que pedirles, que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Esto significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.

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.

El padre no debe prometer al niño, lo que va a hacer o no el Odontólogo. El dentista no debe ser colocado en una situación comprometida donde se limite lo que pueda hacer para el niño.

Tampoco deberán prometer, los padres al niño que el dentista no les va hacer dano. Las mentiras sólo llevan a la desapección y desconfianza.

Varios días antes de la cita, debe instruirse a los pa dres, que comuniquen al niño de manera natural que han sido - invitados a visitar al dentista. Los padres nunca deberán - forzar las cosas, mostrar al niño exceso de simpatía, miedo - o desconfianza.

Los padres deberán encomendar a sus hijos a los cuida- dos del dentista al llegar al consultorio, y no deberán entrar a la sala de tratamiento a menos que el Odontólogo así lo es- pecifique. Cuando lleguen a la sala de tratamiento deberán - actuar tan sólo como espectadores invitados.

El plan de tratamiento y económico también debe ser - aclarado con los padres. En la práctica de adultos, los arre- glos se hacen directamente con el paciente, pero el paciente- niño no es responsable del pago de la cuenta, ni puede hablar legalmente por el padre respecto al tipo de extensión del tra- tamiento requerido.

Resulta poco práctico y es económicamente erróneo, dis- cutir con el padre el honorario, o el programa económico refe- rente al servicio dental considerado para el niño, antes de - hacer un análisis de los hallazgos del exámen, de desarrollar uno o más planes de tratamiento. Puede ser necesaria una se- gunda cita para aclarar estos puntos antes de comenzar cual- - quier tratamiento.

El tiempo es el único factor que debe ser considerado - para llegar a un honorario equitativo. Además del tiempo re- querido para completar la operación corriente, debe dejarse - un margen para hallazgos inesperados, cómo también para algu- nos problemas de manejo del niño.

e) MANEJO EN EL CONSULTORIO DENTAL DE LAS DIFERENTES CLASES DE NIÑOS.

Para poder realizar un tratamiento operatorio aceptable, es esencial la cooperación del paciente.

En Odontología desde un punto de vista práctico, hay dos grandes clasificaciones que se pueden aplicar a la conducta del niño, cooperadores y no cooperadores. No hay datos disponibles para indicar qué porcentaje de niños pueden ser clasificados como cooperadores. Debe señalarse por experiencia, sin embargo, que son relativamente pocos los pequeños que presentan problemas especiales para su manejo.

Una discusión de los problemas del manejo del niño, implica una breve consideración de las citas, el Odontólogo, la asistente, el padre y la conducta del niño. El chico puede ser: tímido, asustadizo o vergonzoso, incorregible, obstinado, miedoso o enfermo y cada patrón de conducta requiere especial consideración por parte del Odontólogo y su asistente.

1.- EL NIÑO TIMIDO, ASUSTADIZO O VERGONZOSO.

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

Es fácil descubrir al niño asustadizo pues tratará de esconder su cara detrás de la falda o del cuerpo de su mamá o mirará al suelo o a otra parte, cuando se le dirija la palabra. Responde a pocas preguntas o comentarios, si es que res

ponde y no cooperará mientras esté rodeado de este caparazón.

Esta reacción es común en el niño preescolar especialmente en quién no ha ocurrido al jardín de niños.

Los niños de las zonas rurales o semi-rurales, son - - afectados más a menudo que los de las zonas urbanas. El niño o la niña de la ciudad, ha tenido por lo general más experiencia con otras personas que el niño rural, con el resultado - que las reacciones de los individuos pueden ser mas diferentes.

La asistente y el Odontólogo deben hacer toda clase de esfuerzos para que el niño y la madre se sientan cómodos lo - más pronto posible. En éstos casos pueden frecuentemente llegarse al niño através de la madre.

Lo antes posible, debe aprenderse el nombre de pila - del niño y su sobre nombre de cariño, después algo sobre su - "hobby". Cada niño tiene su cosa favorita, juego o proyecto - que le gusta y es precisamente éste interés particular el que deben conocer la asistente y el Odontólogo. Estos niños responderán favorablemente, si se les demuestra un interés sincero.

Los pequeños que viven en una granja, concurrirán en muchas - circunstancias a la escuela rural y sus experiencias, sus juegos y sus potenciales para la conversación, están limitados - con frecuencia al ambiente del hogar.

En cada comunidad rural o ciudadana, hay niños quienes por una u otra razón han tenido limitadas oportunidades o deseos, de conocimientos y experiencias, fuera de su inmediata-vecindad.

La visita al consultorio Odontólogo es algo nuevo, di-

ferente y extraño a su diaria rutina. Es responsabilidad de la asistente y del Odontólogo hacer de esto una visita agradable en la que todos se conozcan y familiaricen.

2) EL NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO.

Todo operador conoce al niño incorregible o mimado, 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 cualesquiera, 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 en este momento a hacerle varias promesas, pero al niño no le interesan, porque está familiarizado con el hecho de casi todas las cosas son suyas con sólo pedir las.

La entrevista inicial con el padre y el niño, permitirá a el Odontólogo, determinar el procedimiento a seguir: Si el Odontólogo puede tener el suficiente valor para ver más allá de la escena inicial o inmediata y representarse a este pequeño paciente y a su padre como un desafío a su propio futuro en la profesión y también a toda la Odontología; si se puede acercar entonces a éste problema con una benévola y agradable determinación de triunfar, sin tener en cuenta las disparidades, en muchas ocasiones habrá ganado amigos y pacientes para toda la vida, autorrespeto y la seguridad de una práctica productiva.

Al Odontólogo no le conviene enojarse, mostrar que está irritado 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 Odontólogo y ésta reacción conducirá a muchos inconvenientes. Además el Odontólogo enojado no puede, en realidad operar con eficiencia y muy probablemente resultará más daño que bien, del procedimiento intentado.

El acercamiento a éstos problemas de manejo del niño, es importantísimo en la determinación del éxito o del fracaso en ésta rama de la Odontología. Una aventura desafortunada con un niño, puede significar la pérdida como pacientes de la familia entera y aún de sus amigos.

Algunos niños pasan por la entrevista inicial y el exámen sin ninguna objeción seria, pero cuando se inicia la limpieza o el tratamiento, se oye el siguiente comentario "Esa cosa no me gusta" (señalando la pieza de mano y la frasa) - "y no ouiero que me la ponga", o el chico comienza a retorcerse, restirarse y gritar.

En éste momento debe hacerse todo lo posible, despacio y con calma, para explicarle al niño las razones para el procedimiento y, además que se tomarán las precauciones, para completar el tratamiento con la menor incomodidad posible.

En caso que el niño decida poner obstáculos para un tiempo o desatender cualquier acercamiento o comentario razonable del Odontólogo, se conversa entonces con el padre para determinar qué procedimiento va a seguirse en el caso particular.

Si el padre decide seguir o continuar en la forma recomendada por el Odontólogo - separación del niño de la madre el primer objetivo es informar al pequeño paciente que todo será para ayudarlo y que tan pronto como el exámen o tratamiento se complete, podrá volver a su madre y a la sala de recepción. El chiquillo en muchas ocasiones, no dejará de llo-

rar y se resistirá a todos los esfuerzos para ratenerlo en el sillón. Durante el episodio de llanto no puede oír ni entender los comentarios del Odontólogo y el resultado es una completa falta de cooperación.

Si continúa llorando y se niega a responder a comentarios amables, entonces como último recurso, se sostienen firmemente sus manos y pies. La mano del operador se coloca con firmeza sobre la boca y la nariz durante unos cinco o diez segundos entonces se le dice "no me gusta tenerte así Juan, pero debo hacerlo hasta que dejes de llorar y patalear".

Este solo tratamiento es, por lo general suficiente a pesar que ocasionalmente es necesario repetirlo varias veces, pero en todos los casos el Odontólogo debe ser el dueño absoluto de la situación. Este método es definitivo, rápido y práctico y ahorra horas de tiempo. Algunos pacientes prometerán portarse bien después de la primera aplicación, pero se oponen fuertemente a cualquier intento de examinarles la boca o iniciar cualquier procedimiento operatorio, en cuyo caso deberá procederse otra vez como antes.

El operador, ya controlado el pequeño, debe felicitarle sinceramente y, cuando sea necesario y posible pedirle que sostenga los rollos de algodón o ayude algo en la operación. Cuando el examen o la cavidad se ha terminado se dice al niño "Juan estoy orgulloso de ti: ahora, sí puedes sonreírte voy a hacer entrar a mamá y decirle que has sido uno de los mejores pacientes que he tenido y que deseo mostrarle lo que tú y yo hemos realizado".

Se invita a la madre, quien con gran sorpresa encuentra un niño contento y entusiasta. La cita que comenzó en la atmósfera más desagradable, ha terminado en forma grata.

Es raro, que el tratamiento que se ha mencionado, deba repetirse en la cita siguiente. El paciente gana más confianza en cada nueva cita y se convertirá en uno de los más grandes amigos del Odontólogo, a medida que el trabajo adelanta.

El padre generalmente no tarda en expresar satisfacción y relatar el asunto a los amigos, cuando se ha demostrado el éxito de su hijo."

3) EL NIÑO DESAFIANTE.

Algunos chicos demasiado protegidos por sus padres, en particular varones, desafían al Odontólogo en que intente hacerles cualquier trabajo. Estos niños no lloran y raramente dicen mucho. Una de las 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 si se consigue alguna cooperación, hay que apelar a su fanfarronería.

Cuándo 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, convencerá rápidamente a este chiquillo de quién manda en el consultorio.

Estos niños llegan a ser excelentes pacientes y verdaderos amigos en un tiempo muy corto.

4) EL NIÑO MIEDOSO.

La Odontología tiene uno de los mayores obstáculos en-

las injustificadas historietas y comentarios, diarios, revistas y películas. Tal publicidad, que intenta crear risa, desanima a muchas gentes para visitar el Consultorio Dental.

Muchos padres irreflexivos, han hecho este comentario en el consultorio "Carlos si no te estás quieto el doctor te va a arrancar todos los dientes". Tal advertencia, en el consultorio, no debe pasarse por alto. Debe decirse al niño. - "Carlos un dentista no solo calma el dolor, sino que también trata de prevenirlo. Un dentista nunca saca un diente, salvo que sea necesario. Siempre te diré la verdad y quiero que tú también me la digas".

"Cuando estoy trabajando en un diente, si realmente te molesta, levanta la mano y me detendré un momentito. Ahora bien, no levantes la mano salvo que sea imprescindible, porque cuando más tenga que detenerme, más largo será el tratamiento. Recuerda que confío en tí".

Al niño puede llegarse de muy diversas maneras y los comentarios citados se han utilizado en muchas circunstancias.

El miedo sólo puede ser vencido estableciendo confianza en el individuo.

La imaginación vuela en los niños cuando se acercan al consultorio Odontológico por primera vez y qué agradable sorpresa recibe cuando encuentra una asistente y un profesional sonriente, amables y comprensivos. Cuesta tan poco al Odontólogo y a la asistente ser alegres y rinde tanto.

A cada uno le gusta ser elogiado y reconocido. Siempre hay algo por lo que podemos complimentar al niño: El cabello, los zapatos, los vestidos, su estatura o su conocimiento. Nunca debe perderse oportunidad para estimular la amis-

tad comprensión y apreciación de los méritos del pequeño.

Las madres pueden, a veces ser una gran ayuda. Por ejemplo: Que los tranquilice, que les lea algún cuento o que les platique.

El miedo puede ser controlado, ganando la confianza de los niños a través de un interés positivo en sus preferencias, sus gustos o disgustos, sus amigos o aún en su religión.

5) EL NIÑO ENFERMO.

El niño que ha estado enfermo en su casa durante un período largo de tiempo ha recibido, generalmente, privilegios y atención especiales que el padre estaba obligado a brindarle, dadas las circunstancias. Algunos niños se acostumbran a pasarlo a su manera durante el período de enfermedad y, por lo tanto, despliegan todos los síntomas característicos de la protección, indulgencia, y afecto excesivos, cada vez que la ocasión lo requiere. Es el padre sensato quién puede reconocer estos potenciales y brindar una guía racional a su hijo durante el interin de la enfermedad y en los períodos que siguen.

Los niños que han sido hospitalizados y mantenidos en las salas con otros niños durante mucho tiempo son; casi siempre buenos pacientes dentales.

Se acostumbran pronto a las maneras corteses de los asistentes del hospital y ven a los otros muchos niños en tratamiento.

El espíritu del "yo también puedo tomarlo" es común en casi todos los niños que han estado en una Institución durante algunas semanas o más.

El niño o la niña enfermos, o cuyo estado físico o mental no justifica un esfuerzo adicional, deben recibir el tratamiento mínimo necesario para calmar el dolor y la eliminación de cualquier fuente importante de infección, si esto es aconsejable.

A estos niños se les debe de hacer un servicio de emergencia, hasta que estén lo suficientemente bien como para completarles su tratamiento dental.

RESUMEN.

Nacimiento.- Es el máximo influjo de la herencia época instintiva-emotiva, sus intereses primordiales son: las satisfacciones de las necesidades corporales. A las veinticuatro semanas empieza a predominar el ambiente, inibiéndose lentamente las tendencias heredadas, continúa incrementándose la época instintiva-emotiva, sus intereses primordiales son las satisfacciones de las necesidades corporales y emotivas.- A las cuarenta y ocho semanas hay una mayor influencia del ambiente sobre las cualidades heredadas, comienza a liberarse de la madre al poder caminar, se inicia la actuación social - sus intereses primordiales son glósicos y de conocimiento. - Se escuchan las primeras palabras aisladas pero con sentido definido. A las dieciocho semanas, construye torres de dos o tres cubos, también puede decir varias palabras. Es el momento de fomentar la disciplina del cepillado.

Dos años.- Hay intensa influencia del ambiente, actividad social en aumento, predominan aún los instintos y las emociones sus intereses fundamentales son la adquisición de conocimientos y vagabundo, sus juegos son solitarios aún. - Surgen palabras asociadas y frases primitivas, su atención comienza a ser más fija y las variaciones de sus intereses menos frecuentes y rápidos. Ya desde esta edad se pueden encontrar con claridad los problemas ambientales comenzando a traducirse por líneas de ciertos tipos.

A los tres años de edad, hay cada vez más actuación del ambiente, termina el período emotivo - instintivo iniciándose el del predominio de la voluntad, aparecen los amiguitos como interés fundamental, comienza a interesarse por juegos más complicados y constructivos. A la edad de tres años constituye de hecho, un tiempo de transición entre la infancia y la niñez, a menudo mantiene a los padres en una situación de

insertidumbre, porque no saben qué es lo que constituye el comportamiento normal, ni como encararlo.

A los cuatro años de edad, aumenta la habilidad para manejar los objetos de juego.

El niño de cinco a seis años de edad./ Se inicia la influencia escolar, el período volutivo - dramático se manifiesta intensamente, los intereses físicos son fundamentales pero sus juegos son primitivos y vagos aún. De la forma imaginativa pura, pasa a la ideación primaria.

A los siete años de edad.- La influencia escolar es franca y decidida, termina el período emotivo - dramático - físico y se inicia la etapa intelectual.

De los diez a los doce años la crisis puberal, la exploración es difícil, hay generalmente irritabilidad y tendencias eróticas definidas junto a una decidida falta de atención. El intelecto sufre también una depresión en esta época, debido a sí mismo a los influjos hombrales que provocan ensañaciones continuas, inquietudes, temores y una gran insatisfacción de las emociones que no encuentran un escape adecuado.

Doce años.- Epoca puberal, nuevo período emocional, intereses sexuales predominantes, influencia de las amistades, inquietudes, ensañaciones, dudas, misterios, anhelos.

Influencia parental.- Daremos énfasis a las relaciones entre padre e hijo por ser las más potentes para determinar el comportamiento del niño.

El niño no es recipiente pasivo sino que interviene activamente en el establecimiento de relaciones entre sus padres y él. Está dotado inatamente de atributos de la persona

lidad, distintos e individuales de igual modo que su constitución física.

Todo niño tiene derecho a tener en su casa, una atmósfera que le lleve a un desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales que intelectuales.

La necesidad fundamental del niño, es ser amado. Cuando el niño se siente querido, es difícil que aún circunstancias muy desfavorables, lo dañen permanentemente.

Las únicas personas capacitadas para educar al niño son aquellas personas, que además de amarlo son capaces de ejercer sobre él formas racionales de autoridad, es decir capaces de ayudarlo a desarrollar sus potencialidades innata para la libertad y la productividad, hacerlo responsable, facilitarle la incorporación de valores éticos educados a la naturaleza humana y ayudarlo a la expansión progresiva, de sus vínculos con la comunidad.

Basta decir que los padres, pueden tener actitudes erróneas y pueden alterar el comportamiento de sus hijos, haciendo que su manejo en el consultorio dental resulte difícil.

Exceso de afecto y protección.- Se usa el término "afecto exagerado o excesivo" para caracterizar la conducta de madres cuya devoción es extraordinariamente intensa.

Impulso maternal excesivo.- Algunas mujeres exhiben fuertes instintos maternales desde la primera infancia.

Factores externos.- Un largo período de espera de un niño cuando la madre sabe que no se puede tener más hijos, la muerte de un hermano mayor, etc.

Privación emocional.- La privación emocional sufrida por la madre durante la primera infancia.

La excesiva protección se demuestra en la madre por: - cuidado excesivo, contacto excesivo, protección excesiva, variación de la actitud acostumbrada hacia la educación con dirección de indulgencia excesiva o dominante.

La educación adquiere la forma de un extremo o de otro, indulgencia o dominación. Las madres indulgentes ceden ante las demandas de sus hijos. Los niños son como grupo exigentes, egoístas y tiranos y piden atención, afecto y servicio constante.

Los problemas planteados por los hijos de madres dominantes son principalmente, timidez, ansiedad, temores y conducta sumisa.

De exceso de afecto y protección podemos hacer la siguiente clasificación: a).- afecto exagerado, b).- protección exagerada, c).- ansiedad excesiva, d).- identidad o identificación, e).- mimos.

Rechazo.- Es probable que se produzca el rechazamiento cualquier conjunto de circunstancias en que el hijo no es deseado. Sin embargo, los hijos no deseados pueden llegar a ser amados y los hijos deseados pueden llegar a ser rechazados.

El rechazo puede tener su origen en la personalidad de los padres, en las relaciones entre ellos, en los celos del padre, por el hijo o en la conducta de el hijo.

Los padres rechazantes son impacientes, excesivamente-críticos y a menudo imponen una disciplina rígida.

El rechazo puede ser abierto u oculto. Cuando el rechazo de los padres es abierto, generalmente el hijo reacciona con agresividad y deseos de tomar represalias, mezclado con hipersensibilidad e infelicidad.

Cuando es oculto, la conducta es más probable que sea sumisa, el niño es tímido, reservado y temeroso.

El antagonismo de los padres y el hijo es una forma extrema de rechazo.

Podemos clasificar diferentes clases de rechazo como son: a) exceso de autoridad, b) perfeccionismo, c) exceso de responsabilidad, d) exceso de crítica, e) dominación."

Hijo único.- El hijo único crece en un ambiente ajustado de adulto, la personalidad del hijo único, está influenciada en grado considerable, por las circunstancias que indujeron a los padres a limitar la familia, a un solo hijo. En general el hijo único se le consiente y se le elogia en exceso. En consecuencia el hijo único es probable que se muestre tímido retraído y sea impopular.

Hijo adoptivo.- En términos generales, los padres adoptan a un niño por que son incapaces de tener uno propio. Los padres adoptivos con impedimentos físicos, por lo general son personas de gran capacidad para el amor, simpatía y valerosos y se dedican a el niño.

Miedo.- ¿Qué es el miedo?.- Es una de las emociones primarias del recién nacido, es una de las fuerzas principales que continúan motivando la conducta humana.

El miedo y la ira, son respuestas primitivas que se desarrollan, para proteger al individuo contra daños y la des-

trucción propia.

Tipos de miedo.- La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva y subjetivamente. Los temores objetivos son los producidos por estimulación propia y generalmente no son de origen paterno. Los temores subjetivos, están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño lo halla experimentado personalmente.

Los temores más difíciles de superar y eliminar son los que vienen de tiempo atrás, generalmente subjetivos.

La edad y la relación al miedo.- Los temores de un niño y la manera en que se manejan, cambian con la edad. El comportamiento emocional, como cualquier otro comportamiento, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo.

El padre y el dentista deben de estar consientes de estas variaciones con la edad, e interpretar todas las reacciones a estímulos considerando, la edad cronológica, mental y emocional del niño.

El miedo y el dentista.- Los estímulos de miedo no deben ser dirigidos a el dentista o hacia los esfuerzos para ayudar al niño con sus problemas dentarios sino que tales estímulos deben ser mejor canalizados para obtener una mayor respuesta a un programa de higiene dental completo. A medida que el niño se familiariza más con el consultorio dental, deberá desaparecer su miedo a lo desconocido. El niño de corta edad teme más al ruido de los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.

Tratamiento odontológico en niños.- La Odontología pa

ra niños trata generalmente de la prevención. Desde este punto de vista la Odontología para niños, es un servicio de dedicación, puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia médica en su totalidad.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio dental, 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 al dolor puede manifestarse en conducta desagradable, sin que ésto 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 insuperable al dolor.

Cuando el niño llega para que se le haga alguna corrección dental, su comportamiento dependerá no tan solo de su condicionamiento anterior, sino de la capacidad que tiene el dentista de manejarlo.

Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se sienten mal preparados y aprensivos para afrontar nuevas situaciones, visitar al Odontólogo antes del tratamiento se vuelve más familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras a huir.

¿Cuándo debe iniciarse el tratamiento dental? esta es la pregunta que más frecuentemente se hacen los padres, pues falta orientación sobre este tema, ya que la mayoría de las personas llevan a sus hijos al dentista en cuanto hay alguna anomalía o molestia y como consecuencia encontramos, los tratamientos dolorosos y el miedo al dentista.

Todos los padres deben de ser advertidos, que el momen

to ideal para llevar a sus hijos a el dentista, es el rededor de los dos años de edad.

No hay regla fija que determine la frecuencia de los exámenes dentales; una vez completado el servicio dental inicial para el niño, puesto que hay tantas variantes a considerar en cada paciente.

Además de las consideraciones mencionadas, a saber un examen dental y un programa de tratamiento periódico es quizá de mayor importancia, la educación dental del niño y del padre.

La primera visita.- La primera visita a el consultorio dental debe ser para el niño, en lo posible una experiencia de lo más agradable. Es buena técnica pasar de operaciones sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario un tratamiento de urgencia.

El Odontólogo deberá tomar un registro completo de la historia del paciente y anotar que es lo que le aqueja principalmente.

Cuando la primera visita del niño no es de urgencia, nos disponemos a realizar un examen completo y este examen debe constar de: 1.- Historia del caso, 2.- Examen clínico, 3.- Diagnóstico.

No es imprescindible, ni requisito importante para una buena práctica peditodóntica, tener un sillón dental para niños unidad gabinete y habitación operatoria especial. No hay duda sin embargo que un equipo para niños y una habitación decorada para ellos significa una ventaja Psicológica en apreciable número de casos.

El uso de las técnicas Odontológicas a cuatro manos es uno de los avances más importantes que un dentista puede incorporar a su consultorio, proporciona comodidad y sensación de bienestar en un paciente infantil y también al dentista.

La asistente es sin duda, mayor ventaja con el paciente niño que con el adulto, porque disminuye el período de tiempo de la visita dental, reduce el cansancio del dentista y el dentista practica con más eficiencia y rapidéz.

Participación de los padres en el tratamiento dental de sus hijos.- Los padres tienen la obligación de conocer y comprender el estado dentario y los problemas que presenta su hijo y asumir responsabilidades parentales relativas al tratamiento.

El Odontólogo que hace un exámen sin conocer los deseos exactos y las limitaciones económicas de la madre o del padre, está perdiendo el tiempo.

Aunque es obligación de los padres inculcar en sus 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.

Hay que recalcar 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 consultorio dental a un niño es cuando sufre un dolor de dientes.

Manejo del consultorio dental de las diferentes clases de niños.- El niño tímido, asustadizo o vergonzoso es fácil de descubrir pues trata de esconder su cara detrás de la fal-

da o del cuerpo de su mamá, mirará al suelo o a otra parte, - cuando se le dirige la palabra responde a pocas preguntas o - comentarios, si es que responde, y no cooperará mientras está rodeado de este caparazón.

La asistente y el Odontólogo deben de hacer toda clase de esfuerzos, para que el niño y la madre se sientan cómodos - lo más pronto posible.

Estos niños responderán favorablemente, si se les demuestra un interés sincero.

El niño incorregible o consentido, puede lloriquear, - golpear, patear, tirarse al suelo, etc. intentando por estos - medios persuadir al padre para que lo lleve a su casa o al me - nos lo saque del consultorio.

La entrevista inicial con el padre y el niño, permiti - rá a el Odontólogo determinar el procedimiento a seguir. El - acercamiento a estos problemas de manejo del niño, es impor - tantísimo en la determinación del éxito o del fracaso en esta rama de la Odontología. Una aventura desafortunada, puede - significar la pérdida como paciente de la familia entera y - aún de los amigos.

En caso de que el niño decida poner obstáculos para un tiempo o desatender cualquier acercamiento o comentario razo - nable del Odontólogo, se conversa entonces con el padre para - determinar que procedimiento va a seguirse, en el caso parti - cular.

El niño desafiante.- Algunos chicos demasiado protegi - dos por sus padres, en particular varones, desafían al Odontó - logo a que intente hacerles cualquier trabajo.

Cuando se ha obtenido la confianza y consentimiento - del padre para ver al niño a solas, el problema está resuelto, hay que demostrar a este niño quién manda en el consultorio.

El niño miedoso.- La imaginación vuela en los niños - cuando se acercan al consultorio dental por primera vez. El miedo puede ser controlado, ganándose la confianza del niño - a través de un interés positivo, en sus preferencias, sus gustos y disgustos, sus amigos y aún en la religión.

Niño enfermo.- Algunos niños se acostumbran a pasar a su manera el período de enfermedad y por lo tanto, todos los síntomas característicos de la protección, indulgencia y afectos excesivos, cada vez que la ocasión lo requiere.

A estos niños se les debe hacer un servicio de emergencia, hasta que estén lo suficientemente bien como para completarles su tratamiento dental.

CONCLUSIONES.

Es de suma importancia la Psicología Infantil en el consultorio dental, ya que por medio de ésta, nuestra labor diaria puede ser más eficaz y menos traumática.

Es necesario conocer perfectamente a nuestro pequeño paciente, no solo superficialmente sino también íntimamente para poder comprenderlo mejor.

Por medio de la Psicología Infantil, podemos darnos cuenta de las diferentes manifestaciones clínicas que nos inducen a determinar, ciertos traumas que el paciente puede ofrecer y a la vez, poder determinar su comportamiento a fin de saberlo guiar y manejar adecuadamente en el consultorio dental.

Conocer la etiología del miedo es factor importante ya que este puede alterar el nivel de conducta, de tal manera que aunque lo que estamos efectuando no produzca dolor, el paciente sienta dolor. En tal virtud toda maniobra que se aplique debe ser delicada para evitar una reacción dolorosa. El comportamiento ligado al conocimiento de la patología infantil permitirá el control y diagnóstico clínico del paciente.

Tomando en consideración la sensibilidad y preclara imaginación del infante, debemos procurar que el medio donde se actúa sea confortable, debiendo observar el personal asistente, conducta amable y grata presencia. Para facilitar el manejo de estos pacientes, es indispensable no sólo el comportamiento, sino también el ambiente que inspire confianza, evitando todo aquello que pueda alterarlo.

La colaboración de los padres es conveniente y necesaria, para ello el Odontólogo deberá orientarlos y adiestrar-

los convenientemente sobre la higiene dental, a fin de que ellos eduquen convenientemente a sus hijos y eviten en lo posible las enfermedades bucodentales a temprana edad. Igualmente es obligación del dentista indicar a los padres la conveniencia de iniciar el tratamiento dental a temprana edad a fin de evitar que se originen lesiones traumáticas, dando lugar a complicaciones y respuesta obligada de temor o miedo hacia el dentista.

BIBLIOGRAFIA.

PAIDOLOGIA

José Peinado Altable.
Editorial Porrúa
México 1974
Cuarta Edición.

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

Harry Bakwain - Ruth Morris Bakwain
Editorial Interamericana
México 1974
Primera Edición.

PSICOLOGIA MEDICA

Dr. Ramón de la Fuente Muñiz
Fondo de Cultura Económica
México 1960
Segunda Edición.

PSICOLOGIA SIMPLIFICADA

Abraham D. Sperling
Editorial Minerva Doubleday
México 1969
Septima Edición

LOS NIÑOS SON ASI

Dr. Alfredo Madrigal Llorente
Editorial Jus
México 1951
Primera Edición.

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS

John Charles Braver - William W. Demeritt
Mary Massler - L. B. Higley - Isaac Schour
Editorial Mundi
Argentina 1963
Tercera Edición

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Finn Sidney B
Editorial Interamericana
México 1973
Cuarta Edición

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Mac Donald Ralph E.
Argentina 1975
Segunda Edición

SU NIÑO

Libros de Time - Life
E.E.U.U. 1973

PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL

Sidney W. Bijou Trillas
México 1969
Primera Edición.