UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Revisó y Autorizó
Dr. José U. Juan Santillas

ASPECTOS PSICOLOGICOS APLICADOS A LA CLINICA ODONTOPEDIATRICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

RAUL ROLANDO MARTINEZ VILLEGAS

MEXICO, D. F. 1983

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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

		Pág.
INTRODUCCION		I
CAPITULO I		
Generalidades del embarazo (estadío prenatal)		1
1.1	Fecundación	1
1.2	Embriogénesis y desarrollo fetal	3
1.3	Conceptos de genética	5
1.4	Trastornos cromosómicos	6
1.5	Teratogenesis	10
1.6	Génesis de la conducta	12
1.7	Observaciones y cuidados durante el embarazo	15
CAPITULO II		
El nacimiento del niño		18
2.1	Características del recién nacido	19
2.2	Desarrollo de la conducta	24
CAPITULO III		
Patrones de conducta		27
3.1	Post natal (lactancia 1 a 6 meses)	27
3.2	Infante (7 meses)	30

PÁG.

3.3 EL PREESCOLAR 35
3.4 EL ESCOLAR 47

CAPITULO IV
IMPORTANCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA. 56

CAPITULO V
LA FAMILIA Y EL MÉDICO COMO RESPONSABLES EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA. 61

CAPITULO VI
IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGÍA INFANTIL 64

6.1 RESPONSABILIDADES DEL CIRUJANO DENTISTA 65

CAPITULO VII
EL CONSULTORIO DENTAL EN ODONTOPEDIATRÍA 68

7.1 AMBIENTE Y DECORACIÓN 68
7.2 COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL 70

PÁG.

CAPITULO VIII
MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL 75

8.1 RELACIÓN CLÍNICO-PACIENTE 75
8.2 CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN ODONTOPEDIATRÍA SEGÚN SU TEMPERAMENTO 76
8.3 CARACTERÍSTICAS QUE PRESENTAN EN SU CONDUCTA LOS PACIENTES ADOLESCENTES 89
8.4 TÉCNICAS DE REACONDICIONAMIENTO 90

CAPITULO IX
IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN 95

9.1 TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN EN LOS NIÑOS 96

CAPITULO X
TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO IMPEDIDO 101

10.1 LABIO Y PALADAR HENDIDO 101
10.2 EPILEPSIA 102
10.3 RETARDO MENTAL 103
10.4 PARÁLISIS CEREBRAL 105
10.5 SÍNDROME DE DOWN 107
10.6 CARDIOPATÍA CONGÉNITA 109
10.7 HEMOFILIA 110

CONCLUSIONES 113

BIBLIOGRAFIA 115

INTRODUCCION

En base a las deficiencias que existen en el tratamiento dental de un niño en un consultorio de práctica general, así como el conocimiento superficial de la Psicología en sus conceptos aplicados en la clínica infantil, se pretende con el siguiente trabajo, el conocimiento de las técnicas y patrones de conducta de un determinado paciente, que nos permitan evaluar su capacidad física y emocional.

La siguiente recopilación tiene como objetivo principal, incrementar la información sobre la importancia que tiene la Psicología infantil en los tratamientos dentales, en los que se observan continuos rechazos del niño hacia el dentista, sobre todo, si éste se dedica a la práctica general y muestra indiferencia o bien ignorancia en el tratamiento dental infantil.

Aunque el siguiente trabajo presente exposiciones limitadas, ruego lo acepten como una aportación más, en la lucha para combatir la infinidad de problemáticas odontopediátricas que hoy en día son tan comunes en nuestro país.

CAPITULO I

GENERALIDADES DEL EMBARAZO

(ESTADIO PRENATAL)

CAPITULO I

GENERALIDADES DEL EMBARAZO
(ESTADIO PRENATAL)

En la célula humana somática, hay 46 cromosomas constituídas por 22 pares de autosomas y un par de cromosomas sexuales (XY o XX). Los diferentes pares de autosomas varían en su tamaño, pero los dos miembros de cualquier par dado de autosomas son idénticos, pero en el varón hay un cromosoma X y un cromosoma Y mucho más corto. Espermatogonios y oogonios poseen 46 cromosomas.

Cualquiera que sea el número de células, presenta en un organismo el crecimiento y la reproducción, las cuales siempre ocurren por división celular.

1.1 FECUNDACION

La fecundación es la fusión de un espermatozoide con un óvulo para formar una célula unica llamada Cigoto. Sólo se requiere de un espermatozoide de los muchos millones depositados en las vías genitales de la mujer en una sola eyaculación para fecundar al óvulo.

La fecundación ocurre en la región de la ampolla de la trompa de Falopio. Los espermatozoides pasan rápidamente de la vagina al útero y después a la trompa de Falopio.

PROBABLEMENTE, ESTE ASCENSO RÁPIDO SEA CAUSADO POR LAS CONTRACCIONES DE LAS CAPAS MUSCULARES DEL ÚTERO Y DE LA TROMPA DE FALOPIO, CON LA AYUDA DE LA PROPULSIÓN POR LA COLA DE LOS ESPERMATOZOIDES. AL SER DEPOSITADOS EN EL APARATO GENITAL FEMENINO, LOS ESPERMATOZOIDES SON INCAPACES DE FECUNDAR ÓVULOS, SUELEN EXPERIMENTAR UN CAMBIO LLAMADO CAPACITACIÓN. DE LOS 200 A 300 MILLONES DE ESPERMATOZOIDES DEPOSITADOS EN EL APARATO GENITAL DE LA MUJER, SOLO 300 A 500 LLEGAN AL SITIO DE FECUNDACIÓN.

LOS RESULTADOS PRINCIPALES DE LA FECUNDACIÓN SON LOS SIGUIENTES:

A) RESTABLECER EL NÚMERO DIPLOIDE DE CROMOSOMAS, LA MITAD PROCEDENTE DEL PADRE Y LA MITAD ORIGINADA POR LA MADRE. EN CONSECUENCIA, EL CIGOTO POSEE UNA NUEVA COMBINACIÓN DE CROMOSOMAS DIFERENTES DE AMBOS PROGENITORES.

B) REGIR EL SEXO DEL NUEVO INDIVIDUO: UN ESPERMATOZOIDE QUE POSEE X PRODUCIRÁ UN EMBRIÓN FEMENINO (XX) Y UN ESPERMATOZOIDE QUE PRESENTA Y ORIGINARÁ UN EMBRIÓN MASCULINO (XY). EN CONSECUENCIA, EL SEXO CROMOSÓMICO DEL EMBRIÓN, ES REGIDO EN LA FECUNDACIÓN.

C) COMIENZO DE LA SEGMENTACIÓN. CUANDO NO OCURRE LA FECUNDACIÓN, EL CIGOTO SUELE DEGENERAR EN TÉRMINO DE 24 HORAS DE LA OVULACIÓN.

1.2 EMBRIOGENESIS Y DESARROLLO FETAL

UNA VEZ FECUNDADO EL ÓVULO Y CONVERTIDO EN HUEVO, EL CIGOTO, INICIA SU VIAJE HACIA EL LUGAR DONDE RESIDIRÁ NUEVE MESES EN EL INTERIOR DEL ÚTERO. ESTE VIAJE DURA APROXIMADAMENTE UNA SEMANA, EL HUEVO AVANZA GRACIAS A LOS MOVIMIENTOS DE LA TROMPA DE FALOPIO Y DE LOS CILIOS. AL MISMO TIEMPO QUE SE DESPLAZA, SE TRANSFORMA, ES DECIR, EL HUEVO INICIA SU DIVISIÓN. PRIMERO, SE ESCINDE EN DOS CÉLULAS, CADA UNA DE ELLAS SE SUBDIVIDE EN OTRAS DOS CÉLULAS, Y ASÍ, SUCESIVAMENTE HASTA QUE EL HUEVO HUMANO SE CONVIERTE EN UN AGREGADO DE PEQUEÑAS CÉLULAS, RESULTANTES DE LAS SUCESIVAS DIVISIONES, FORMÁNDOSE UNA MORULA.

AL LLEGAR A LA CAVIDAD UTERINA, LA MORULA SE TRANSFORMA EN BLÁSTULA, FORMANDO CONTACTO CON LA SUPERFICIE DE LA CAVIDAD UTERINA. TODO ESTO HA OCURRIDO EN LAS TRES SEMANAS SIGUIENTES A PARTIR DEL MOMENTO DE LA FECUNDACIÓN. EN ESTA ETAPA, SE FORMA TAMBIÉN LA PLACENTA PRIMITIVA, POR ELLA EL HUEVO PENETRARÁ PROFUNDAMENTE EN LA MUCOSA UTERINA, HASTA SUMERGIRSE TOTALMENTE EN LA MISMA, ESTABLECIÉNDOSE UNA CORRIENTE SANGUÍNEA ENTRE LA MADRE Y EL HUEVO, LO CUAL PERMITE A ÉSTE VIVIR Y DESARROLLARSE.

EN LA CUARTA SEMANA, EL EMBRIÓN YA ESTÁ PERFECTAMENTE INDIVIDUALIZADO, A EXCEPCIÓN DEL LUGAR OCUPADO POR EL CORDÓN UMBILICAL QUE LO UNE A LA PLACENTA. EN EL CURSO DE ESTA SEMANA, SE APRECIA YA UNA ZONA CEFÁLICA Y OTRA POSTERIOR. EN LA REGIÓN DORSAL, SE TRANSPARENTAN LAS PRIMERAS VÉRTEBRAS Y LATERALMENTE APARECEN LOS PRIMEROS

ESBOZOS DE LOS MIEMBROS. AL FINAL DE LA SEMANA, EL EMBRIÓN EMPIEZA A ESBOZAR UN PRIMER SISTEMA NERVIOSO Y CIRCULATORIO, HASTA EL MOMENTO EN QUE UN MINÚSCULO CORAZÓN EMPIEZA A EMITIR SUS LATIDOS.

AL LLEGAR A LA QUINTA SEMANA, EL EMBRIÓN TIENE ÚNICAMENTE UNA LONGITUD DE 6 MM., SU ASPECTO ES EL DE UN RENACUAJO. LOS ESBOZOS DE LOS MIEMBROS SON AHORA MUY CLAROS.

EN EL CURSO DE LA SEXTA SEMANA, SERÁ POSIBLE DISTINGUIR EN SU CABEZA EL ESBOZO DE LOS OJOS, DE LOS OÍDOS Y DE LAS FOSAS OLFATORIAS. LA PRIMITIVA HENDIDURA BUCAL SE TABICA EN DOS, PARA CONSTITUIR LA BOCA PROPIAMENTE DICHA Y LAS FOSAS NASALES; EL CEREBRO AUMENTA RÁPIDAMENTE DE DIMENSIONES Y EL CORAZÓN BOMBEA CON FUERZA LA SANGRE.

AL INICIO DE LA SÉPTIMA SEMANA, EL EMBRIÓN MIDE YA 2 CM. AL ANALIZAR LA MISMA, HABRÁ GANADO OTROS 5-6 MM. DE LONGITUD Y YA NO SERÁ UN EMBRIÓN, SINO UN FETO. EN EL CURSO DE ESTOS SIETE DÍAS, EL EMBRIÓN COMPLETA LA FORMACIÓN DE TODAS LAS ESTRUCTURAS PRIMARIAS, YA QUE A PARTIR DE LA OCTAVA SEMANA, LO ÚNICO QUE HARÁ EL FETO SERÁ CRECER Y PERFECCIONARSE (DESARROLLO FETAL).

LA DURACIÓN MEDIA DEL EMBARAZO HUMANO ES DE 280 DÍAS O 40 SEMANAS, PERO COMO ALGUNOS FETOS MADURAN MÁS RÁPIDO QUE OTROS, SE CONSIDERA EMBARAZO A TÉRMINO EL QUE TERMINA EN PARTO EN ALGÚN MOMENTO ENTRE LAS 38 Y LAS 42 SEMANAS.

1.3 CONCEPTOS DE GENÉTICA

Modos de Herencia

La Genética trata parcialmente de la herencia de los caracteres que pueden explicar las diferencias y similitudes entre seres vivientes relacionados por ascendencia. La herencia también tiene una inferencia mucho mayor, es la fuerza estabilizadora en la evolución de la especie. Sin el proceso de regulación definido de la herencia, no podría esperarse que miembros de una especie determinada reprodujeran su especie.

Las características de semejanza o diferencia pasan de padres a hijos en los cromosomas, que son constituyentes del plasma germinal, encontrado en el óvulo y en el espermatozoide. En los seres humanos existen generalmente 23 pares. 23 los suministra el óvulo y 23 pasan a través del espermatozoide. De cada progenitor se recibe uno de cada par de cromosomas hemólogos.

Dentro de los cromosomas existen unidades menores llamadas genes. Los genes son segmentos de ácido desoxirribonucleico (DNA), que es el material realmente hereditario. Cualquier característica expresada puede ser heredada a través de un solo par de genes o por múltiples pares de genes.

Ocasionalmente se encuentran diferencias o anomalías que no pueden deberse al medio o influencias familiares observadas antes. A estas se les denomina Mutaciones: estas mutaciones pueden adquirirse e inclusive persistir por generaciones.

Los genes mutantes adquiridos son generalmente dañinos para el individuo o sus vástagos; pueden expresarse como una anormalidad indeseable, como incapacidad para reproducirse o incluso por muerte temprana. Aun las mutaciones menos perniciosas, siendo más generales y menos evidentes, pueden en el reconocimiento final, dar por resultado graves daños a la especie. Por no ser tan evidentes, no se eliminarán de las familias por selección y así perdurarán más tiempo y dañarán a mayor número de personas.

1.4 TRASTORNOS CROMOSOMICOS

Síndrome de Down, trísomia 21 o Mongolismo

La gran mayoría de los pacientes afectados por este síndrome tienen 47 cromosomas y cariotipo de trísomia 21. Es uno de los síndromes de malformación más fácilmente reconocibles y tienen una frecuencia de aproximadamente uno de cada 600 recién nacidos. Se reconocen cierto número de rasgos físicos, que ocurren con mayor frecuencia en pacientes afectados por este síndrome, y que comprenden: corta estatura, occipucio aplanado, pliegues epicánticos, amplio puente nasal, orejas dobladas, pequeño maxilar superior, lengua protusiva, manos y dedos cortos, separación del primero y segundo dedos del pie, clinodactilia . Estas personas sufren también retardo mental e hipotonia.

Los hijos con Síndrome de Down pueden nacer de madres de cualquier edad, sin embargo, el riesgo de que el hijo sufra este síndrome, aumenta con la edad de la madre.

Trisomía 18

El paciente de trisomía 18 afectado más gravemente que el Síndrome de Down, generalmente no vive más de unos pocos meses. Estos niños sufren pronunciado retardo del crecimiento, bajo peso al nacer, pliegues epicánticos, boca pequeña, micrognacia, orejas dobladas debajo de lo normal, flexión y superposición digital, cardiopatía congénita y pies de base curva. Este síndrome se asocia con la presencia de 47 cromosomas con una trisomía causada probablemente por error meiórico, aunque también puede entrar en juego alguna translocación.

Trisomía 13 (D)

Estos niños sufren grave retardo mental y poca esperanza de vida: el individuo afectado por este síndrome, tiene vida muy corta y pocas veces sobrevive a la lactancia. Algunos rasgos físicos que comprenden: defectos oculares (microftalmia) cardiopatía congénita, nariz bulbosa, orejas normales, labio y paladar hendidos.

Síndrome de cri du chat (grito del gato)

Se asocia con la supresión parcial del brazo corto de uno de los cromosomas del grupo B, que ha sido identificado después como cromosoma 5. Los niños afectados por este síndrome pueden llegar a la edad adulta.

El nombre de este síndrome se debe al hecho de que los individuos afectados, gritan de manera especial durante la lactancia debido a una anomalía de la laringe. Los rasgos físicos comprenden: el grito anormal ya mencionado, retardo mental, hipotonia microcefalía, figuras palpebrales inclinadas hacia abajo, hipertelorismo, labio y paladar hendidos.

Supresión del brazo corto del cromosoma 4

Presentan pronunciado retardo del crecimiento, deficiencia mental, anomalías oculares, labio, paladar hendido o ambos, boca protuida, labio inferior corto o defecto en la línea media del cuero cabelludo.

Supresión del brazo largo del cromosoma 18

Los rasgos físicos incluyen: deficiencia mental, pérdida de la audición, microcefalia, hipoplasia de la cara media, canales auditivos especialmente estrechos, anomalías en los pies, pliegues epicánticos y en ciertos casos, paladar hendido.

Síndrome de Turner (Disgenesia gonadal)

Se presenta en el sexo femenino, generalmente presenta ciertos o todos los rasgos siguientes: baja estatura, amenorrea primaria, mal desarrollo de caracteres sexuales secundarios, cuello corto, orejas situadas debajo de lo normal, paladar altamente arqueado. hipertensión, paladar ojival y mandíbula hipoplásica.

Síndrome de Kline Felter

Este síndrome es común y ocurre en uno de cada 400 varones recién nacidos. Los rasgos físicos incluyen: vello corporal reducido, pequeños testículos, ausencia de espermatogénesis. Son frecuentes los problemas de conducta; estos varones serán estériles, pero pueden tener funciones sexuales normales, en ciertos casos, puede existir retardo mental.

Síndrome XYY

Se desconoce actualmente el fenotipo exacto de varones con cariotipo 47/XYY. Puede ser muy común pasar inadvertido. Sexualmente son normales, pero la presencia del cromosoma Y adicional, parece predisponerlos al desarrollo de elevada estatura y conducta antisocial.

1.5 TERATOGENESIS

TERATOLOGÍA SIGNIFICA EL ESTUDIO DE LAS MONSTRUOSIDADES. EL TÉRMINO SE USA FRECUENTEMENTE EN FORMA MÁS AMPLIA, PARA INCLUIR EL ESTUDIO DE CUALQUIER ANORMALIDAD QUE SURJA EN EL CURSO DE DESARROLLO.

VARIOS AGENTES EXÓGENOS TIENEN LA CAPACIDAD DE FRENAR O MODIFICAR EL DESARROLLO DE ESTRUCTURAS GENÉTICAMENTE PREDETERMINADAS. ESTOS PUEDEN PROVOCAR MUERTE EMBRIONARIA, ALTERACIONES MORFOLÓGICAS Y SUPRESIÓN DE CIERTOS ÓRGANOS DEL CUERPO, ASÍ COMO MALFORMACIONES CONGÉNITAS LATENTES. ESTAS PUEDEN INCLUIR AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS Y TRAUMÁTICOS, POR LO TANTO, CABE AFIRMAR QUE MUCHOS FACTORES PUEDEN TENER ACCIÓN MUTUA CON EL EMBRIÓN EN ETAPA DE DIFERENCIACIÓN Y CRECIMIENTO. SIN EMBARGO, EL RESULTADO NO ES OBLIGADAMENTE MALFORMACIONES MACROSCÓPICAS. EN ALGUNOS CASOS, EL AGENTE TERATÓGENO ES MUY TÓXICO O AFECTA LOS ÓRGANOS VITALES DEL EMBRIÓN O EL FETO DE MANERA TAN GRAVE QUE ORIGINA MUERTE.

EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS, LA INFLUENCIA AMBIENTAL ES BENIGNA, DE MODO QUE EL EMBRIÓN O FETO SOBREVIVEN, PERO PRESENTAN ATAQUE A ALGUNO DE LOS SISTEMAS ORGÁNICOS. ELLO PUEDE ORIGINAR RETARDO DEL CRECIMIENTO PARCIAL O COMPLETO, O TRASTORNO FUNCIONAL DE LA ÍNDOLE DE RETARDO MENTAL.

LAS DROGAS EMPLEADAS HABITUALMENTE DURANTE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL, DURANTE EL EMBARAZO, TALES COMO ANALGÉSICOS, BARBITÚRICOS, ANTIBIÓTICOS Y AÚN ANESTÉSICOS, PUEDEN AFECTAR AL FETO.

LOS FACTORES BIOLÓGICOS TERATÓGENOS, PUEDEN SER CAUSADOS POR:

A) BACTERIAS (SÍFILIS). DESPUÉS DEL CUARTO MES, ESTE TIPO DE INFECCIÓN PUEDE DAR POR RESULTADO ABORTO ESPONTÁNEO, Y SI SOBREVIVE EL NIÑO, SE VERÁ AFECTADO POR SÍFILIS CONGÉNITA, SUFRIENDO ADEMÁS UNA DIVERSIDAD DE LESIONES.

B) VIRUS (RUBEOLA). LA RUBEOLA ES UNA ENFERMEDAD COMÚN, CON SÍNTOMAS PARECIDOS A LOS DE SARAMPIÓN O FIEBRE ESCARLATA LEVE.

SI LA MADRE SUFRE UN ATAQUE DE RUBEOLA DURANTE LOS TRES PRIMEROS MESES DE EMBARAZO, HAY UNA POSIBILIDAD DE 10 A 20% DE QUE SU PEQUEÑO NAZCA CON UNA MALFORMACIÓN CONGÉNITA, QUE PUEDE AFECTAR A LOS SIGUIENTES ÓRGANOS: OJOS, OÍDO, CORAZÓN, CEREBRO, ANOMALÍAS DENTARIAS, PALADAR HENDIDO.

C) PROTOZOARIOS (TOXOPLASMOSIS). LA INFECCIÓN MATERNA CON EL PROTOZOARIO TOXOPLASMA GONDIL, HA PRODUCIDO HIDROCEFÁLEA CONGÉNITA, MICROCEFALIA Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL OJO. PARECERÍA QUE LA MADRE HA SIDO INFECTADA HACE POCO Y QUE LA INFECCIÓN DEBIÓ OCURRIR DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO, ÉPOCA EN QUE EL PARÁSITO PUEDE CRUZAR LA BARRERA PLACENTARIA.

1.6 GENESIS DE LA CONDUCTA

LA GENÉTICA DE LA CONDUCTA ES LA RAMA MÁS NUEVA DE LA GENÉTICA QUE SE INTERESA EN LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES HEREDADOS EN LA CONDUCTA CON LA INTENCIÓN DE AISLAR EL PAPEL DE LOS FACTORES GENÉTICOS EN CARACTERÍSTICAS, TALES COMO: LA INTELIGENCIA Y LA CAPACIDAD EMOCIONAL.

TODOS LOS ELEMENTOS NEURONALES EXIGIDOS POR LOS REFLEJOS SIMPLES, ESTÁN FORMADOS EN LA SEXTA SEMANA, PERO NO SON APTOS FUNCIONALMENTE HASTA EL COMIENZO DEL PERÍODO FETAL. SE HAN OBSERVADO REACCIONES A LA ESTIMULACIÓN DE LOS NERVIOS DE LA PIEL EN ESTA ETAPA.

SE HA VISTO QUE TOCANDO LA REGIÓN ALREDEDOR DE LA BOCA, SE PRODUCE UN MOVIMIENTO DE LA CABEZA EN DIRECCIÓN CONTRARIA AL ESTÍMULO. ESTA REACCIÓN EN UN FETO DE SIETE SEMANAS Y MEDIA, ES EL PRIMER SIGNO DE CONDUCTA REGISTRABLE COMO RESULTADO DE UN ESTÍMULO DIRECTO, APLICADO A UN ORGANISMO HUMANO. PODRÍAMOS HABLAR AQUÍ, DE UN PUNTO CERO DE LA CONDUCTA HUMANA. SUPONE QUE HA SIDO ESTABLECIDA COMUNICACIÓN ENTRE ELEMENTOS NERVIOSOS AFECTORES Y EFECTORES. ESTE PROCESO TIENE LUGAR EN LA MÉDULA ESPINAL. ESTO NO SUCEDE HASTA UN MES DESPUÉS DEL NACIMIENTO.

LEY DE ANTICIPACIÓN MORFOLÓGICA MADURATIVA

LOS SIGNOS DEL REFLEJO DE PRENSIÓN PUEDEN SER DISCERNIDOS

HACIA LA SEMANA NÚMERO ONCE. APLICADO UN ESTÍMULO A LA PALMA, EN ESTA ETAPA SE PRODUCE UN BREVE PERO INCOMPLETO CIERRE DE LA MANO. ESTE REFLEJO ES MÁS COMPLETO EN LA SEMANA QUINCE, CUANDO LA MANO PUEDE CERRARSE Y MANTENER UN OBJETO, ENTONCES, LOS REFLEJOS Y MOVIMIENTOS ESTÁN DESARROLLADOS MÁS COMPLETAMENTE Y EL FETO POSEE PATRONES DE RESPUESTA IDÉNTICOS, EXCEPTO PARA LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS Y VOCALES, COMO PUEDE OBSERVARSE EN UN NIÑO RECIÉN NACIDO. SIN EMBARGO, DEBERÁ TRANSCURRIR CIERTO TIEMPO ANTES QUE PUEDA FUNCIONAR SATISFACTORIAMENTE. PUEDE AFIRMARSE A UN PRINCIPIO, EN ESTE PRIMER DESARROLLO DE LOS ÓRGANOS, QUE POSIBILITA LA SUPERVIVENCIA DE UN FETO, INCLUSO SI EL PARTO SE PRODUCE ANTES DEL TIEMPO NORMAL.

UN NIÑO NACIDO CON TRES MESES DE ANTICIPACIÓN, TIENE BUENAS PERSPECTIVAS DE SOBREVIVIR. ESTE PRINCIPIO SUELE LLAMARSE LEY DE ANTICIPACIÓN MORFOLÓGICA MADURATIVA, PUEDE SER FORMULADO COMO SIGUE: LA APTITUD FUNCIONAL ES FRECUENTEMENTE DEMOSTRABLE POR VÍA EXPERIMENTAL EN EL ORGANISMO QUE SE ENCUENTRA EN CRECIMIENTO, ANTES DEL TIEMPO EN QUE LAS FUNCIONES SERÁN LLAMADAS NORMALMENTE A REALIZAR UN COMETIDO ACTIVO Y CON SIGNIFICACIÓN EN LA VIDA DE TAL ORGANISMO.

MOVIMIENTOS FETALES ESPONTÁNEOS

LOS MOVIMIENTOS DENOMINADOS ESPONTÁNEOS, SE PRODUCEN HACIA LA SEMANA NÚMERO CATORCE DEL ESTADO FETAL, PERO

COMO NORMA NO SON SENTIDOS POR LA MADRE HASTA LA SEMANA NÚMERO DIECISEIS -COMIENZO DEL QUINTO MES-, CUANDO SE INICIA UN GRAN INCREMENTO EN LA ACTIVIDAD DEL FETO.

ESTA CONDUCTA ES DENOMINADA ESPONTÁNEA A CAUSA DE QUE NADA DEFINIDO SE CONOCE ACERCA DEL ESTÍMULO CAUSANTE DE LOS MOVIMIENTOS. SE HA SUPUESTO QUE SE DEBE A CAMBIOS EN EL AMBIENTE INTERNO O A TODAVÍA DESCONOCIDOS ESTÍMULOS QUE ACTÚAN SOBRE LOS ÓRGANOS RECEPTORES EN LOS MÚSCULOS, TENDONES Y ARTICULACIONES.

APRENDIZAJE DURANTE EL PERÍODO FETAL

HASTA LA FECHA NO SE ENCUENTRAN PRUEBAS CONDUCENTES EN LAS QUE SE ASEGURE SABER, CUANDO LA CONDUCTA DEL FETO PUEDE SER MODIFICADA POR APRENDIZAJE, PERO ALGUNAS PRUEBAS E INVESTIGACIONES REALIZADAS POR SPELT EN 1948, RESPONDEN A LA PREGUNTA DE UN MODO AFIRMATIVO. SE SABE QUE LOS ESTÍMULOS SONOROS, NORMALMENTE PRODUCEN UN INCREMENTO DE LOS MOVIMIENTOS DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS MESES DE LA ETAPA PRENATAL. LAS MADRES SUELEN OBSERVAR QUE EL ASISTIR A UN CONCIERTO, POR EJEMPLO, ORIGINA UN AUMENTO EN LA ACTIVIDAD DEL FETO. SPELT UTILIZÓ UN INSTRUMENTO DE MADERA CON UN SONIDO DESAGRADABLE (CARRACA), QUE HIZO SONAR MUY CERCA DEL ESTÓMAGO DE LA MADRE; ESTO PROVOCÓ UNA ESPECIE DE ESTREMECIMIENTO COMO RESPUESTA EN EL FETO. A DICHO ESTÍMULO SE LE AGREGÓ OTRO, CONSISTENTE EN UN VIBRADOR -

SITUADO SOBRE EL MISMO LUGAR. SE ENCONTRÓ QUE AL PRINCIPIO EL FETO NO REACCIONABA A LAS VIBRACIONES CUANDO SE INCREMENTABA EL MOVIMIENTO, ASÍ SIRVIERON COMO CONDUCENTES A REACCIONES DE RESPUESTA CONDICIONADAS, -ES DECIR, APRENDIDAS-, LAS VIBRACIONES FUERON DADAS PRIMERO A DIEZ, DESPUÉS A CINCO SEGUNDOS, DESDE QUE SE HACÍA SONAR LA CARRACA. DESPUÉS DE UNA SERIE DE TALES ESTÍMULOS UNIDOS, SE ENCONTRÓ QUE LA VIBRACIONES SOLAS, PROVOCABAN LAS REACCIONES DE RESPUESTA. DE ESTE MODO SE HABÍA PRODUCIDO APRENDIZAJE.

1.7 OBSERVACIONES Y CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO

DURANTE EL PERÍODO EMBRIONARIO, ESTO ES, LA ETAPA DE DIFERENCIACIÓN INTENSA, LA MAYOR PARTE DE LOS TERATÓGENOS SON MUY POTENTES Y PRODUCEN MUCHAS MALFORMACIONES.

DURANTE EL TERCER PERÍODO O FETAL DE DESARROLLO QUE SE CARACTERIZA POR CRECIMIENTO DE LOS ÓRGANOS, DISMINUYE RÁPIDAMENTE LA SUSCEPTIBILIDAD A LOS TERATÓGENOS.

LOS EMBARAZOS EN MUJERES DE EDAD AVANZADA, MUESTRAN UN MAYOR PORCENTAJE DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

ALGUNAS VITAMINAS (POR EJEMPLO: A Y D), PUEDEN OCASIONAR MALFORMACIONES EN LA CAVIDAD ORAL, SI LA MUJER EMBARAZADA LAS TOMA DESDE EL PRINCIPIO DE LA GESTACIÓN. ESTO PUEDE ESTAR DETERMINADO POR EL EXCESO DE VITAMINAS QUE ES TAN PERJUDICIAL COMO LA FALTA DE ELLAS.

CUALQUIER TIPO DE DROGA EMPLEADA DURANTE EL EMBARAZO, PUEDE AFECTAR AL PRODUCTO EN DIVERSOS GRADOS.

LOS FÁRMACOS QUE PUEDEN SER ADMINISTRADOS DURANTE EL EMBARAZO, PERO CON PRUDENCIA, SON: BARBITÚRICOS, SALICILATOS, PIRAZOLONAS, PENICILINAS, ERITROMICINA Y CEFALOSPORINAS (ESTOS DOS ÚLTIMOS FÁRMACOS SOLO DURANTE EL SEGUNDO Y EL TERCER TRIMESTRE, PUES SU ACCIÓN DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE, NO SE CONOCE DEL TODO).

LOS FÁRMACOS QUE SE DEBEN EVITAR, SI ES POSIBLE, DURANTE EL EMBARAZO SON: OPIÁCIOS, CORTICOESTEROIDES, MEPROBAMATO, SULFONAMIDAS, CLORANFENICOL, GENTAMICINA, TETRACICLINAS (ESTAS ÚLTIMAS, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE).

LOS FÁRMACOS QUE SE DEBEN PROHIBIR DURANTE EL EMBARAZO SON: ANABOLIZANTES, TRIMETROPRIMA, ESTREPTOMICINA, KANAMICINA Y TETRACICLINAS (ESTOS DOS ÚLTIMOS, DURANTE EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE).

GENERALMENTE, DEBIDO AL PELIGRO DE ABORTO INDUCIDO POR STRESS EN MUJERES PREDISPUESTAS O POSIBLES EFECTOS DETÉREOS EN EL DESARROLLO DEL EMBRIÓN, PUEDE HACERSE SOLO EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DEL DOLOR, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE.

LA MEJOR ÉPOCA PARA EL TRATAMIENTO DENTAL ES ENTRE EL CUARTO Y SÉPTIMO MES. DURANTE ESTA ÉPOCA, HAY MENOS VÓMITOS Y NÁUSEAS, LOS ABORTOS SON IMPROBABLES, LA PACIENTE SE SIENTE MEJOR Y EN GENERAL, PUEDE SER TRATADA COMO CUALQUIER INDIVIDUO NORMAL.

EL PELIGRO PRINCIPAL PARA EL PRODUCTO DURANTE LA APLICACIÓN DE UN ANESTÉSICO, ES LA ANOXIA, LA CUAL SE EVITARÁ UTILIZANDO ANELGÉSICOS SIN VASOCONSTRICTOR O CANTIDADES MÍNIMAS DE ESTE. LOS ANELGÉSICOS LOCALES SIN VASOCONSTRICTOR DISPONIBLE SON: MEPIVACAINA (CARBOCAÍNA) Y PRILOCAINA (CITANEST).

LA RADIACIÓN A DOSIS MAYORES A 25 RADS, ES LA QUE PROVOCA MALFORMACIONES CONGÉNITAS MÁS IMPORTANTES. NO EXISTE DOSIS DE RADIACIÓN MÍNIMA NECESARIA PARA LA PRODUCCIÓN DE MUTACIONES DAÑINAS, POR LO CUAL EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ TOMAR LAS PRECAUCIONES CORRESPONDIENTES, UTILIZANDO EL EQUIPO Y LAS TÉCNICAS ADECUADAS, AL EXPONER A LA RADIACIÓN A UNA MUJER GRÁVIDA. ESTO TAMBIÉN SE APLICA A LA ODONTÓLOGA EMBARAZADA.

LA MAYORÍA DE LOS OBSTETRAS, CONSIDERA ACTUALMENTE QUE LOS DIENTES INFECTADOS Y OTRAS INFECCIONES BUCALES, CONSTITUYEN UNA AMENAZA Y QUE EL EMBARAZO, NO ES UNA CONTRAINDICACIÓN PARA QUE SE COMPLETE CUALQUIER TRATAMIENTO NECESARIO, YA QUE ÉSTE NO SE CONSIDERA MÁS QUE UN FACTOR PRECIPITANTE DEL ABORTO.

LAS ÚNICAS EMBARAZADAS QUE DEBERÁN RECIBIR ATENCIÓN ESPECIAL, SERÁN AQUÉLLAS QUE REFIERAN HABER SUFRIDO ABORTOS HABITUALES.

CAPITULO II

EL NACIMIENTO DEL NIÑO

CAPITULO II

EL NACIMIENTO DEL NIÑO

EL NACIMIENTO SIGNIFICA LA ROTURA DE LAS MEMBRANAS FETALES Y LA TRANSICIÓN DESDE LA CAVIDAD MATERNA PROTECTORA A UN NUEVO Y DIFÍCIL AMBIENTE, YA QUE AL NACER EL NIÑO, ACABA UNA AVENTURA E INICIA OTRA. DESDE EL INSTANTE DE SU CONCEPCIÓN, DENTRO DE LA MADRE, HA CRECIDO ALGUNAS MILES DE VECES, SE HA AUTOCONSTRUÍDO CÉLULA POR CÉLULA; HA MODELADO ÓRGANOS; HA PREPARADO COMPLICADÍSIMAS REDES NERVIOSAS Y HA EMPEZADO A COMPROBAR SUS CAPACIDADES. POR EJEMPLO, DESDE MUCHO TIEMPO ANTES DE SU NACIMIENTO, HA APRENDIDO A MOVER MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, A CAMBIAR DE POSICIÓN, A RESPONDER A DISTINTOS TIPOS DE MOVIMIENTOS A LOS RUIDOS PROCEDENTES DEL EXTERIOR, ETC.

NATURALMENTE, SU CEREBRO AÚN NO ES CAPAZ DE RAZONAR, EN EL SENTIDO QUE SOLEMOS DAR A ESTE TÉRMINO, PERO EL NIÑO YA OBSERVA UN COMPORTAMIENTO TÍPICO, UNA PERSONALIDAD PROPIA, UNA FORMA DE SER. DE ACUERDO A ESTAS CARACTERÍSTICAS, SE HA PREPARADO PARA AFRONTAR LA VIDA, FUERA DEL SENO MATERNO.

LA MAYORÍA DE LOS INVESTIGADORES, AFIRMAN QUE EL NIÑO, AL MOMENTO DE NACER, NO VE LA LUZ, SINO LA OSCURIDAD DEL MUNDO. EN EL SENO MATERNO, NO TIENE NECESIDAD DE RESPIRAR, COMER Y DE DIGERIR, YA QUE DE TODO ESTO SE OCUPA EL ORGANISMO MATERNO A TRAVÉS DEL CANAL DE ALIMENTACIÓN, QUE ES EL CORDÓN UMBILICAL. EL NIÑO DENTRO DE LA MADRE ESTÁ FLOTANDO DENTRO DE UN AMBIENTE LÍQUIDO, SIN CANSANCIO, TRANQUILO Y ABRIGADO, AISLADO DEL MUNDO EXTERIOR.

EL NACIMIENTO REPRESENTA UN PROCESO VIOLENTO, CORTANTE. TRAE UNA TRANSFORMACIÓN TOTAL EN LA SITUACIÓN DE LA CRIATURA; ES OBVIO QUE ES UN ENORME Y BRUSCO CAMBIO, GENERADOR DE UN ACUSADO TRAUMA.

PERO EL RECIÉN NACIDO, NO TARDA EN PERCIBIR QUE SE HALLA EN UN MUNDO NUEVO, SUPERA LA CRISIS CON RELATIVA FACILIDAD, ES CAPAZ DE ESTABILIZAR, CON INCREÍBLE RAPIDEZ, SU PROPIA TEMPERATURA CORPORAL, LA COMPOSICIÓN DE LA SANGRE Y TODAS LAS FUNCIONES DEL ORGANISMO. EL NIÑO NO TARDA EN OLVIDAR EL SUSTO DEL NACIMIENTO, YA QUE SE ENCUENTRA EN UN PARAÍSO NUEVO, ARTIFICIAL.

AQUÍ PARECE IMPORTANTE UNA REFLEXIÓN: GENERALMENTE A UN RECIÉN NACIDO, SE LE HABLA Y TRATA CON PALABRAS TIERNAS, EXPERIMENTA UNA GRAN TERNURA, SE DESPIERTA EL INSTINTO DE PROTECCIÓN, SIENDO TODO ESTO LÓGICO Y HUMANO; PERO NO SE DEBE OLVIDAR QUE EL RECIÉN NACIDO NO ES UN ÁNGEL NI UN ANIMALITO, SINO UN HOMBRE, Y COMO TAL, MERECE CIERTAMENTE, TERNURA Y PROTECCIÓN- PERO SOBRE TODO, AFECTO Y RESPETO.

2.1 CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO

AL NACIMIENTO DE LOS NIÑOS, EL PESO MEDIO NORMAL ES DE 3.400 KG. LOS VARONES SUELEN SER 100 GR. MÁS PESADOS Y LAS HEMBRAS ALREDEDOR DE 100 GR. MENOS. SU LONGITUD ES SOBRE 50 CM., ADEMÁS EL NIÑO POSEE YA TODAS LAS CÉLULAS NERVIOSAS QUE TENDRÁ DURANTE SU VIDA. SE HA CALCULADO QUE SU NÚMERO ES ENTRE 12 Y 15.000.000 ESTE NÚMERO NO SE INCREMENTARÁ, PERO LAS CÉLULAS SE

DESARROLLARÁN AUMENTANDO DE TAMAÑO, PROCESO QUE DURA HASTA APROXIMADAMENTE LOS DIECISEIS AÑOS. ASÍ A DIFERENCIA DE OTRAS CÉLULAS EN EL ORGANISMO, LAS NEURONAS NO SON NUNCA RENOVADAS O REEMPLAZADAS.

LOS HUESOS DE LA CABEZA AÚN NO SE HALLAN SOLDADOS Y POR LO TANTO, PUEDEN DESPLAZARSE DE LA FORMA MÁS IMPENSADA. PRECISAMENTE ESTA DEFORMABILIDAD DEL CRÁNEO, ESTA ELASTICIDAD, PERMITE AL NIÑO PASAR A TRAVÉS DEL CANAL DEL PARTO, ES DECIR, POR LOS ÓRGANOS GENITALES MATERNOS, SIN RECIBIR NINGÚN DAÑO.

SE DICE QUE EL RECIÉN NACIDO, A DIFERENCIA DE LOS ANIMALES, ES COMPLETAMENTE INCAPAZ DE SOBREVIVIR SI ALGUIEN NO SE OCUPA DE ÉL; EN CIERTA FORMA ES CIERTO, PERO ESTO NO QUIERE DECIR QUE EL NIÑO SEA UN INVÁLIDO. ANTE TODO, COMO YA SE SABE, PONE EN MARCHA UNA GRAN CANTIDAD DE MECANISMOS E INICIA UNA ACTIVIDAD BASTANTE INTENSA, YA QUE RESPIRA, HACE MUECAS, SE MUEVE AGITANDO BRAZOS Y PIERNAS, ELIMINA SUS RESIDUOS ORGÁNICOS, EXTIENDE SUS MANOS Y SI SE LE ACERCA UN OBJETO, NUNCA LO SOLTARÁ. A ESTE REFLEJO, SE LE LLAMA REFLEJO DE PRESIÓN O REFLEJO DEL ÁVARO.

SI TIENE HAMBRE, PROTESTARÁ CON LLANTO O SI SE LE MOLESTA CON ALGÚN MOVIMIENTO BRUSCO O BIEN CON LUZ O ALGÚN RUIDO IMPREVISTO.

TAMBIÉN EL OIDO LE FUNCIONA, PERO EN UNA FORMA ELEMENTAL.

HABLAR DE EMOCIONES DE UN RECIÉN NACIDO, ES DIFÍCIL, EN ESTE SENTIDO NO HAY NADA SEGURO NI DEMOSTRABLE, SIN EMBARGO, SE PUEDE TENER LA CERTEZA QUE EL NIÑO EXPERIMENTA EMOCIONES (PLACER Y DOLOR), Y CON TODA PROBABILIDAD MUY INTENSAS.

EL RECIÉN NACIDO NO PUEDE INTRODUCIR EL ALIMENTO DE LA MISMA MANERA PASIVA QUE ANTES DEL PARTO. PARA ALIMENTARSE, NECESITA LLEVAR A CABO ACTOS DE SUCCIÓN E INGESTIÓN. LOS MECANISMOS DE ESTOS MOVIMIENTOS REFLEJOS SE ENCUENTRAN BIEN DESARROLLADOS. LA GRASA DE LOS MÚSCULOS NATURALES DE LA CARA, QUE INTERVIENEN EN LA SUCCIÓN, ESTÁ COMPUESTA DE MODO ESPECIAL Y NO SE REABSORBE EN EL CUERPO, HASTA MUCHO TIEMPO DESPUÉS. ESTO SIGNIFICA QUE DICHOS TEJIDOS PUEDEN FUNCIONAR EFICIENTEMENTE, INCLUSO EN UN NIÑO MUY DESNUTRIDO E INMADURO. LA SUCCIÓN Y LA INGESTIÓN, SON ACTOS CERRADAMENTE COORDINADOS TANTO COMO EL NIÑO DEJA DE MANTENERSE SOBRE EL PECHO DE SU MADRE, LA LECHE QUE NO HA INGERIDO, SALE DE SU BOCA.

TAN IMPORTANTE COMO LA NUTRICIÓN, ES LA ABSORCIÓN DEL OXÍGENO. PRIMERAMENTE, EL OXÍGENO ERA DIGERIDO AL INTERIOR DE LA SANGRE MEDIANTE EL CORDÓN UMBILICAL, PERO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, EL NIÑO NECESITA ASEGURAR UN SUPLEMENTO PARA RESPIRAR CON SUS PULMONES.

JUNTAMENTE CON ESTAS CONDICIONES FISIOLÓGICAS DIRECTAS DE DEPENDENCIA RESPECTO AL MUNDO EXTERIOR, SON ESTABLECIDOS OTROS TIPOS DE CONTACTO QUE INFLUYEN

SOBRE EL MODO EN QUE EL ORGANISMO REACCIONA. VARIOS DE ÉSTOS PUEDEN SER CONSIDERADOS COMO PSICOLÓGICOS. EL RECIÉN NACIDO NO PUEDE, CONSCIENTEMENTE, EFECTUAR CAMBIOS EN LO QUE LE RODEA, SIN EMBARGO, SE COMPORTA RESPECTO AL MEDIO DE DIVERSAS MANERAS. DESDE LUEGO QUE EN PARTE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD SON HEREDITARIAS, LO QUE NO SIGNIFICA QUE RESULTEN INEVITABLES. UN NIÑO PUEDE HEREDAR TAL CARACTERÍSTICA Y UN SEGUNDO TAL OTRA. SI DETERMINADOS ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD, ÉSTOS SON FIJADOS POR EL PATRIMONIO GENÉTICO TRANSMITIDO POR LOS PADRES, OTROS DERIVAN SEGURAMENTE, DEL MEDIO.

ANTE TODO, DEL CURSO DE LA GESTACIÓN, ES DECIR, DE LAS CONDICIONES DE VIDA EN EL SENO MATERNO Y DESPUÉS DE CÓMO SE HAN INICIADO LOS PRIMEROS FENÓMENOS Y LOS PRIMEROS MECANISMOS VITALES TRAS EL PARTO. POR ÚLTIMO, DE LA FORMA EN QUE LOS PADRES HAN ACOGIDO AL RECIÉN NACIDO: DEMASIADA PREOCUPACIÓN, TENSIÓN PSÍQUICA EXCESIVA, MIEDO EXAGERADO QUE PUEDEN INFLUIR CLARAMENTE EN EL NIÑO Y EN SU COMPORTAMIENTO. MUCHAS VECES LA AGITACIÓN DEL NIÑO NO ES MÁS QUE EL REFLEJO DE LA ANSIEDAD DE LOS PADRES.

EL RECIÉN NACIDO NO PUEDE CONSCIENTEMENTE, EFECTUAR CAMBIOS EN LO QUE LE RODEA, SIN EMBARGO, SE COMPORTA RESPECTO AL MEDIO DE DIFERENTES MANERAS.

LA LLEGADA DE UN NUEVO SER A LA FAMILIA, SUELE CAUSAR UN CAMBIO RADICAL EN LOS HÁBITOS E INTERESES DE OTROS MIEMBROS. ALGUNAS VECES ES UN VERDADERO INTRUSO O INVASOR, PERO ESTO NO ES POR SU CULPA, SINO PORQUE ANTE SU PRESENCIA, LA FAMILIA MUCHAS VECES SE DEJA LLEVAR POR LA DESORGANIZACIÓN Y EL PÁNICO. LA CASA PUEDE CONVERTIRSE EN UN REINO DE MIEDO; MIEDO A QUE SE ENFERME, SE AHOGUE O SE MUERA.

LA MADRE NECESITA CAMBIAR EN UNA FORMA ESPECIAL SU MODO DE VIDA, Y AL PRINCIPIO, SU INFLUENCIA ES LA QUE DETERMINA LA CONDUCTA DEL NIÑO.

SI UNA MADRE NORMAL DESEARA CREAR UN AMBIENTE DE EFECTIVIDAD POSITIVA QUE RODEE A SU HIJO DE UN CLIMA AMISTOSO, LE PROCURARÁ COMODIDAD CUANDO LO ALIMENTE, EFECTUARÁ CON EL MAYOR CUIDADO LAS OPERACIONES DE LIMPIEZA Y CAMBIO DE ROPA, DESEARÁ HABLARLE Y ESTARÁ ATENTA CON TODOS SUS SENTIDOS A SUS REACCIONES. NADIE EN LA FAMILIA PUEDE COMPRENDER MEJOR QUE ELLA LOS DIFERENTES SONIDOS QUE PRODUCE EL NIÑO.

LOS CELOS DE LOS NIÑOS MAYORES (ESPECIALMENTE DE TRES A CUATRO AÑOS), RESPECTO AL RECIÉN NACIDO, SON ABSOLUTAMENTE NORMALES, AÚN CUANDO SE MANIFIESTAN EN PROPÓSITOS "ASESINOS" Y TRUCULENTOS. PARA LOS HIJOS HABIDOS CON ANTERIORIDAD, EL RECIÉN NACIDO ES, SIN DUDA, UN INTRUSO QUE ACAPARA TODAS LAS ATENCIONES DE LA MADRE. RESULTA DIFÍCIL QUE ESTO LO TOLERE UN NIÑO DE POCOS AÑOS. PODRÁ EXPRESAR PROYECTOS MORTÍFEROS HACIA ÉL.

LOS CELOS DE LOS HERMANOS MAYORES NO SE EVITAN, NI PROCLAMANDO QUE EL RECIÉN NACIDO ES BUENÍSIMO. LO MEJOR ES LA NATURALIDAD Y UNA BENEVOLENCIA FRENTE A LOS HERMANOS CELOSOS.

SIN EMBARGO, PUEDE SUCEDER AÚN EN LAS FAMILIAS MÁS EQUILIBRADAS, QUE EL TRASTORNO PROVOCADO POR LA LLEGADA DEL RECIÉN NACIDO, ALCANCE NIVELES CRÍTICOS MÁS AÚN SI LOS PADRES, O UNO DE ELLOS, ES APRENSIVO. PERO PARA ELLO ESTÁ EL INSUSTITUIBLE PEDIATRA, YA QUE ÉL SERÁ QUIEN PONGA LA CALMA Y TRANQUILIDAD QUE LA FAMILIA Y EL RECIÉN LLEGADO, NECESITAN.

TODO ESTE CUIDADO SIGNIFICA QUE EL NIÑO SE HALLA EXPUESTO A INFLUENCIAS QUE LE CONDUCEN A UN CURSO EVOLUTIVO, CUYA FINALIDAD ES FORMARLE COMO UN SER SOCIAL.

2.2 DESARROLLO DE LA CONDUCTA

PARA PODER DESCRIBIR EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA, ARNOLD GESELL, REALIZÓ UNA DIVISIÓN Y SELECCIÓN DE ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES DEL PROCESO. ESTOS PERMITEN COMPARAR ESTADÍOS EVOLUTIVOS A DIFERENTES EDADES Y COMBINAR DESCRIPCIONES LONGUITUDINALES Y TRANSVERSALES. ELIGIÓ CUATRO ASPECTOS EVOLUTIVOS PARA SU DESCRIPCIÓN, Y SE ADHIERE A ESTA DIVISIÓN ESTRICTAMENTE HASTA LA EDAD DE DIEZ AÑOS.

ESTA DIVISIÓN PODRÍA PARECER DIFUSA Y POCO PRÁCTICA, Y ES OBVIO QUE LOS DIVERSOS ESTADÍOS HAN DE INTERFERIRSE. LOS RESÚMENES SUELEN ENTENDERSE COMO NORMATIVOS -ES DECIR, PORPORCIONANDO UN MODELO CARACTERÍSTICO PARA UN CIERTO GRADO DE MADURACIÓN-, PERO CADA NIÑO TIENE SU PROPIA INDIVIDUALIDAD. LOS CUATRO ASPECTOS, SON LOS SIGUIENTES:

1) CONDUCTA MOTORA.
   SE REFIERE A LA POSTURA, HABILIDAD PARA ASIR, MOVIMIENTO, COORDINACIÓN GENERAL DE LAS DIFERENTES PARTES DEL CUERPO Y COORDINACIÓN MOTORA MÁS ESPECÍFICA.

2) CONDUCTA DE ADAPTACIÓN
   INCLUYE LAS ACCIONES DE AJUSTE QUE REFLEJAN LA APTITUD PARA COMENZAR NUEVAS ACTIVIDADES Y BENEFICIARSE DE LAS EXPERIENCIAS PREVIAS. SE ENCUENTRA RELACIONADA ÍNTIMAMENTE CON LA INTELIGENCIA.

3) CONDUCTA DE LENGUAJE
   IMPLICA TODOS LOS MODOS DE COMUNICACIÓN CON OTROS INDIVIDUOS.

4) CONDUCTA SOCIO-PERSONAL
   INCLUYE LAS REACCIONES DEL NIÑO A OTROS INDIVIDUOS Y LAS INFLUENCIAS CULTURALES, LAS ADAPTACIONES A LA VIDA DEL HOGAR, "LO MÍO Y LO TUYO", A LOS GRUPOS SOCIALES Y A LAS CONVENCIONES.

APRENDIZAJE, PERCEPCIÓN Y MADURACIÓN

SON LOS PROCESOS FUNDAMENTALES EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA. PARA PODER APRENDER ALGO, SE NECESITA PRIMERO SER CAPAZ DE PERCIBIR: LA PALABRA ESCRITA Y HABLADA Y EL MUNDO DE LOS OBJETOS SON EXPERIMENTADOS MEDIANTE LA PERCEPCIÓN. PRODUCEN MODELOS DE ESTIMULACIÓN QUE POR MEDIO DE LOS ÓRGANOS SENSORIALES, ALCANZAN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DONDE SON TRANSFORMADOS EN PRECEPTOS. LAS CONSECUENCIAS DE ESTOS PRECEPTOS EN LOS TEJIDOS NERVIOSOS, SON AQUELLOS QUE CONOCEMOS COMO APRENDIZAJE.

LA RESPUESTA DE CONDUCTA DEL NIÑO A LAS INFLUENCIAS DE MEDIO AMBIENTE, ESTÁ DETERMINADA POR EL NIVEL DE MADUREZ. LA CONDUCTA QUE SE MANIFIESTA INDEPENDIENTEMENTE DE LAS INFLUENCIAS AMBIENTALES - COMO IMITACIÓN U OBSERVACIÓN DE OTROS - PUEDE SER DESCRITA COMO NO APRENDIDA.

UN NIÑO PEQUEÑO QUE APRENDE A COMER CON UNA CUCHARA, LO HACE POR CONDUCTA IMITATIVA. LOS PADRES INTENTAN PRESENTAR AL NIÑO COMO SE USA ESTA CUCHARA, SIN QUE EL ALIMENTO SE CAIGA, EN UNA FORMA TAN CORRECTA COMO SEA POSIBLE. CLARAMENTE EXISTEN AQUÍ SIMPLES ELEMENTOS DE IMITACIÓN.

CAPITULO III

PATRONES DE CONDUCTA

CAPITULO III

PATRONES DE CONDUCTA

3.1 POST NATAL (LACTANCIA, 1 A 6 MESES)

EL PRIMER MES.

EL CONJUNTO DEL PRIMER MES DESPUÉS DEL NACIMIENTO, SE CARACTERIZA POR UN AJUSTE INESTABLE AL MEDIO AMBIENTE. EL FUNCIONAMIENTO DE LOS ÓRGANOS, INCLUSO AQUELLOS PRIMARIOS COMO EL CORAZÓN Y LA PRESIÓN SANGUÍNEA, ES IRREGULAR, A CAUSA DE QUE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO ES INCOMPLETA. NO EXISTEN FRONTERAS DEFINIDAS ENTRE EL SUEÑO Y LA VIGILIA, ÚNICAMENTE AL FINAL DEL MES APARECEN PATRONES DE CONDUCTA MÁS DISTINTOS, QUE SON DISCERNIBLES.

LA CONDUCTA MOTORA EN ESTADO DE VIGILIA SE ENCUENTRA DOMINADA POR EL LLAMADO REFLEJO TÓNICO DEL CUELLO, AL CUAL SE LE ATRIBUYE UN GRAN SIGNIFICADO EN EL DESARROLLO DE LA ACCIÓN TOTAL DEL SISTEMA. CUANDO EL NIÑO ESTÁ ECHADO SOBRE SU ESPALDA GENERALMENTE SUELE TENER SU CABEZA VUELTA HACIA UN LADO CON EL BRAZO ENCOGIDO HACIA ESE MISMO LADO, MIENTRAS EL OTRO QUEDA EXTENDIDO, Y LA MANO SITUADA HACIA LA PARTE SUPERIOR DEL PECHO. ESTE PATRÓN ASIMÉTRICO NO QUEDA TRANSFORMADO EN SIMÉTRICO HASTA QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA ALREDEDOR DE LA SEMANA NÚMERO DIECISEIS, OCASIONALMENTE LA CABEZA ES ECHADA HACIA ADELANTE EN COMBINACIÓN CON MOVIMIENTOS BRUSCOS.

La conducta de adaptación, se halla relacionada principalmente con la boca. Al tocar suavemente los extremos de la boca del niño se produce el cierre de ésta apretando los labios. Se manifiesta además, un aumento en las aptitudes para controlar los músculos del ojo, y la mirada puede ser fijada durante un tiempo bastante largo. El ángulo de visión queda restringido, sin embargo, por el reflejo tónico.

Un pequeño de cuatro semanas no percibe un objeto que cuelgue inmediatamente encima de él, pero si el objeto es sometido a movimiento en su línea de visión, lo sigue, moviendo su cabeza y su ojo dentro de un sector limitado. Las manos están cerradas y no las abre para tocar los objetos. Así un niño puede percibir los objetos mediante su vista bastante tiempo antes que pueda tomarlos con sus manos.

En la conducta de lenguaje el grito es todavía el medio dominante de la expresión vocal. Se producen unos sonidos que son interpretables como prebalbuceo. El niño reacciona tambien a los sonidos, cesa en sus movimientos cuando oye una campana, por ejemplo, y se conduce como si estuviera escuchando.

Además el niño completa sus mensajes con distintas expresiones en su cara: satisfacción, complacencia, saciedad, disgusto, cólera y dolor; todas éstas se pueden ver en un par de semanas incluso en menos tiempo.

SOCIALMENTE EL NIÑO PARECE COMPRENDER CON MAS AGUDEZA. SI SE ENCUENTRA INQUIETO Y SE LE COGE MUESTRA SIGNOS DE QUEDAR CALMADO. CIERTOS NIÑOS SE ADAPTAN CON GRAN FACILIDAD A TODO LO NUEVO: CAMBIOS, PASEOS, BAÑO, COMIDAS, ETC.; Y OTROS QUE SE RESISTEN A MODIFICAR SUS HÁBITOS. EXISTEN NIÑOS COMUNICATIVOS Y OTROS QUE VIVEN EN UN AISLAMIENTO, APARENTEMENTE INDIFERENTES. PERO TODOS -CADA UNO A SU MANERA- PROGRESAN EN TODOS SENTIDOS. DE MODO MÁS O MENOS RESUELTO, PACÍFICO O REGULAR, PERO TODOS PROGRESAN. SOLO HAY QUE SABER QUE QUIENES ELIGEN LOS CAMINOS, RITMO Y MODALIDADES, NO SON LOS PADRES SINO LOS NIÑOS.

EL NIÑO NO ES CAPAZ DE PERCIBIR LO QUE SE ENCUENTRA ALEJADO DE ÉL SINO TODO AQUELLO QUE TIENE CERCA. Y LO MÁS CERCANO PRECISAMENTE ES LA MADRE. LA PRESENCIA DE ÉSTA SE ASOCIA A NECESIDADES Y CONSTITUYE UN PLACER; EN CONSECUENCIA EL PEQUEÑO LO ADVIERTE COMO ALGO BUENO. CUANDO FALTA LA MADRE, PARA EL NIÑO ESA FALTA EQUIVALE A LA DESAPARICIÓN DEL MUNDO, UNA DESAPARICIÓN ABSOLUTA DE ESE BIEN, DE AQUEL PLACER. LA AUSENCIA DE LA MADRE SE TRADUCE POR LO TANTO, EN UNA ANGUSTIA, ADVIRTIENDO UNA SENSACIÓN DE IMPOTENCIA Y PARALISIS; Y QUE A LA POSTRE PUEDEN REPECUTIR EN EL PLANO PSICOLÓGICO.

SEGUNDO MES

LA POSICIÓN INICIAL DE UN SER EXTRAÑO EN UN SORPRENDENTE NUEVO MUNDO, HA SIDO SUPERADA. DESPUÉS DE LAS CUATRO SEMANAS COMIENZA EL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN, QUE SOBRE LA OCTAVA SEMANA HA PROGRESADO AMPLIAMENTE. EL PERÍODO DE VIGILIA HA QUEDADO SEPARADO CON MÁS DISTINCIÓN DEL QUE

CORRESPONDE AL SUEÑO Y APARECEN CON MAYOR CLARIDAD LAS FACETAS DE LA PERSONALIDAD. HA APRENDIDO A CONFIAR EN EL ABRAZO DE LA MADRE Y ALGUNA VEZ LA MIRA CARA A CARA. DA LA IMPRESIÓN DE SENTIRSE PROTEGIDO, Y SU ROSTRO DEMUESTRA SENTIR LAS PRIMERAS SENSACIONES. PRESTA ATENCIÓN A LOS SONIDOS.

GENERALMENTE ESTÁ TRANQUILO, EMPIEZA A ABRIR Y CERRAR LAS MANOS CON FRECUENCIA, COGE UN OBJETO CON LA APARENTE DETERMINACIÓN DE NO SOLTARLO MÁS. PERO POR INICIATIVA, NO HACE NINGÚN ESFUERZO PARA COGER ALGO.

SU ACTITUD GENERAL ES BASTANTE UNIFORME, ESTÁTICA E INDIFERENTE. EL NIÑO PERCIBE CON SORPRENDENTE AGUDEZA, LA SITUACIÓN PSICOLÓGICA DE QUIENES LO RODEAN, ES DECIR, EL HUMOR DE LOS PADRES, HERMANOS, LAS TENSIONES, ESTADO DE ÁNIMO Y PREOCUPACIONES. EN MUCHAS OCASIONES, LA CAUSA DEL NERVIOSISMO FAMILIAR, ES EL PROPIO RECIÉN NACIDO, PERO SI SE LE TRATAN DE IMPONER COSTUMBRES Y HÁBITOS CON VIOLENCIA, EL NIÑO DENTRO DE SU CAPACIDAD, CORRESPONDERÁ CON VIOLENCIA.

LA VERDAD ES QUE SE DEBEN EVITAR TODAS ESTAS PREOCUPACIONES, TRATANDO DE HACERLE UN AMBIENTE FAMILIAR SIN TENSIONES Y SERENO.

3.2 INFANTE (7 MESES)

EN ESTA ETAPA APARECEN CON MAYOR CLARIDAD TODAVÍA, LAS FACETAS INDIVIDUALES DE LA PERSONALIDAD. EL GRAN

PERFECCIONAMIENTO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, ESPECIALMENTE LA CORTEZA, ES UNA ORGANIZACIÓN VERDADERAMENTE IMPORTANTE QUE APARECE. ENTRE OTRAS COSAS SE LOGRA LA COORDINACIÓN DE OJOS Y MANOS.

EL MODELO DE CONDUCTA MOTORA CAMBIA. EL REFLEJO TÓNICO DEL CUELLO MUESTRA SIGNOS DE DESVANECERSE -COMO PROMEDIO DESAPARECE ALREDEDOR DE LAS VEINTE SEMANAS- Y EL REEMPLAZADO POR UN PATRÓN DE MOVIMIENTO SIMÉTRICO. LA CABEZA SE MUEVE HACIA ADELANTE Y LOS BRAZOS SIMÉTRICAMENTE. COMIENZA LA ORGANIZACIÓN DE LOS MÚSCULOS DE LA PIERNA Y DEL TRONCO. EL NIÑO ENCUENTRA CON AGRADO QUE PUEDE YA SENTARSE Y SOSTENERSE SU CABEZA SIN APOYARLA. EN OCASIONES EXTIENDE SU MANO HACIA UN OBJETO, AUNQUE EL MOVIMIENTO NO ES AISLADO, PUES IMPLICA OTRAS PARTES DEL CUERPO. LOS IMPULSOS VISUALES NO CONTROLAN TODAVÍA, PERO HAY SIGNOS CLAROS DE QUE EL PROCESO HA PROGRESADO.

A ESTA EDAD EL NIÑO HA DEVENIDO EN UN SER HUMANO "SENTADO". PUEDE DESENVOLVERSE BIEN EN SU SILLA CON UN PEQUEÑO APOYO Y MUESTRA CLAROS SIGNOS DE PREFERIR LA POSTURA DE ASIENTO, SU FUNCIONAMIENTO ES BIEN COORDINADO POR LO QUE EL NIÑO PUEDE MANEJAR ACTIVAMENTE DIVERSOS OBJETOS.

EL NIÑO SENTADO EN UNA MESA, PUEDE EXPERIMENTAR LA SATISFACCIÓN DE SUJETAR COSAS EN DIVERSOS MODOS. ES CAPAZ DE MANTENER UN OBJETO EN SU MANO Y MOVERLO HACIA SU BOCA PARA EXAMINARLO. LA TÉCNICA DE ASIMIENTO SE PERFECCIONA POR EL USO DEL PULGAR. LA MANO ES AHORA UN INSTRUMENTO EFICAZ PARA SUJETAR. EL NIÑO PUEDE TAMBIÉN TRANSFERIR UN OBJETO DESDE UNA MANO A OTRA.

El progreso en la conducta de adaptación está constituido con la creciente aptitud para coordinar. La primitiva mirada a las superficies iliminadas o a objetos grandes -típica de la cuarta semana- ha desaparecido y la percepción del ambiente externo es más selectiva. El niño observa sus propios movimientos. Sigue un objeto en movimiento que se encuentre dentro de un campo de visión limitado por un arco hasta 180°.

El niño comienza a explorar sus alrederores por iniciativa propia. Si se le proporciona un objeto, le dará vueltas a uno y otro lado estudiándolo desde sus ángulos diferentes, lo llevará a la boca y lo estudiará de nuevo, tales actividades pueden continuar durante largos períodos. Algunos investigadores (Gesell), dicen que esto es inteligencia.

La conducta de lenguaje se hace más versátil por la aparición de varios sonidos nuevos, y las reacciones del niño a la voz humana son más significativas. Aunque los órganos vocales no son capaces todavía de producir el sonido articulado, la gran diversidad del balbuceo supone un gran paso adelante en la consecución del habla real, ya que empiezan las formaciones verbales, tales como "ma" y "da". Estas combinaciones de sonido se producen una vez tras otra, en situaciones definidas. Sin embargo, el niño todavía se encuentra muy ocupado en perfeccionar sus recién ganadas aptitudes motoras.

LA CONDUCTA SOCIAL SE HA DESARROLLADO SIGNIFICATIVAMENTE Y EL NIÑO PUEDE DISTINGUIR EL ROSTRO, LAS MANOS Y LA VOZ DE LA MADRE. HA LOGRADO ADQUIRIR CLARAMENTE UN SENTIMIENTO DE FAMILIARIDAD CON ELLA Y CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARTIENDO DE SU CONDUCTA MIENTRAS ESTA SIENDO ALIMENTADO, BAÑADO Y VESTIDO Y EL MODO EN EL QUE ES EXPRESADO SU AFECTO.

PUEDE SONREIR Y REIR, RESPONDER A LAS SONRISAS Y TAMBIÉN APRETAR LA BOCA CON GESTO DE INQUIETUD A LA VISTA DE UNA CARA EXTRAÑA. LA INTRANQUILIDAD EN PRESENCIA DE PERSONAS DESCONOCIDAS NO ES GENERAL HASTA LA EDAD DE ALREDEDOR DE SEIS MESES.

CUANDO EL NIÑO PUEDE SENTARSE, AUMENTA LA ACTIVIDAD FÍSICA, LOS OJOS SE ABREN CON MÁS AMPLITUD, EL PULSO SE HACE MÁS FUERTE Y LA RESPIRACIÓN ES MÁS RÁPIDA. PERO SENTAR AL NIÑO SUPONE UN ESPACIO SOCIAL MÁS AMPLIO, QUE POSTERIORMENTE SE AUMENTA CUANDO PUEDE IR A GATAS Y TODAVÍA MÁS A LA EDAD DE UN AÑO APROXIMADAMENTE, EN LA QUE APRENDE A ANDAR.

SOCIALMENTE, EL RESULTADO DE TODO LO ANTERIOR ES UN ALTO GRADO DE AUTOSUFICIENCIA; EL NIÑO NO DISPONE DE MUCHO TIEMPO LIBRE PARA QUIENES LE RODEAN. OTRO PERÍODO SIMILAR SE PRODUCE A LA EDAD DE DIECIOCHO MESES. A LAS VEINTIOCHO SEMANAS PUEDE SENTARSE; A LOS DIECIOCHO MESES, PUEDE ANDAR, PERO EN AMBOS PERÍODOS ESTÁ INTENSAMENTE COMPROMETIDO EN SUS PROPIAS ACTIVIDADES DE EXPLORACIÓN. ESTO PARECE ACERTADO PUES LA EXPERIENCIA CONSEGUIDA POR MEDIO DE ELLO, ES UNA CONDICIÓN NECESARIA PARA LAS RELACIONES SOCIALES MÁS VARIADAS Y CAMBIANTES.

Cuarenta Semanas (10 meses)

Ahora el niño ya no se satisface con permanecer despierto y echado sobre su espalda. Mediante un movimiento de rotación, es capaz de levantarse y de volverse a sentar solamente con la ayuda de un soporte cualquiera. Efectúa contactos sociales y queda incluído en el círculo familiar en términos más equitativos que anteriormente. Entre las semanas veintiocho y cuarenta, se produce un período, que suele preocupar al resto de la familia, de falta de equilibrio, antes que el niño haya logrado alcanzar por completo su nueva aptitud motora y sea capaz de una sociabilidad abierta.

En su conducta motora posee ya un mayor control de sus extremidades debido al desarrollo continuado del sistema nervioso. Las piernas son lo bastante fuertes para soportar el cuerpo, aunque el equilibrio es todavía imperfecto. El niño puede sentarse con firmeza, volver su cuerpo y dirigirlo hacia un lado sin caerse. Le es posible alzarse desde una posición inclinada a otra segura y moverse a lo largo del suelo arrastrándose o a gatas.

Varios de los cambios que ocurren en la conducta de adaptación, son consecuencia del aumento en el control neuromotor. Los labios rodean mejor el borde del recipiente cuando el niño bebe. La lengua es más efectiva cuando come y le es posible desembarazarse del alimento que le molesta en la boca con una eficacia mayor, toma un trozo de pan entre el pulgar y el índice. Se debilita el

HÁBITO DE LLEVARSE OBJETOS A LA BOCA Y, EN SU LUGAR, EL NIÑO LOS ESTUDIA VISUALMENTE O LOS PERCIBE MEDIANTE LOS SENSITIVOS EXTREMOS DE SUS DEDOS. ES MUCHO MÁS APTO PARA FIJAR SU ATENCIÓN Y PUEDE MIRAR A DOS OBJETOS ALTERNATIVAMENTE, LO CUAL PARECE IMPLICAR CIERTO GRADO DE CONCEPCIÓN PRIMITIVA DEL NÚMERO DOS.

LA CONDUCTA DE LENGUAJE SE FAVORECE POR LA ACTITUD SOCIAL ABIERTA Y EL MEJOR CONTROL DE LA LENGUA Y LA FARINGE. LA "PRIMERA PALABRA" -ALGUNAS VECES UN NIÑO POSEE DOS PALABRAS EN ESTA EDAD- NO PUEDE SER RECORDADA. EL NIÑO REACCIONA A SU NOMBRE Y CON EXCLAMACIONES, TALES COMO: "¡NO, NO!"; PERO EN ESTA ETAPA, ES DIFÍCIL UNA COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE EN SU FUNCIÓN GENERAL SIMBÓLICA.

SOCIALMENTE, EL NIÑO SE INTERESA EN LOS INDIVIDUOS QUE LE RODEAN Y GOZA SUS JUEGOS DEL TIPO DE REPETICIÓN DE SÍLABAS DE SONIDO PARECIDO, SONRÍE AL VERSE REFLEJADO EN UN ESPEJO, PERO MUESTRA DUDA Y TEMOR FRENTE A LOS EXTRAÑOS, PARTICULARMENTE CUANDO ADOPTAN CON EXAGERACIÓN UNA ACTITUD INQUISITIVA.

3.3 EL PREESCOLAR

1 AÑO (DOCE MESES)

EL NIÑO DE UN AÑO MUESTRA, CON FIRMEZA UN NUEVO Y CLARAMENTE DEFINIDO PATRÓN DE CONDUCTA. SE ENCUENTRA COMPROMETIDO DE UN MODO VEHEMENTE EN EL APRENDIZAJE DE LA LOCOMOCIÓN Y VA ADQUIRIENDO UNA FINA COORDINACIÓN MOTORA. PERO EN GENERAL, ESTAS FACETAS NO SE LOGRAN TOTALMENTE HASTA UNOS POCOS MESES MÁS TARDE.

En la conducta motora, el andar a gatas o arrastrarese son los medios típicos de la locomoción. El niño se desliza sobre sus manos y rodillas, pero también -quizá por preferencia- sobre las manos y las plantas de sus pies. Este es el último estado antes que aprenda a caminar erguido. Hay un deseo claramente expresado de andar y el niño se mantiene durante breves momentos antes de caer. Le es posible moverse erguido si tiene algo donde apoyarse. El sujetar se va acercando a un nivel adulto de habilidad, y existen signos de que el niño está en el comienzo de soltar objetos de un modo muscular correcto.

La conducta de adaptación se caracteriza por un aumento en la comprensión de la forma y el número. Los objetos redondos constituyen una fuente de gran interés y se observan signos de una mejor concepción del espacio. Ya está capacitado para utilizar un lápiz haciendo dibujos aún enteramente primitivos, pero que ya tienen cierta intención pictórica, y lo que es más importante, comenzará ya a gozar y sentir la obra realizada, tratando en muchas ocasiones de tomar las líneas con sus dedos y disgustándose al no lograrlo.

Hay una mayor influencia del ambiente sobre las cualidades heredadas, comienza a liberarse de la madre al poder caminar.

A la edad de un año, el niño muestra un gran interés en el lenguaje. Repite las palabras que conoce y aprende una o

DOS NUEVAS. SE ESCUCHAN LAS PRIMERAS PALABRAS AISLADAS PERO CON UN SENTIDO DEFINIDO. AL PARECER, ENCUENTRA UNA FORMA DE EXPRESAR SUS EMOCIONES CLARAMENTE, UTILIZÁNDOLAS CONSTANTEMENTE PARA ELLO, ASOCIADAS CON GRITOS Y EXPRESIONES MUSCULARES (PALABRA-EMOCIÓN).

SOCIALMENTE EL NIÑO ES EL PUNTO FOCAL EN EL CÍRCULO FAMILIAR. REPITE ACCIONES SATISFACTORIAMENTE Y LLEVA A CABO OTRAS ACTIVIDADES DE LAS CUALES SURGE AMENIDAD Y ATENCIÓN, TALES SITUACIONES PARECEN REFLEJAR UN EGO QUE DESPIERTA EN EL NIÑO. APRECIA EN ALTO GRADO LOS JUEGOS DE REPETICIÓN Y PALABRAS.

PREDOMINAN LAS EMOCIONES Y DE ELLAS, TRES SE MANIFIESTAN CON MÁS INTENSIDAD: LA IRA, EL TEMOR Y EL SENSUALISMO. EL NIÑO FÁCILMENTE SE DISGUSTA POR SITUACIONES QUE LO INCOMODEN FÍSICAMENTE, LLORA SI SE LE ATA LIMITANDO SUS MOVIMIENTOS (AUNQUE ALGUNAS VECES LOGRA HABITUARSE A ESTOS), RECLAMA CON LLANTO SUS ALIMENTOS Y SE ENFURECE SI NO ES ATENDIDO INMEDIATAMENTE. TEME, SOBRE TODO, PERDER LA ESTABILIDAD FÍSICA, LOS RUIDOS BRUSCOS, LAS LUCES INTENSAS Y SÚBITAMENTE ENCENDIDAS; MANIFIESTA SU TEMOR CON LLANTO, TAMBIÉN CON VERDADERAS EXPRESIONES DE TERROR QUE ALGUNAS VECES LLEGAN A EXPRESARSE EN CONVULSIONES.

LE AGRADAN PROFUNDAMENTE LAS CARICIAS Y LOS MIMOS (SUS ZONAS ERÓGENAS SON MÚLTIPLES, PRÁCTICAMENTE EN CUALQUIER SITIO DE SU CUERPO SE PUEDEN PRESENTAR SENSACIONES PLACENTERAS), Y LOS RECLAMA CADA VEZ CON MÁS FRECUENCIA.

SE AMPLÍA EL REGISTRO EMOCIONAL Y SE HACEN MÁS DEFINIDOS LOS PATRONES DE CONDUCTA QUE EXPRESAN TEMOR E INQUIETUD, IRA, CELOS, AFECTO Y SIMPATIA. EL NIÑO MUESTRA TAMBIÉN UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE LAS EMOCIONES AJENAS Y UNA MÁS ALTA SENSIBILIDAD HACIA LA INFLUENCIA Y EL AJUSTE DE TIPO EMOCIONAL. COMIENZA A USAR SUS DEDOS COMO AYUDA PARA COMER. LOS MOVIMIENTOS INTESTINALES, SE HACEN MÁS REGULARES EN GENERAL Y EL NIÑO INTENTA AYUDAR CUANDO SE LE ESTÁ VISTIENDO.

AÑO Y MEDIO

UN NIÑO COMIENZA GENERALMENTE A CAMINAR SIN APOYO ENTRE LOS DOCE Y DIECIOCHO MESES. ES ENTONCES CUANDO PUEDE CONSTRUIR UNA TORRE CON DOS LADRILLOS Y ASIMISMO, APRENDER A COLOCARSE PRENDAS SENCILLAS DE SU ATUENDO. SE ENCUENTRA AHORA EN UN PERÍODO EN EL QUE SE PERFECCIONA CON RAPIDEZ EL CONTROL MUSCULAR GENERAL. ESTO SE ACOMPAÑA CON PROGRESOS EN LAS ESFERAS DE ADAPTACIÓN Y SOCIAL, AUNQUE LOS AVANCES SON MENOS MARCADOS. SU ATENCIÓN ES MUY VARIABLE, PIERDE EL INTERÉS POR AQUELLO QUE ESTÁ REALIZANDO, MUESTRA A LOS ADULTOS LOS JUGUETES SIN HACERLOS PARTÍCIPES DE SUS JUEGOS, Y ES TAL DIVERSIDAD DE SUS INTERESES, QUE DIFÍCILMENTE PUEDE DÁRSELE ALCANCE. SU FACULTAD DE IMITACIÓN ES EXTRAORDINARIA MIRANDO AL PADRE O A LA MADRE EN DIVERSAS ACTITUDES HABITUALES. SU JUEGO ES COMUNMENTE SOLITARIO.

LA POSTURA ERECTA DEL NIÑO, DOMINA EL CUADRO GENERAL EVOLUTIVO TAN FUERTEMENTE DURANTE ESTE PERÍODO, QUE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS SUELEN SER FÁCILMENTE SUBESTIMADAS. EL NIÑO ESTÁ DEJANDO AHORA LA ETAPA DEL BEBÉ DESVALIDO, Y ENTRANDO EN LA MÁS INDEPENDIENTE Y MADURA DE LA PRIMERA INFANCIA.

LA GAMA DE LA CONDUCTA HA SIDO EXTENDIDA EN ALTO GRADO, POR LO QUE NO ES FÁCIL PROPORCIONAR UN RESUMEN QUE LA COMPRENDA Y QUE POSEA VALIDEZ UNIFORME.

EL ASPECTO MÁS IMPORTANTE DE LA CONDUCTA MOTORA, ES LA LOCOMOCIÓN EN POSTURA ERGUIDA. EL EQUILIBRIO DEL CUERPO NO SE PRESENTA EN UN NIVEL UNIFORME Y LA APTITUD PARA MANTENERSE SOBRE UNA PIERNA, NO APARECE HASTA OTROS DIECIOCHO MESES. A ESTA EDAD, EL NIÑO, ADEMÁS DE HACER RODAR UN BALÓN, INTENTA LANZARLO.

EN LA CONDUCTA DE ADAPTACIÓN, EL NIÑO APRECIA RELACIONES DE TIPO ESPECIAL EN SU AMBIENTE; SABE DONDE ESTÁN SITUADOS VARIOS OBJETOS Y PUEDE SEÑALARLOS. RECONOCE GRABADOS QUE LOS REPRESENTEN Y ES OBVIO QUE EL MEDIO AMBIENTE DEL QUE SE PERCATA, SE HA HECHO PARA ÉL MÁS RICO Y DIFERENCIADO EN MUCHOS ASPECTOS.

SE HA DESARROLLADO LA APTITUD PARA EL LENGUAJE, TANTO RESPECTO A LA COMPRENSIÓN COMO AL COMUNICARSE CON OTROS. SE INCREMENTA EL VOCABULARIO UTILIZÁNDOSE CON MÁS EFECTIVIDAD. LAS PALABRAS SE ACOMPAÑAN CON GESTOS Y GRADUALMENTE REEMPLAZAN A ESTOS.

SOCIALMENTE EL NIÑO ES MENOS ACCESIBLE QUE LO FUE A LA EDAD DE SIETE MESES. ES CAPAZ DE DISTINGUIR MEJOR ENTRE SÍ MISMO Y LOS OTROS; COMIENZA A ENTENDER LA IDEA DE "LO MÍO Y LO TUYO". SIN EMBARGO, ES IMPACIENTE Y DESEA LO QUE PIDE DE UNA MANERA INMEDIATA, AUNQUE CON FRECUENCIA HACE EXACTAMENTE AQUELLO QUE ES OPUESTO A LO QUE SE LE SOLICITA. ESTO NO SE DEBE DE UNA MANERA PRIMORDIAL A UNA INCLINACIÓN A LA REBELDÍA, SINO QUE EL NIÑO POSEE UNA INSUFICIENCIA DE CONCEPTOS Y ASOCIACIONES QUE MANTIENE VIVAMENTE, CON FUERZA Y ANSIEDAD. LOS CAMBIOS BRUSCOS PARECEN SER PELIGROSOS Y EL NIÑO POR LO TANTO, LOS EVITA. ES PROVOCATIVO Y DESOBEDIENTE, POR AUTOCONSERVACIÓN MÁS QUE POR AGRESIÓN.

Dos años

A LA EDAD DE DOS AÑOS PARECE MARCARSE UNA ETAPA EVOLUTIVA DEFINITIVA, CARACTERIZADA POR UNA PERFILACIÓN ARMONIOSA DE LOS ADELANTOS CONSEGUIDOS ANTERIORMENTE. EL CONTROL DEL CUERPO ES MUCHO MÁS EFICIENTE Y EL PEQUEÑO PUEDE CAMINAR SIN GRAN DIFICULTAD.

EN EL ASPECTO DEL LENGUAJE, EL NIÑO SE HA PERFECCIONADO ENORMEMENTE. EL HABLA ININTELIGIBLE HA DESAPARECIDO CASI POR COMPLETO, LOGRÁNDOSE UNA COMPRENSIÓN LINGUÍSTICA CONSIDERABLE. EL LENGUAJE ES UN MEDIO DE COMUNICACIÓN EFECTIVO, AUNQUE LAS FRASES DE UNA SOLA PALABRA SON TODAVÍA MUY FRECUENTES. A ESTA EDAD, EL NIÑO SE ENCUENTRA TODAVÍA OCUPADO CONSIGO MISMO. AL MISMO TIEMPO, OTRAS PERSONAS HAN ADQUIRIDO PARA ÉL UN MAYOR INTERÉS. SOCIALMENTE

EXISTE UNA INTENSA INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE Y HAY UN AUMENTO EN SU ACTIVIDAD SOCIAL.

LOS JUEGOS SE ENCUENTRAN RESTRINGIDOS. EN ALGUNAS OCASIONES, OCULTA SUS JUGUETES PARA CERCIORARSE DE POSEERLOS, MÁS TARDE OBEDECE ÓRDENES VOLUNTARIAMENTE Y MIRA SATISFECHO CUANDO ES ALABADO. ESTÁ PROGRESANDO DESDE UNA FRASE PRESOCIAL A OTRA SOCIAL.

UN NIÑO DE DOS AÑOS DE EDAD ES MUY VIVAZ. PUEDE SUBIR Y BAJAR ESCALERAS SIN AYUDA; MÁS, AUNQUE UTILICE LAS PIERNAS DE MANERA INDEPENDIENTE, EN CADA ESCALÓN HACE ALTO CON LOS DOS PIES. SIN EMBARGO, LE GUSTA SALTAR, PERO NO CON SUS DOS PIES JUNTOS, SINO CON UNO CADA VEZ. EL SALTO, LA DANZA Y EL PALMOTEO DE LAS MANOS, SON MODOS TÍPICOS DE EXPRESAR ALEGRÍA. LOS MÚSCULOS DE LOS DEDOS OBEDECEN MEJOR LOS IMPULSOS.

TRES AÑOS

ANTES DEL TERCER CUMPLEAÑOS, UN NIÑO PASA A TRAVÉS DE UNA FASE EVOLUTIVA -MUY FATIGOSA PARA LA FAMILIA- QUE ELIMINA ALREDEDOR DE LOS DOS AÑOS Y MEDIO. ESTE PERÍODO PUEDE SER DENOMINADO "EDAD DE REBELDÍA" Y SU DURACIÓN E INTENSIDAD VARÍAN GRANDEMENTE DE UN NIÑO A OTRO. EL NIÑO, DOMINANTE Y EXACTO, DESEA LLEVAR A CABO TODOS LOS POSIBLES MODOS DE ACCIÓN -HARÉ, NO HARÉ; QUIERO, NO QUIERO-, ESTÁ ENVUELTO EN SUS DESEOS Y CARECE DE CONSISTENCIA A CAUSA DE QUE DESEA INTENTAR TODAS SUS ALTERNATIVAS EN UN ÚNICO Y MISMO TIEMPO. LA FALTA DE APTITUD PARA ELEGIR Y EL IMPULSO DE ACCIONES QUE SE OPONEN ENTRE SÍ, HACEN QUE CASI SEA IMPOSIBLE QUE EL NIÑO AJUSTE SU CONDUCTA.

ESTAS DIFICULTADES SUELEN SUPERARSE AL CUMPLIRSE EL TERCER AÑO, QUE ES CUANDO EL NEGATIVISMO, GENERALMENTE, DA SALIDA Y DESPIERTA AL POSITIVISMO. EL AÑO ENTRE EL TERCERO Y CUARTO ANIVERSARIOS ES DECISIVO, EN VARIOS ASPECTOS PARA EL CRECIMIENTO Y LA MADURACIÓN.

LA CONDUCTA MOTORA ES MUCHO MÁS SEGURA Y CONSISTENTE. LE ES POSIBLE CAMINAR Y CORRER CON MUCHO MÁS SEGURIDAD, AUMENTANDO Y DISMINUYENDO SU VELOCIDAD EN UN GRADO DE EFICACIA SUPERIOR AL DE ANTES.

EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA DE ADAPTACIÓN ES SORPRENDENTE. AUMENTA LA APTITUD PARA DISTINGUIR DENTRO DEL CAMPO PERCEPTIVO.

LA CONDUCTA VERBAL SE CARACTERIZA POR UNA COMPRENSIÓN MÁS PROFUNDA DE LAS PALABRAS, CONDICIÓN NECESARIA PARA AQUELLO QUE PODRÍA SER DENOMINADO "LIBERACIÓN INTELECTUAL". EL NIÑO AHORA CLASIFICA, IDENTIFICA Y COMPARA. LAS PREGUNTAS ACERCA DE LO QUE LAS COSAS SON Y DEL NOMBRE QUE RECIBEN TESTIFICAN UN CÁLIDO DESEO DE PROCURAR ORDEN Y SISTEMA DENTRO DEL MISMO AMBIENTE. EL NIÑO DE DOS AÑOS APRENDIÓ PALABRAS; EL DE TRES, LAS UTILIZA.

SOCIALMENTE, SE ALCANZA UN GRADO DE MADUREZ GRACIAS A UNA CANTIDAD DE EXPERIENCIAS. GUSTA DE HACER NUEVOS AMIGOS Y DESEA DESPRENDERSE DE ALGO, DE UNA MANERA VOLUNTARIA -UN JUGUETE, POR EJEMPLO-, AL OBJETO DE OBTENER EL AFECTO DE UNA PERSONA. LAS EXPRESIONES SUELEN IR DIRIGIDAS DE UN MODO DIRECTO HACIA OBJETOS, UN NIÑO PUEDE GOLPEAR A UNA

SILLA PORQUE ES "FEA" O DECIR "SUELO MALO", PORQUE SE HA CAÍDO. EL TEMOR ES ASOCIADO DEL MISMO MODO CON OBJETOS PARTICULARES Y LLEGA A FIJARSE DURANTE LARGO TIEMPO, AUNQUE TAMBIÉN EL AUMENTO DEL PODER DE LA IMAGINACIÓN ES CAUSA DE MIEDO QUE SE EXTIENDE MÁS ALLÁ DE LA REALIDAD. EL TEMOR A LOS RUIDOS Y OBJETOS EXTRAÑOS DISMINUYE; SIN EMBARGO, AUMENTA EL SENTIDO POR EL NIÑO HACIA LA OSCURIDAD Y LA SOLEDAD. LAS PESADILLAS SON FRECUENTES.

CUATRO AÑOS

ENTRE LAS EDADES DE TRES Y CUATRO AÑOS, COMIENZA OTRO PERÍODO DE INTRANQUILIDAD Y FALTA DE CONFIANZA QUE PUEDE PARECER UNA ÉPOCA DE REGRESIÓN. LA CONDUCTA ES MENOS ARMONIOSA Y VARÍA LA EFICACIA DE LA REGULACIÓN MOTORA. WENDELL JHONSON HA CONFIRMADO QUE EL TARTAMUDEO SUELE COMENZAR A ESTA EDAD, CON UNA ELEVADA FRECUENCIA CUANDO COMIENZA LA ESCOLARIDAD. SU CONDUCTA SE CARACTERIZA POR UNA GRAN CONFIANZA Y UN ESPÍRITU DE LENGUAJE PROGRESIVO. EN ALGUNAS OCASIONES DA LA IMPRESIÓN DE POSEER UN GRADO DE MADUREZ QUE REALMENTE TODAVÍA NO SE HA ALCANZADO.

EN ESTA ETAPA ES ACEPTADO CADA VEZ EN MÁS ALTO GRADO COMO SER SOCIAL E INDEPENDIENTE. SU EDAD GARANTIZA CIERTO MODO DE COLABORACIÓN SOCIAL POR SU PARTE Y ES, MÁS O MENOS, CAPAZ DE DEFENDERSE POR SÍ MISMO. SIN EMBARGO, ESTO NO SIGNIFICA QUE SEA PARTICULARMENTE FÁCIL DE MANEJAR.

LA VIVACIDAD Y LA RESOLUCIÓN, POR EL CONTRARIO, SON MARCADOS ASPECTOS DE SU CONDUCTA. ES COMUN QUE MUESTRE UN ALTO GRADO DE INCERTIDUMBRE, EXPRESADA, ENTRE OTRAS COSAS, POR TEMORES BRUSCOS E IRRACIONALES RESPECTO A DIVERSOS OBJETOS.

LA CONDUCTA MOTORA SE HA PERFECCIONADO, DANDO GRAN IMPRESIÓN DE FLEXIBILIDAD EN LAS ARTICULACIONES, YA QUE LOS HUESOS Y MÚSCULOS SON CADA VEZ MÁS INDEPENDIENTES. SE VISTE Y SE CALZA, PERO NO ES CAPAZ DE ANUDAR LOS LAZOS.

LA CONDUCTA DE ADAPTACIÓN PARECE HABER AVANZADO BASTANTE, PERO SU GRAN CURIOSIDAD SE DEBE NO TANTO A DESEAR EL CONOCIMIENTO COMO A LA NECESIDAD DE APRENDER LAS PROPIEDADES DE MUCHOS OBJETOS QUE CONSTITUYEN EL MUNDO FÍSICO Y SOCIAL QUE LE RODEA, TIENE UN GRAN DESEO DE ORDENAR Y SISTEMATIZAR SUS EXPERIENCIAS. LA VIVACIDAD PUEDE HACER FÁCILMENTE QUE SOBRE ESTIMEMOS SUS CONOCIMIENTOS. CON FRECUENCIA LO CONSIDERAMOS COMO UN SER PROFUNDO, CUANDO SOLO ES, EN REALIDAD, LABORIOSO.

EL LENGUAJE ES ACTIVO EN EXTREMO, Y LAS PREGUNTAS "COMO" Y "POR QUÉ" SON LAS QUE HACE CON MÁS INSISTENCIA. LAS EXPLICACIONES NO PARECEN SER PARA ÉL DE INTERÉS PRIMARIO; ES COMO SI PREFIRIERA SABER DE QUE MODO SE ADECÚAN LAS RESPUESTAS A SUS PROPIOS PENSAMIENTOS. EL PRONOMBRE "YO" DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE EN SU LENGUAJE.

LA ACTITUD SOCIAL ESTÁ BIEN DESARROLLADA, PERO EL DESEO DE APLICARLA SUELE SER EXPRESADO DE UNA MANERA DESAFIANTE. EL NIÑO CON FRECUENCIA RECHAZA A OBEDECER. LOS ADELANTOS SOCIALES AUMENTAN EN NÚMERO Y DEDICA MÁS TIEMPO A LOS JUEGOS DE GRUPO, APARECIENDO LOS AMIGOS COMO INTERÉS FUNDAMENTAL EN SU EXISTENCIA.

CINCO AÑOS

ESTA ÉPOCA TIENE UNA GRAN IMPORTANCIA EDUCATIVA; SE ACTIVAN TREMENDAMENTE LA FACULTAD DE IDEACIÓN Y FANTASÍA IMAGINATIVA Y LOS INTERESES INTELECTUALES DOMINAN LA ESCENA. LE RESULTA IMPRESCINDIBLE LA NATURALEZA Y LA UTILIDAD DE LAS COSAS E INTERROGA CONTINUAMENTE PONIENDO A LAS PERSONAS CON PREGUNTAS DIFÍCILES COMO: "POR QUÉ SON DURAS LAS PIEDRAS?", A LO QUE SOLO QUEDA LA GENERALIZACIÓN COMO RESPUESTA: "PORQUE TODAS LAS PIEDRAS SON DURAS...", CON LO QUE ALGUNAS VECES SE SATISFACE SU CURIOSIDAD MOMENTÁNEAMENTE. ES MUY FRECUENTE QUE LAS PERSONAS SE CANSEN DE TANTAS PREGUNTAS DEL NIÑO Y ACABEN POR RESPONDER CON MONOSÍLABOS, O CON UN "!CÁLLATE!" DISGUSTANTE, INHIBIENDO ASÍ LA FORMA MÁS PRECIOSA DE EDUCACIÓN Y CREANDO SENTIMIENTOS DE INSEGURIDAD, REBELDÍA, AISLAMIENTO, O DE MUTISMO QUE SIEMPRE SON INDESEABLES Y LIMITAN SUS FACULTADES. "LA CURIOSIDAD INFANTIL DEBE DESAPARECER DE LA LISTA DE LOS VICIOS, PARA SER INSCRITA EN EL CUADRO DE VIRTUDES".

ESTA ETAPA ES VOLITIVA POR EXCELENCIA; EL RÁPIDO DESARROLLO FÍSICO EXIGE ACTIVIDAD Y EL NIÑO DEAMBULA DESTROZANDO OBJETOS. ES INCANSABLE Y ALGUNAS VECES DRAMÁTICO, DESESPERANDO A LOS PADRES QUE TRATAN DE CALMARLO, SÓLO PARA FRACASAR EN SUS INTENTOS, PORQUE SU ACTIVIDAD ES UNA MERA CONSECUENCIA DEL MOMENTO EN QUE ESTÁ VIVIENDO.

SE INICIA LA INFLUENCIA ESCOLAR, LOS INTERESES FÍSICOS SON FUNDAMENTALES, PERO SUS JUEGOS AÚN SON PRIMITIVOS Y VAGOS. EL PODER DE CREACIÓN SE ESBOZA YA CON CARACTERES DEFINIDOS. AQUÍ, LA PERSONALIDAD DEL NIÑO PARECE DIFUNDIRSE POR EL SÚBITO CAMBIO DE LA VIDA DE HOGAR A LAS ACTIVIDADES ESCOLARES, REFUGIÁNDOSE MOMENTÁNEAMENTE EN DIVERSIONES NO DEFINIDAS PARA RECOBRARSE DE LA SORPRESA A LA QUE LOS MISMOS FAMILIARES CONTRIBUYEN FORZÁNDOLO A LA NUEVA SITUACIÓN SIN PREPARATIVOS SUAVES.

AUMENTA SU HABILIDAD PARA MANEJAR LOS OBJETOS DE JUEGO, CONSTRUYE CON MÁS PRECISIÓN Y LOGRA AL FINAL DE ESTA 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 INTERESARLE EL VESTIRSE BIEN EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS. SE INTENSIFICA LA DRAMATIZACIÓN Y FRECUENTEMENTE HACE GESTICULACIONES CÔMICAS Y DELIBERADAMENTE SE EQUIVOCA PARA PROVOCAR HILARIDAD DE LA QUE ÉL ES SIEMPRE PARTÍCIPE.

SE DIVIERTE RECORTANDO FIGURAS Y VISTIÉNDOSE CON ROPAS DE ADULTOS. LAS AMISTADES SE AFIRMAN Y SE BUSCAN: LA RIVALIDAD Y EL INTERÉS DE SUPERACIÓN APARECEN COMO INCENTIVO DEL JUEGO Y LE AGRADA LA CONTEMPLACIÓN DE LA NATURALEZA EN FORMA TODAVÍA PRIMITIVA.

3.4 EL ESCOLAR

LA ESCUELA ES UN INSTRUMENTO DE LA SOCIEDAD. SU FUNCIÓN ES INCULCAR METÓDICAMENTE A LAS GENERACIONES NACIENTES, DESTREZAS, CONOCIMIENTOS Y COMPRENSIÓN, QUE SERÁN IMPORTANTES PARA LOS JÓVENES CUANDO MÁS TARDE TRABAJEN EN LA SOCIEDAD.

LA PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN, QUE SE RELACIONA CON LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LA ESCUELA, ES UNO DE LOS CAMPOS DE MAYOR IMPORTANCIA EN LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA, JUNTO CON LA PEDAGOGÍA ESTÁN ENRAIZADOS CON FIRMEZA EN LA PSICOLOGÍA EVOLUTIVA.

EL INICIO DE LA ESCUELA LO CAMBIA TODO. SI EL NIÑO ASISTIÓ AL JARDÍN DE NIÑOS, LAS COSAS SERÁN SEGURAMENTE MUCHO MÁS SENCILLAS. PERO AÚN ASÍ, TODO SERÁ DISTINTO: HORARIOS RÍGIDOS, DEBERES Y RESPONSABILIDADES, IMPOSICIONES Y SEGURAMENTE CASTIGOS, POR LO QUE PARA ALGUNOS, ESTO NO CONSTITUYE UN GRAN PROBLEMA Y PARA OTROS SÍ.

SEIS-SIETE AÑOS

LA ACTIVIDAD FÍSICA ES MÁXIMA. ESTÁ CAPACITADO PARA JUGAR HORAS ENTERAS EN UNA MISMA COSA, POR FATIGANTE QUE SEA. SU ATENCIÓN VA MEJORANDO MÁS AÚN. COLECCIONA UNA MULTITUD DE OBJETOS "EXTRAÑOS". TIENE YA GRAN HABILIDAD FÍSICA Y HA APRENDIDO CON UNA INTELIGENCIA ASOMBROSA, TODOS LOS JUEGOS QUE TIENEN CONTROL DE EQUILIBRIO Y MUCHO ESFUERZO MUSCULAR. COMIENZAN A APARECER LOS INTERESES ESCOLARES Y CON ELLOS, EL JUEGO ES MÁS LIMITADO, PERO NO PIERDE OPORTUNIDAD DE EJECUTARLO. LAS NIÑAS SE ENTUSIASMAN CON LA DANZA Y GENERALMENTE SON HÁBILES PARA APRENDER; LA INCLUSIÓN DEL RITMO EN LOS SALTOS Y LAS CARRERAS PRECEDENTES, ASÍ COMO LA EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA, EL ENCAUZAMIENTO DE LAS EMOCIONES POR SENDEROS MÁS ORDENADOS Y ESTÉTICAMENTE SUPERIORES, SON DE MUCHO BENEFICIO.

TERMINA EL PERÍODO VOLITIVO, DRAMÁTICO, FÍSICO, Y SE INICIA LA ETAPA INTELECTUAL. TODO LO QUE PIENSA, VE, OYE O APRENDE SE TRANSFORMA EN ACTOS. LA INFLUENCIA ESCOLAR MARCA UN DERROTERO DEFINIDO, Y POR LO TANTO ES FRANCA Y DECISIVA. SU ESPONTANEIDAD ES PROFUNDAMENTE MINADA POR EL INFLUJO DEL AMBIENTE QUE EN LA ACTUALIDAD SOLO LO PROVEE DE ESCENAS DE GUERRA, ARMAS DE FUEGO, ETC., Y DESGRACIADAMENTE, TAMBIÉN DESQUICIAMIENTO DEL HOGAR, INQUIETUDES E INESTABILIDAD, ADEMÁS DE LA INTENSA ACTIVIDAD Y RAPIDEZ DE LA VIDA, CON LO QUE NO PUEDE MANTENER SIEMPRE EL MISMO RITMO.

HACIA LOS SIETE AÑOS, SEGÚN PIAGET, EL NIÑO TIENDE A PENSAR QUE TODAS LAS COSAS ESTÁN FORMADAS POR PEQUEÑAS PARTÍCULAS. SI LAS PARTÍCULAS SON MUCHAS, LA COSA ES MÁS GRANDE Y PESADA; SI ESTÁN MUY AGARRADAS, EL OBJETO ES SÓLIDO, SI SE ALEJAN UNA DE OTRA, SE DESHACEN Y SI SE ACERCAN HASTA ENCONTRARSE, VUELVE A TOMAR FORMA. DE ESTA IDEA, EL NIÑO DEDUCE UNA SEGUNDA, EN EXTREMO IMPORTANTE: LA COSA NO DESAPARECE NUNCA, SINO QUE SE TRANSFORMA. EN RESUMEN CADA CAMBIO PUEDE VOLVER ATRÁS. LO QUE VE Y TOCA YA NO OFRECE NINGUNA GARANTÍA, NO PUEDE FIAR DE LAS APARIENCIAS. PARA DECIRLO EN DOS PALABRAS EL NIÑO HA SUPERADO SU PROPIO EGOCENTRISMO, SE HA DADO CUENTA QUE EL MUNDO ESTÁ HECHO EN FORMA COMPLETAMENTE DISTINTA DE LA QUE LE SUGIEREN SUS SENTIDOS.

A PARTIR DE ESTE MOMENTO, PUEDE CONSIDERARSE QUE LA ACTIVIDAD MENTAL DEL NIÑO, ES SUSTANCIALMENTE IDÉNTICA A LA DEL ADULTO. EL COLEGIAL YA HA ENTRADO EN POSESIÓN DEL INSTRUMENTO INTELECTUAL QUE LE PERMITA RECORRER DE ACUERDO CON SUS DESEOS LAS SENDAS DEL CONOCIMIENTO.

LE INTERESAN LOS DESCUBRIMIENTOS, COMBINACIÓN DE SUSTANCIAS Y FUNCIONAMIENTO DE LAS MÁQUINAS. SU FANTASÍA VUELA Y SE MARGINA SU PROPIO FUTURO.

ÚCHO-NUEVE AÑOS

COMIENZA GENERALMENTE UNA ÉPOCA INTELECTUAL, TANTO POR EL INTENSO DESARROLLO DE LOS CENTROS NERVIOSOS SUPERIORES Y

DEL INCREMENTO DE SUS CONEXIONES CON EL RESTO DEL SISTEMA, COMO POR LOS INCENTIVOS QUE EL MISMO AMBIENTE ESCOLAR Y GENERAL PROVOCAN. CREA SU PROPIA IMAGINACIÓN Y FANTASÍA QUE LUEGO TRATA DE TRANSPORTAR A LA REALIDAD, LO QUE CONSTITUYE CIERTA FORMA DE JUEGO.

LA CONDUCTA DE LENGUAJE MUESTRA EL MISMO ENTUSIASMO VERBAL QUE A LOS CUATRO AÑOS Y, EN OCASIONES, UTILIZA EL LENGUAJE CASI COMO LO HACE UN ADULTO. EL ESPECIAL MODO DE HABLAR DE ESTA EDAD, SIGNIFICA UNA EXPRESIÓN DE CONTACTOS NUEVOS E INDEPENDIENTES. A LOS NUEVE AÑOS YA NO ES TAN EXPRESIVO COMO A LOS OCHO; CON FRECUENCIA EXISTE UN RETROCESO HACIA EXPRESIONES GRAMATICALES INCORRECTAS ANTERIORES. AUMENTA EL INTERÉS DE LA LECTURA.

EN LA CONDUCTA DE ADAPTACIÓN, PERCIBE CON MÁS FACILIDAD SIMILITUDES Y DIFERENCIAS EN LAS PERSONAS Y LAS COSAS. LE GUSTA CONSIDERAR Y ORGANIZAR UNA TAREA ANTES QUE INTENTE LLEVARLA A CABO. ES ACTIVO EN COLECCIONAR Y CLASIFICAR.

A ESTA EDAD EL NIÑO ALCANZA MADUREZ SOCIAL SI POR ELLO SE ENTIENDE UNA CONDUCTA MÁS ESTABLE Y MEJOR INTEGRADA. LE GUSTA ESTAR EN COMPAÑÍA DE LOS MAYORES, QUIERE TANTO DAR COMO RECIBIR INFORMACIÓN. ES MUY ACTIVO EN SU GRUPO DE AMIGOS. NIÑOS Y NIÑAS CONSTITUYEN GRUPOS SEPARADOS Y PUEDE DESARROLLARSE UNA ACTITUD DE MENOSPRECIO HACIA EL SEXO OPUESTO Y A QUE ESTÁ NUTRIDO POR UNA NUEVA POTENCIA: EL ORGULLO.

Diez-doce años

A los diez años, la personalidad del niño alcanza un nivel de integración y perfeccionamiento que, en cierto modo es una reminisencia de la etapa de los cinco. Pero en sí, la personalidad integrada del niño de diez años se dirige hacia la adaptación del mundo de los adultos, puede llevar una conversación, son más flexibles, en general, la organización y las actitudes personales hacia el medio ambiente. Esto significa que es muy receptivo a las influencias culturales y sociales.

Las niñas están más equilibradas, poseen una maduración social mayor, y un más alto grado de intereses fundamentales en los problemas relativos al matrimonio y la vida familiar.

De los diez a los doce años se encuentran en plena pre-pubertad. Generalmente se pierden muchos de los intereses anteriores para substituirlos involuntariamente por intereses sensuales, apareciendo en esta época el onanismo, tanto solitario como en grupo. Los juegos entre niños de ambos sexos, comienzan a interesarles aunque algunas veces se rechazan para volver a ellos, alternando así, porque sus intereses heterosexuales comienzan a incrementarse, pero a la vez temen ser objetos de burlas por jugar entre sí. Las niñas son más fácilmente adaptables y sienten menos pena en realizar juegos varoniles.

EL INTELECTO SUFRE TAMBIÉN UNA DEPRESIÓN EN ESTA ÉPOCA, DEBIDO ASIMISMO, A LOS INFLUJOS HORMONALES QUE PROVOCAN ENSOÑACIONES CONTINUAS, INQUIETUDES, TEMORES Y UNA GRAN INTENSIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES QUE NO ENCUENTRAN UN ESCAPE ADECUADO.

A LOS DOCE AÑOS APARECE LA ÉPOCA PUBERAL, CON UN NUEVO PERÍODO EMOCIONAL. LOS INTERESES SEXUALES SE VUELVEN PREDOMINANTES Y EXISTE UNA GRAN INFLUENCIA DE LAS AMISTADES. APARECEN LAS INQUIETUDES, DUDAS, MISTERIOS Y ANHELOS.

EL LENGUAJE DE ESTE PERÍODO, ES TÍPICAMENTE PALABRA, DESEO, EMOCIÓN, ES DECIR, NUEVOS INTERESES APARECIDOS COMO CONSECUENCIA DE SU DESARROLLO PUBERAL. TODO EN SU VIDA ES ANHELO Y EMOCIÓN Y ASÍ LO EXPRESA. APARECEN LOS PRIMEROS VERSOS ROMANTICONES Y RIDÍCULOS, PERO EXTRAORDINARIAMENTE EXPRESIVOS.

3.5 EL ADOLESCENTE

ADOLESCENCIA SE DEFINE COMO EL PERÍODO DE TRANSICIÓN ENTRE LA INFANCIA Y LA EDAD ADULTA EN LA CUAL SE DESARROLLAN Y EVOLUCIONAN LAS CONDUCTAS DE LOS ANTERIORES ESTADÍOS, PREPARANDO AL INDIVIDUO DE UNA MANERA MÁS EFICIENTE PARA LA ADAPTACIÓN DE ÉSTE A SU MEDIO, LOGRANDO HACER ESTO A TRAVÉS DE UNA EQUILIBRACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS ANTERIORES, PRESENTES Y FUTUROS.

ESTA ETAPA TIENE CARACTERÍSTICAS MÁS SERIAS, TANTO PORQUE ES MÁS PROLONGADA Y PORQUE EL NIÑO MUESTRA INDIFERENCIA HACIA LOS PROBLEMAS DE LA VIDA, QUE HASTA ENTONCES HAN SIDO TOTALMENTE SATISFECHOS POR LOS FAMILIARES, AL INTERÉS POR BUSCAR RESOLUCIONES Y AL TEMOR DE NO PODER ENCONTRARLAS, DE LA IRRESPONSABILIDAD AL SENTIDO PROFUNDO DE LA RESPONSABILIDAD; DEL NIÑO AUDAZ E INCONSCIENTE; AL ADULTO PRECAVIDO Y CUIDADOSO; DE LA ALEGRÍA INNATA Y CRÓNICA A LA ANGUSTIA DEL "QUÉ PASARÁ?".

CAMBIOS FÍSICOS DURANTE LA ADOLESCENCIA

ENTRE LA MULTITUD DE ACONTECIMIENTOS QUE CONSTITUYEN EL DESARROLLO, SE DESTACA EL CONJUNTO DE CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y MORFOLÓGICOS, MUTUAMENTE RELACIONADOS, POR LO QUE TODOS LOS JÓVENES TIENEN QUE PASAR, QUE SE PRODUCEN DURANTE EL PRIMER PERÍODO ADOLESCENTE. ES LA FASE DE LA PUBERTAD Y EL FINAL DEL PERÍODO DE LATENCIA. EL TÉRMINO PUBERTAD, PROVIENE DEL TÉRMINO LATINO "PUBERTAS" QUE SIGNIFICA EDAD VIRIL. LA PALABRA PUBERTAD DESIGNA A LA PRIMERA PARTE DE LA ADOLESCENCIA DURANTE LA CUAL MADURA EL APARATO REPRODUCTOR. POR LO COMÚN, LA PUBERTAD O COMIENZO DE LA MADUREZ SEXUAL, SE FECHA A PARTIR DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN EN LAS NIÑAS (MENARQUÍA) Y DE LA APARICIÓN DEL VELLO PÚBICO PIGMENTADO EN LOS NIÑOS.

LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y CORPORALES QUE SE PRODUCEN EN ESTOS AÑOS, SE DEBEN EN PARTE, AL AUMENTO DE LA PRODUCCIÓN DE HORMONAS GONADOTRÓPICAS, DE LA GLÁNDULA PITUITARIA ANTERIOR. ESTA GLÁNDULA SITUADA EN EL ENCÉFALO, GOBIERNA

Y CONTROLA EL EQUILIBRIO HORMONAL DEL CUERPO. LA HORMONA GONADOTRÓPICA, ESTIMULA LA ACTIVIDAD DE LAS GÓNADAS O GLÁNDULAS SEXUALES, POR LO CUAL AUMENTA LA PRODUCCIÓN DE HORMONAS SEXUALES Y EL DESARROLLO DE ESPERMATOZOIDES Y DE ÓVULOS MADUROS. ESTAS HORMONAS SEXUALES (LA TESTOSTERONA EN LOS VARONES Y EL ESTRÓGENO EN LAS HEMBRAS) EN COMBINACIÓN CON OTRAS HORMONAS DEL CUERPO ESTIMULAN EL CRECIMIENTO DE LOS HUESOS Y DE LOS MÚSCULOS, ACELERANDO EL CRECIMIENTO GENERAL.

ADEMÁS DE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y CORPORALES ANTES MENCIONADOS, EL ADOLESCENTE ENCUENTRA POR PRIMERA VEZ EN SU VIDA A SU PROPIO YO. CON EL FUERTE IMPULSO DE LA PUBERTAD, LOS PROBLEMAS AFECTIVOS DE LA ELECCIÓN OBJETAL DEFINITIVA (LA FIJACIÓN EN EL INDIVIDUO DEL SEXO OPUESTO) VUELVEN AL PRIMER PLANO DE LA ACTUALIDAD DEL ADOLESCENTE, ABANDONA CON LA PUBERTAD SU SOLEDAD AFECTIVA PARA BUSCAR EL AMOR DEL OTRO. PERO ESTE AMOR POR EL OBJETO, ESTÁ COMO ENVUELTO EN EL RECUERDO Y LA REPETICIÓN DEL NARCISISMO QUE LIGA EL DESEO Y LA VOLUPTUOSIDAD SEXUAL AL PROPIO CUERPO (MASTURBACIÓN). LAS VACILACIONES O REGRESIONES DE LA ELECCIÓN OBJETAL (HOMOSEXUALIDAD, ANGUSTIA SEXUAL, REVIVISENCIA DE LA SITUACIÓN EDÍPICA, ETC.) CONSTITUYEN EL MEDIO SOCIAL, FAMILIAR Y ESCOLAR, SE MANIFIESTA COMO LA EXPRESIÓN DE ESTE TRASTORNO INTERIOR. ES LA ÉPOCA DE LAS SUBLIMACIONES EXALTADAS, DE LOS CONFLICTOS FAMILIARES, DE LOS CAPRICHOS Y DE LOS ARREBATOS. ESTA "CRISIS" ECLIPSA LA FORMACIÓN Y LOS PROGRESOS DE LA INTELIGENCIA (CRISIS DE ESCOLARIDAD Y DISCIPLINA).

La crisis de la originalidad juvenil, está dada de los catorce a los diecisiete años. Es la edad de las primeras "aventuras amorosas" y de la formación definitiva del carácter, en tanto éste comporta una orientación fija de la elección objetal, de la concepción del mundo, de la representación intelectual, de las relaciones con el mundo objetivo y del ideal de sí mismo. Es precisamente la afirmación del sujeto y de su mundo lo que da al adolescente esta orgullosa embriaguez que inspira sus proyectos, su vocación y su plan de existencia. En adelante el Yo está formado por la integración en su sistema de valores propios, de las experiencias infantiles pasadas y superadas.

Una vez la vida psíquica ha alcanzado la edad adulta, ya no es posible exponer su desarrollo típico; a partir de entonces el individuo crea por sí mismo su historia en la medida en que ha abandonado su infancia y cesado de obedecer a la tipicidad de las leyes específicas del desarrollo, asume su destino personal.

CAPITULO IV

IMPORTANCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA

CAPITULO IV

IMPORTANCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA

EN TODO INDIVIDUO PREDOMINAN NECESARIAMENTE LOS FACTORES HEREDADOS EN LA FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO, PERO MUY PRONTO COMIENZA LA ACTIVIDAD DEL AMBIENTE, ACTIVANDO SOBRE ÉL EN FORMA BENÉFICA O PERJUDICIAL. SI LA PREPARACIÓN DE LOS PADRES HACE QUE ESA ACTUACIÓN SEA ARMÓNICA Y DE CONJUNTO, LOS RESULTADOS SERÁN SATISFACTORIOS; LOS ELEMENTOS HEREDADOS CONSERVARÁN SU SITIO PARA SER UTILIZADOS EN LA MEJOR FORMA Y CUANDO SEA MÁS CONVENEINTE. PERO SI EL AMBIENTE ACTÚA UNILATERALMENTE, EN FORMA EGOISTA, QUERIENDO INTERPRETAR EL CARIÑO EXAGERADAMENTE, PROVEYENDO AL NIÑO DE CUIDADOS Y MIMOS EXCESIVOS, SIN CREARLE HÁBITOS ÚTILES Y BUENOS, MUY PRONTO LAS TENDENCIAS NEGATIVAS SE INCREMENTAN Y SE MULTIPLICAN, CREANDO UN DESEQUILIBRIO GRAVE Y UNA PRESIÓN INTERIOR QUE FÁCILMENTE, NO SE SABE CUANDO, HACEN EXPLOTAR LA RESPONSABILIDAD EN CRISIS HISTERIFORMES Y RABIETAS, EN DEFECTOS DE LENGUAJE O VICIOS DE ALIMENTACIÓN, EN NEGATIVISMOS, REBELDÍAS O CRUELDADES, QUE POSTERIORMENTE EN EL ADULTO SON LA BASE DE LAS INADAPTACIONES TALES COMO INCONFORMIDADES, INQUIETUDES, ANGUSTIAS, NEUROSIS, ETC.

EL AMBIENTE PSICOLÓGICO POR EXCELENCIA ES EL AMBIENTE FAMILIAR POR SER EL PRIMERO, POR SER PERMANENTE Y NECESARIO PARA EL NIÑO. ESTE AMBIENTE FAMILIAR TIENE UNA DOBLE ACTUACIÓN SOBRE EL PSIQUISMO INFANTIL, LA QUE EJERCE COMO MODELO QUE EL INCONSCIENTEMENTE COPIADO POR EL PSIQUISMO DE LOS NIÑOS Y LA PARTE ACTIVA QUE EJERCEN LOS PADRES COMO MODELADORES DEL PSIQUISMO DE SUS HIJOS.

EL AMBIENTE LO FORMAN, ADEMÁS, OTROS ELEMENTOS Y PERSONAS QUE SI BIEN NO TIENEN LA MISMA INFLUENCIA QUE LOS PADRES, DEFINEN TAMBIÉN MUCHOS ASPECTOS DEL CARÁCTER DEL NIÑO; ASÍ QUE PRIMERO HA DE PREPARARSE SU PERSONALIDAD CONVENIENTEMENTE Y UNA VEZ FIRMEMENTE DEFINIDA, TRATAR DE QUE SE ADAPTE A LO QUE LE RODEA, CUALIDAD SUPERIOR DEL SER HUMANO.

La escuela y los maestros

LA ESCUELA TIENE DOS FINALIDADES FUNDAMENTALES: PROVOCAR UNA ESPECIE DE "EJERCICIO" MENTAL PARA PERMITIR Y FOMENTAR EL DESENVOLVIMIENTO DEL INTELECTO, Y PROVEER AL INDIVIDUO DE DETERMINADOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS QUE LE SERVIRÁN PARA ELEVAR SOBRE ELLOS SU CULTURA. SIMULTÁNEAMENTE SE MOLDEA LA PERSONALIDAD, SE INCREMENTAN LAS RELACIONES SOCIALES, SE MULTIPLICAN LOS INTERESES, Y SE LE ORIENTA A LA PROFESIÓN QUE HABRÁ DE ADOPTAR AL DÁRSELE UNA MÁS AMPLIA VISIÓN DE LA VIDA EN LOS ASPECTOS POSIBLES.

CUANDO SE INICIA LA ETAPA ESCOLAR, LOS PADRES SIENTEN QUE SU RESPONSABILIDAD EN CIERTA FORMA, TERMINA DESCANSANDO EN LA TRANQUILIDAD DE QUE EL MAESTRO SABRÁ COMO ARREGLÁRSELAS CON EL HIJO, SIENDO SITUACIÓN EQUIVOCADA YA QUE EL CAMBIO DEL AMBIENTE DEL HOGAR A LA ESCUELA, DESORIENTA TRANSITORIA O PROLONGADAMENTE AL NIÑO, YA QUE LOS SISTEMAS DE LA ESCUELA Y LA FAMILIA, NO SE COORDINAN SINO QUE CON FRECUENCIA SE OPONEN, LO QUE ANULA O DESVÍA LOS ESFUERZOS DE AMBAS PARTES, ES DECIR, QUE EXISTE UNA COMPLETA COORDINACIÓN, YA QUE LOS MAESTROS Y LOS PADRES NO PUEDEN TENER LAS RELACIONES TAN ÍNTIMAS Y CONSTANTES COMO FUERA DE DESEARSE, COMUNICÁNDOSE SOLO A TRAVÉS

DE REPORTES Y MENSAJES, REUNIÉNDOSE SOLO CUANDO LA GRAVEDAD DE UNA SITUACIÓN LOS OBLIGA.

OTRO ASPECTO DE ENORME IMPORTANCIA, ES EL DE LOS CASTIGOS A LOS QUE SE SOMETE A LOS NIÑOS EN LAS ESCUELAS, YA QUE ES UN FACTOR IMPORTANTE EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO. LOS MAESTROS QUE APLICAN CASTIGOS CORPORALES, CARECEN DE ABSOLUTO SENTIDO HUMANITARIO. POR LO QUE LOS PADRES DEBERÍAN SELECCIONAR CUIDADOSAMENTE LA ESCUELA PARA SUS HIJOS, TRATAR DE COORDINARSE CON EL MAESTRO PARA QUE EL ESCOLAR TENGA UN MEJOR APROVECHAMIENTO EN SUS ACTIVIDADES Y DESARROLLO CONDUCTUAL.

LOS AMIGOS

LA SELECCIÓN DE LOS AMIGOS EN EDADES TEMPRANAS, RESULTA MUY FÁCIL, PERO CUANDO EL NIÑO COMIENZA A REALIZAR SUS JUEGOS FUERA DEL HOGAR, ES ALGO MUY DIFÍCIL. Y LA SELECCIÓN DE LAS AMISTADES ES TAN IMPORTANTE QUE PUEDE INFLUIR TAMBIÉN EN GRAN PARTE EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA DEL CHICO. ADEMÁS EL NIÑO REBELDE POR INSTINTO, SE NIEGA GENERALMENTE A ADMITIR LA IMPOSICIÓN DE DETERMINADOS AMIGOS, CREÁNDOSE UN AMBIENTE DE DISGUSTO Y ACARREANDO CONSECUENCIAS INCONVENIENTES EDUCATIVAS. EN ESTE CASO DEBE MANEJÁRSELE CON EXTREMO CUIDADO, SUBSTITUYÉNDOLOS POR OTROS QUE LE PROVEAN DE IGUALES O SUPERIORES INTERESES PARA QUE NO PERCIBA EL CAMBIO NI SE DESPIERTE SU REBELDIA.

La institutriz

Las nanas y las sirvientas de un hogar, es uno de los más graves peligros para el niño. Considérese la diferencia cultural, moral, etc. Esto permite que reciba la educación que ella posee, influencia que generalmente es nociva; no se detiene el problema en la aparente simplicidad del aprendizaje de un lenguaje soez o la imitación de actitudes inferiores. Y no solo desde el punto de vista educativo, sino que la frecuente existencia de degeneraciones sexuales y amoralidades entre esta clase de personas, y muchas veces por la provocación en el despertar sexual de los niños por pequeños que sean.

Cabe aclarar que este tipo de personas son empleadas por familias, formadas por un grupo minoritario.

El juego y los juguetes

El juego constituye la ocupación esencial del niño pequeño. La diferencia entre los juegos de las distintas edades, estriba fundamentalmente en el incremento de la habilidad manual, en la complejidad ascendente de los procesos mentales, en la multiplicación de los intereses, en la intensificación de las relaciones sociales y en las diversas etapas fisiológicas determinadas por factores hormonales, crecimiento, etc.

TIPOS GENERALES DE JUEGO QUE INTERESAN A LOS NIÑOS Y QUE CORRESPONDEN A SU EDAD EVOLUTIVA:

A) PERÍODO ANIMAL:
0 A 7 AÑOS - JUEGOS DE MOVIMIENTO, DE IMITACIÓN, COLUMPIARSE, TREPAR, ETC.

B) PERÍODO SALVAJE:
7 A 9 AÑOS - JUEGOS DE CAZA, ESCONDITE, TIRAR AL BLANCO, DAR PALOS (BASE-BALL)

C) PERÍODO NÓMADA:
9 A 12 AÑOS - JUEGOS DE RIVALIDAD, DE DESTREZA, COLECCIONES, PRIMEROS JUEGOS DE IMAGINACIÓN

D) PERÍODO PASTORAL: MUÑECAS, JARDINERÍA, CONSTRUCCIONES.

E) PERÍODO TRIBAL:
12 A 17 AÑOS - JUEGOS POR EQUIPOS.

CAPITULO V

LA FAMILIA Y EL MEDICO COMO RESPONSABLES EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA

CAPITULO V

LA FAMILIA Y EL MEDICO COMO RESPONSABLES EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA

La familia

Se ha mencionado en primer término a los padres como responsables directos de la orientación de la personalidad del niño hacia la máxima posibilidad de utilidad personal y social, pero existe un grupo de gentes que conviven también con él y que influyen asimismo en su formación. Su papel en cierta forma es secundario, porque dependerá de cómo y cuánto se les permita actuar para que su influencia tenga o no efectividad positiva o negativa. Es decir, que es a los padres principalmente a quienes corresponde la vigilancia de estas relaciones. En el caso de los hermanos, abuelos, tíos y otros parientes que conviven con él, tanto unos como otros pueden ser magníficos colaboradores en el hogar pero también constituir verdaderos obstáculos para la educación del pequeño.

La costumbre de permitir que los niños abandonen por largas temporadas su hogar y vivan al lado de otros familiares, es también delicado y las consecuencias pueden ser mayores.

Una vez nacidos todos los hermanos, podía pensarse que los cambios evolutivos naturales o accidentales de los padres, influirían en forma similar sobre todos ellos, por lo que igualándose las disciplinas deberían también reaccionar en forma similar. Pero debe considerarse que cada uno ha recibido diversos influjos por la diferencia inicial de edades; y como

CADA UNO SERÁ DE EDAD DISTINTA Y CONSECUENTEMENTE ESTARÁ EN DIFERENTE ETAPA PSICOLÓGICA QUE LOS DEMÁS, RECIBIRÁ EN DISTINTA FORMA LOS IMPACTOS DEL AMBIENTE.

El médico

El desarrollo de la personalidad de niño recae también sobre el médico que los atiende accidental o rutinariamente. Es éste el que en los graves momentos de una enfermedad tiene toda la influencia psicológica para orientar a los familiares hacia un mejor camino educativo, es el que al instituir regímenes alimenticios, puede agregar a las reglas comunes y simples los consejos más indispensables para mantener o alcanzar si se ha perdido, la salud mental del niño.

La elección del médico para el niño es muy importante, aunque algunas veces no hay ocasión de elegirlo, sobre todo si se vive en el campo o una comunidad pequeña. El médico del niño debe ser una persona con la que se pueda hablar a gusto, con la que se pueda llevar a cabo un intercambio serio y razonable.

Se sabe que durante todos los padecimientos físicos hay siempre trastornos psíquicos (y viceversa). Corresponde, pues, al médico, y sobre todo al pediatra parte de la responsabilidad en la formación correcta de la personalidad del niño, comenzando la labor desde su nacimiento. Es evidente que deben vigilarse sus reacciones durante un padecimiento, suavizarse y tratar de corregirse; pero además, debe dársele a la familia una

DECIDIDA ORIENTACIÓN SOBRE LA EVOLUCIÓN NORMAL DE SUS HIJOS PARA QUE PUEDA INTERPRETAR SUS REACCIONES RETARDADAS, NORMALES O PRECOCES Y AYUDAR A TODO AQUELLO QUE SEA DESFAVORABLE. PARA ESTO ES NECESARIO, ADEMÁS DE LOS CONSEJOS A LA FAMILIA, EXPLORAR Y CATALOGAR AL NIÑO PARA QUE LOS CONSEJOS Y SUGESTIONES SEAN MÁS EFECTIVOS, NO SÓLO PARA LA ATENCIÓN DE UNA ENFERMEDAD FÍSICA, SINO PARA LA CORRECCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA QUE PUEDAN EXISTIR.

CAPITULO VI

IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL

CAPITULO VI

IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL

SE DEBE CONSIDERAR A LA ODONTOLOGÍA INFANTIL COMO EL SERVICIO MÁS ESPECIALIZADO, YA QUE REQUIERE ALGO MÁS QUE CONOCIMIENTOS DENTALES COMUNES, PUESTO QUE SE ESTÁ TRATANDO ORGANISMOS EN PERÍODOS DE FORMACIÓN, YA QUE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO ESTÁN EN CONSTANTE CAMBIO.

LA ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS TRATA GENERALMENTE DE LA PREVENSIÓN, QUE ES SIEMPRE LA META FINAL DE LA CIENCIA MÉDICA EN SU TOTALIDAD. SIN EMBARGO, AUNQUE LA ODONTOLOGÍA INFANTIL ES EL SERVICIO MÁS NECESITADO, TAMBIÉN ES EL MÁS OLVIDADO ENTRE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL CIRUJANO DENTISTA, YA SEA POR IGNORANCIA O POR INDIFERENCIA HACIA LOS CONCEPTOS Y METAS FINALES DE LA ODONTOLOGÍA.

CUANDO UN DENTISTA ASUME LA RESPONSABILIDAD DE TRABAJAR CON NIÑOS, DEBE PREVER QUE LA TAREA NO RESULTARÁ FÁCIL, YA QUE SE REQUIERE DE LA ADQUISICIÓN Y UTILIZACIÓN DE AMPLIOS CONOCIMIENTOS ODONTOLÓGICOS, QUE SON REQUERIDOS PARA DOMINAR ESTA ÁREA ODONTOLÓGICA; DÁNDOSE CUENTA QUE TRABAJAR CON NIÑOS ES UNA DE LAS EXPERIENCIAS MÁS SATISFACTORIAS QUE PUEDAN EXPERIMENTARSE EN TODAS LAS PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS.

LA IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGÍA INFANTIL ESTRIBA EN QUE EL VALOR DE ESTE SERVICIO NUNCA SERÁ SUFICIENTEMENTE PONDERADO YA QUE UN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO POCO ADECUADO O INSATISFACTORIO, PUEDE DAÑAR PERMANENTEMENTE EL APARATO MASTICATORIO, DEJANDO A LA PERSONA CON MUCHOS DE LOS PROBLEMAS DENTALES HOY EN DÍA TAN COMUNES EN LA POBLACIÓN ADULTA.

6.1 RESPONSABILIDADES DEL CIRUJANO DENTISTA

EL DENTISTA QUE TRABAJA CON NIÑOS TIENE SIEMPRE TRES RESPONSABILIDADES:

A) PARA CONSIGO MISMO. EL DENTISTA DEBERÁ TENER LA SUFICIENTE HUMILDAD PARA DARSE CUENTA QUE EL AUMENTO DE SU CAPACIDAD TRAE CONSIGO AUMENTO DE SU RESPONSABILIDAD. SU EGO DEBE HACER QUE SE ENORGULLEZCA DE LA PROFESIÓN QUE ESCOGIÓ, UNA PROFESIÓN QUE HA AYUDADO A ELEVAR LOS NIVELES DE SALUD, CONTRIBUYENDO A ALIVIAR DOLORES Y SUFRIMIENTOS.

B) PARA SU PACIENTE. ESTA RESPONSABILIDAD REQUIERE QUE USE BUEN JUICIO AL PLANEAR Y LLEVAR A CABO DETERMINADO TRATAMIENTO, USANDO EL MÁXIMO DE SU CAPACIDAD; DEMOSTRANDO SU HABILIDAD EN EL MANEJO DE LOS NIÑOS. ADEMÁS DE ESTO, DEBEN TRANSMITIR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA LOS CUIDADOS DENTALES ADECUADOS.

C) RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA HACIA SU COMUNIDAD INFANTIL. EL CIRUJANO DENTISTA, COMO LOS TRABAJADORES PARA LA SALUD PÚBLICA, PEDIATRAS Y MÉDICOS EN GENERAL, SON MIEMBROS DE LA PROFESIÓN SANITARIA Y COMO TALES DEBEN ASUMIR SU LUGAR, EN MEJORA DE LA SALUD GENERAL DE LA COMUNIDAD. EL ODONTOPEDIATRA DEBE SER INSTIGADOR Y TRABAJADOR CLAVE EN LOS PROGRAMAS DE LA COMUNIDAD QUE TRATEN DE LA SALUD DENTAL DE LOS NIÑOS,

YA QUE NADIE CONOCE MEJOR QUE ÉL, LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD A ESTE RESPECTO. ESTO ES PARTICULARMENTE IMPORTANTE EN PEQUEÑAS CIUDADES Y PUEBLOS DONDE EL NÚMERO DE EDUCADORES DE SALUD PÚBLICA ES LIMITADO.

EL ODONTOPEDIATRA PUEDE AYUDAR ACTIVANDO A LA COMUNIDAD PARA QUE PIENSE EN ESTE SENTIDO, MOSTRANDO INTERÉS Y DESEO, CREANDO MÉTODOS DE EDUCACIÓN A TRAVÉS DE PROGRAMAS PÚBLICOS DE SALUD DENTAL. ESTOS DEPENDEN EN GRAN PARTE DE LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD Y DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ESTE TIPO DE PROGRAMAS. EL PROGRAMA MÁS ACERTADO ES EL QUE TIENE CONTINUIDAD, YA SEA PREVENTIVO O CORRECTIVO, ES DECIR, PARA QUE LOS PROGRAMAS DENTALES DE LA COMUNIDAD SEAN COMPLETOS, DEBERÁN COMPRENDER DOS TIPOS DE SERVICIO: PREVENCIÓN Y CORRECCIÓN.

PROGRAMAS PREVENTIVOS

SE DEBEN DESARROLLAR PROGRAMAS EDUCACIONALES SOBRE MÉTODOS Y TÉCNICAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES Y MAL OCLUSIÓN, APLICÁNDOSE CON GRUPOS NUMEROSOS, SI ES PRECISO CON DEMOSTRACIONES QUE TENGAN PARTICIPACIÓN DEL NIÑO. SE DEBEN CREAR CAMPAÑAS EN PRO-FLUORIZACIÓN DE AGUA, ASÍ COMO PLÁTICAS DE LA IMPORTANCIA QUE DESEMPEÑAN LOS CARBOHIDRATOS EN LA PRODUCCIÓN DE CARIES DENTAL Y LOS LÍMITES DE SU CONSUMO.

EN CUALQUIER PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEBE TOMARSE EN CUENTA LA MAL OCLUSIÓN. LA GENTE TIENE QUE SER EDUCADA SOBRE EL EFECTO PERJUDICIAL QUE TIENE EN LA OCLUSIÓN LA PÉRDIDA TEMPRANA DE LOS DIENTES INFANTILES, Y QUÉ MEDIDAS SE PUEDEN TOMAR PARA REMEDIARLO.

PROGRAMAS CORRECTIVOS

ESTOS PROGRAMAS GENERALMENTE IMPLICAN TRATAMIENTO DE CARIES DENTALES, PERO DESGRACIADAMENTE POR IGNORANCIA O FALTA DE RECURSOS, SOLO UN GRUPO DE PERSONAS PUEDEN SER TRATADAS. POR ESO ES QUE CADA VEZ SE LE DEBE DAR MAYOR IMPORTANCIA AL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LAS PERSONAS POCO PRIVILEGIADAS Y DE ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS, ESTABLECIÉNDOSE ESTOS PROGRAMAS EN EDIFICIOS DE SALUD PÚBLICA, ESCUELAS, HOSPITALES, IGLESIAS, DISPENSARIOS, ETC.

EL CIRUJANO DENTISTA PUEDE AYUDAR ACTIVANDO A LA COMUNIDAD PARA QUE PIENSE EN ESTE SENTIDO, CUALQUIERA QUE SEA EL TIPO DE PROGRAMA, DEJANDO QUE SU EXPERIENCIA Y CAPACIDAD SEAN UTILIZADAS EN LA MEDIDA QUE DICTE SU ALTRUISMO.

CAPITULO VII

EL CONSULTORIO DENTAL EN ODONTOPEDIATRIA

CAPITULO VII
EL CONSULTORIO DENTAL EN ODONTOPEDIATRIA

Los servicios odontológicos pueden constituirse una experiencia agradecida tanto para el paciente como para el Cirujano Dentista. Las experiencias desagradables obedecen a menudo a la preparación inadecuada de paciente para el tratamiento y el fracaso en conseguir una comunicación sin reservas entre el paciente y el odontólogo.

Por lo tanto, es indispensable que la introducción del paciente en el ambiente del consultorio sea una experiencia placentera. Por esa razón el odontólogo debe adoptar una actitud tranquilizadora, comprensiva, cordial, cortés y serena; sobre todo si se trata con niños, ya que es muy probable que el niño entre al consultorio con miedo. Por esa razón es importante que el dentista y todas las personas que trabajan en el consultorio le infunden confianza. Esto habrá de verificarse con los ayudantes y recepcionistas, asegurándose de tener los suficientes conocimientos psicológicos para el manejo de los niños sin producir traumas. El dentista deberá asegurarse de que el personal empleado sepa tratar y manejar a los niños.

Si el dentista tiene confianza en sí mismo, es seguro que algo de este sentimiento se transmita a su paciente, haciendo que el niño se de cuenta que no es el único que pasa por esa experiencia.

7.1 AMBIENTE Y DECORACION

Si la práctica no está limitada a los niños, una manera eficaz de inspirar esta sensación de confianza, es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos al medio familiar, haciéndola cómoda, agradable y cálida.

DANDO LA SENSACIÓN QUE EL LUGAR NO ES DESCONOCIDO Y QUE AHÍ FRECUENTAN LOS NIÑOS. AL HACER ESTO SUPERARÁ GRAN PARTE DE LAS SOSPECHAS QUE SIENTE CADA NIÑO. EL MANEJO CORRECTO SE BASA EN CONOCIMIENTOS, SENTIDO COMÚN Y EXPERIENCIA.

LA SALA DE ESPERA PUEDE HACERSE MUCHO MÁS ATRACTIVA PARA LOS NIÑOS SI SE TIENEN CUADROS O DIBUJOS EN LAS PAREDES, CON IMPRESIONES ADECUADAS PARA SU EDAD, ADEMÁS QUE ESTÉN CON LA ÉPOCA QUE SE ESTÁ PASANDO. UNA GRABADORA O UN TOCADISCOS QUE TENGAN MÚSICA ADECUADA AL GUSTO INFANTIL, DARÁ CONSUELO A LOS NIÑOS ASUSTADOS, Y LOS MANTENDRÁ ENTRETENIDOS. TAMBIÉN SE PUEDE CONSERVAR EN LA SALA ALGUNOS JUGUETES Y MUÑECAS SENCILLOS Y RESISTENTES PARA LOS NIÑOS MÁS PEQUEÑOS.

SI EN LA SALA SE TIENEN POSTERS Y LÁMPARAS CON DIBUJOS DE PERSONAJES DE CUENTOS, AYUDARÁN EN TODOS LOS SENTIDOS. LOS DIBUJOS DE NIÑOS JUGANDO Y RIÉNDOSE, SON SIEMPRE BUENOS. ALGUNOS ODONTOPEDIATRAS TIENEN EN EL CONSULTORIO VIDEOCASETERAS, EN LAS CUALES LOS NIÑOS SE ENTRETIENEN VIENDO PELÍCULAS QUE SON DE SU ATENCIÓN, O BIEN, CON UN CARRUSEL DE TRANSPARENCIAS SE LES PASAN DIAPOSITIVAS DE CARICATURAS, DE PREFERENCIA SOBRE EDUCACIÓN BUCO-DENTAL.

EN ALGUNOS CASOS EXISTEN DENTISTAS QUE TIENEN EN SU CONSULTORIO UN LUGAR APARTADO EN EL CUAL SE ACONDICIONA UN PEQUEÑO JARDÍN CON JUEGOS COMO COLUMPIOS, Y RESBALADILLAS QUE NO SEAN METÁLICOS, PARA EVITAR QUE SE GOLPEEN.

EL DENTISTA DEBE ACOSTUMBRAR QUE EN LA PRIMERA CITA, EL NIÑO SE AMBIENTE AL CONSULTORIO Y LO CONOZCA, SALUDÁNDOLO CON CORDIALIDAD Y LLEVÁNDOLE A RECORRER EL CONSULTORIO EXPLICANDO Y HACIENDO DEMOSTRACIONES CON EL EQUIPO. ALGÚN PEQUEÑO REGALO AL FINAL DEL RECORRIDO HARÁ QUE EL NIÑO SIENTA QUE ACABA DE HACER UN AMIGO.

PERSONALIDAD DEL CIRUJANO DENTISTA

CUANDO SE TRATA POR PRIMERA VEZ A UN PACIENTE INFANTIL, LA CONVERSACIÓN DEL ODONTÓLOGO DEBERÁ SER, EN POSICIÓN Y CONVERSACIÓN, AL MISMO NIVEL QUE EL PACIENTE EN PALABRAS E IDEAS. NO TIENE NINGÚN CASO USAR PALABRAS DIFÍCILES Y QUE EL NIÑO NO PUEDA COMPRENDER. HABLAR DEMASIADO LE PRODUCE DESCONFIANZA Y APRENSIÓN TAMBIÉN DEBE EVITARSE HABLARLES COMO SI FUERAN MÁS PEQUEÑOS DE LO QUE EN REALIDAD SON.

SI EL NIÑO NO HA TENIDO EXPERIENCIAS DENTALES, EL TRATO CON EL NIÑO DEBERÁ HACERSE DE MANERA NORMAL Y FAMILIAR. NUNCA LLAMARLE MUCHACHITO U OTRO NOMBRE POCO FAMILIAR; SIEMPRE LLAMARLO POR SU NOMBRE Y COMO SI FUERAN LIGERAMENTE MAYORES. SI EL DENTISTA RECIBE AL NIÑO EN LA SALA DE ESPERA EN SU PRIMERA VISITA, ESTO SERÁ DE GRAN AYUDA, SIN DEMOSTRAR NUNCA EXCESO DE ENTUSIASMO NI SER DEMASIADO INSISTENTE.

AL SALUDARLO, NO HAY QUE DARLE LA MANO A LA FUERZA NI HABLAR CON VOZ ELEVADA, TRATÁNDOLO CON CONFIANZA EN LA VOZ Y LOS ACTOS DE MANERA NATURAL Y CÁLIDA.

Es muy frecuente que los niños de corta edad, se nieguen a entrar al consultorio aferrándose al brazo de la madre. Si el dentista no lo puede convencer con palabras, deberá acercársele de manera amistosa y rodearlo con los brazos como si fuera a abrazarlo. Hay que recordar que los niños temen a las caras desconocidas, especialmente si parecen surgir de repente. Las actitudes así como las voces amistosas y naturales dan mucha seguridad. De esta manera se tiene control del niño y se le puede recoger y llevar a la sala, ya que para él, estas actitudes no sugieren nada desagradable en el futuro.

7.2 Comportamiento de los padres en el consultorio dental

Los padres deberán tener confianza total en el Cirujano Dentista y confiar su hijo a su cuidado. Se puede hacer que los padres comprendan que una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deberán hacer ningún gesto como para seguirlo o para llevar al niño, a menos que el odontólogo les invite a hacerlo. Si se invita al padre de un niño para que pase a la sala, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie o sentarse alejado de la unidad. Deberá permanecer callado, sin hablar al operador o al niño, a menos que el dentista se lo pida; no deberá tomarle de la mano ni mirarle con simpatía y expresión asustada.

ALGUNOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR SE PORTAN MEJOR EN AUSENCIA DE SUS PADRES, ESPECIALMENTE SI EL TRATO DE ÉSTOS HA SIDO DEFECTUOSO. SIN EMBARGO, HAY CASOS QUE LA SOLA PRESENCIA DE LOS PADRES INFUNDE CONFIANZA EN EL NIÑO, ESPECIALMENTE SI TIENE MENOS DE CUATRO AÑOS DE EDAD.

ES MUY RARO ENCONTRARSE CON UNOS PADRES QUE LLEVEN A SU HIJO AL CONSULTORIO SIN APRENSIONES NI DESCONFIANZA. EL ODONTÓLOGO PUEDE HACER MUCHO EN LA EDUCACIÓN DE LOS PADRES, PARA QUE ÉSTOS SE ASEGUREN DE QUE SU HIJO NO LLEGUE AL CONSULTORIO CON DUDAS Y MIEDO, SOBRE TODO, SI SE INFORMA A LOS PADRES DE CIERTAS REGLAS A SEGUIR ANTES DE TRAER AL NIÑO AL DENTISTA POR PRIMERA VEZ, EMPEZANDO, DE PREFERENCIA, ANTES DE QUE EL NIÑO TENGA LA EDAD SUFICIENTE PARA SER IMPRESIONADO EN FORMA ADVERSA, POR INFLUENCIAS EXTERNAS.

PARA LOS PADRES SERÁ DE GRAN CONSUELO SABER QUE NO SERÁN NECESARIAS MEDIDAS EXTREMAS DE DISCIPLINA Y QUE EL NIÑO PARTICIPARÁ GUSTOSO EN LA NUEVA EXPERIENCIA. DE ESTA MANERA EXISTIRÁ UNA RELACIÓN MÁS SATISFACTORIA ENTRE EL DENTISTA Y LA FAMILIA. LOS PADRES SE TORNARÁN MÁS ENTUSIASTAS SOBRE EL BIENESTAR DENTAL DEL NIÑO Y TENDERÁ CADA VEZ MENOS A ESPERAR HASTA QUE EXISTA DOLOR PARA TRAERLO AL CONSULTORIO DENTAL.

CONSEJOS A LOS PADRES

A) PEDIR A LOS PADRES QUE NO EXPRESEN SUS MIEDOS PERSONALES FRENTE AL NIÑO, NO MENCIONANDO SUS EXPERIENCIAS

ODONTOLÓGICAS DESAGRADABLES, EXPESÁNDOLAS DE MANERA AGRADABLE Y SIN DARLE MUCHA IMPORTANCIA. SE DEBEN OCULTAR SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD, ESPECIALMENTE EN EXPRESIONES FACIALES, CUANDO LLEVAN A SU HIJO AL DENTISTA.

B) INSTRUIR A LOS PADRES PARA QUE NUNCA UTILICEN AL DENTISTA COMO AMENAZA DE CASTIGO. EN LA MENTE DEL NIÑO SE ASOCIA CASTIGO CON DOLOR Y COSAS DESAGRADABLES.

C) PEDIR A LOS PADRES QUE FAMILIARICEN A SU HIJO CON LA ODONTOLOGÍA, PARA QUE SE ACOSTUMBRE AL CONSULTORIO Y EMPIECE A CONOCERLO.

D) EXISTE UNA CORRELACIÓN ENTRE LOS TEMORES DE LOS NIÑOS Y LOS DE LOS PADRES. SI LOS PADRES MUESTRAN VALOR EN ASUNTOS ODONTOLÓGICOS, ESTO AYUDARÁ A DAR VALOR A SU HIJO.

E) ACONSEJAR A LOS PADRES SOBRE EL AMBIENTE EN CASA Y LA IMPORTANCIA DE ACTITUDES MODERADAS POR SU PARTE, PARA LLEGAR A FORMAR NIÑOS BIEN CENTRADOS. UN NIÑO BIEN CENTRADO ES GENERALMENTE UN PACIENTE DENTAL BUENO.

F) 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.

G) PEDIR A LOS PADRES QUE NO SOBORNEN A SUS HIJOS PARA QUE VAYAN AL DENTISTA. ESTE MÉTODO SIGNIFICA PARA EL NIÑO QUE PUEDE TENER QUE ENFRENTARSE A ALGÚN PELIGRO.

H) PARA EVITAR RESENTIMIENTOS HACIA EL DENTISTA Y DIFICULTAR LOS ESFUERZOS DE ESTE SE DEBE INSTRUIR 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.

I) LA FAMILIA Y LOS PADRES DEBERÁN SER INFORMADOS DE LA NECESIDAD QUE EXISTE DE COMBATIR LAS IMPRESIONES PERJUDICIALES SOBRE ODONTOLOGÍA QUE PUEDEN LLEGAR DE FUERA.

J) LOS PADRES NO DEBEN PROMETER AL NIÑO LO QUE VA A HACER O NO EL ODONTÓLOGO. EL DENTISTA NO DEBE SER

COLOCADO EN UNA SITUACIÓN COMPROMETIDA DONDE SE LIMITA LO QUE SE PUEDE HACER PARA EL NIÑO. AL MENTIRLE AL NIÑO, SE LE LLEVA A LA DECEPCIÓN Y DESCONFIANZA.

K) LOS PADRES NUNCA DEBERÁN FORZAR LAS COSAS, MOSTRAR AL NIÑO EXCESO DE SIMPATÍA, MIEDO O DESCONFIANZA. SE DEBE INSTRUIR A LOS PADRES, QUE VARIOS DÍAS ANTES DE LA CITA COMUNIQUEN A LOS NIÑOS DE LA MANERA MÁS NATURAL QUE HAN SIDO INVITADOS A VISITAR AL DENTISTA.

L) LOS PADRES DEBERÁN ENCOMENDAR AL NIÑO LOS CUIDADOS DEL DENTISTA AL LLEGAR AL CONSULTORIO Y NO DEBERÁN ENTRAR A LA SALA DE TRATAMIENTO A MENOS QUE EL ODONTÓLOGO ASÍ LO ESPECIFIQUE. DE SER ASÍ, DEBERÁN ACTUAR TAN SOLO COMO ESPECTADORES INVITADOS.

CAPITULO VIII

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

CAPITULO VIII

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

8.1 RELACION CLINICO-PACIENTE

CADA INDIVIDUO DESARROLLA SU PROPIO PATRÓN DE CONDUCTA, POR LO QUE CADA PACIENTE QUE LLEGUE AL CONSULTORIO, DEBERÁ TRATÁRSELE DE MANERA PROPIA A SU INTEGRIDAD BIOPSICOSOCIAL; TENIENDO EN CUENTA QUE NUESTRO TRATO DEBERÁ LLEVAR UN ENFOQUE, SENCILLO, SENSIBLE Y COMPRENSIVO QUE AYUDARÁ AL PACIENTE A SOBRE LLEVAR O TAL VEZ A DOMINAR UNA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA: ES MUY IMPORTANTE RECORDAR QUE CUALQUIER EXPERIENCIA DESAGRADABLE O TRAUMÁTICA, SOBRE TODO SI DE NIÑOS SE TRATA, DEBEN EVITARSE, YA QUE ESTO SERÁ FAVORABLE PARA SUS FUTUROS CONTACTOS CON EL ODONTÓLOGO.

PARA EL MEJOR LOGRO DE ESTE PROPÓSITO, EL ODONTÓLOGO DEBE SOBRE TODAS LAS COSAS, POSEER UN DOMINIO ABSOLUTO DEL TERRENO EN QUE SE TRABAJA, REFIRIÉNDOSE BÁSICAMENTE A LAS FASES QUE CADA TIPO DE PACIENTE PRESENTA EN SU CONDUCTA.

UNA FORMA MUY SENSATA DE ACTUAR POR PARTE DEL CIRUJANO DENTISTA, ES LA DE CONOCER A SU PACIENTE ANTES DE REALIZARLE CUALQUIER TRATAMIENTO.

OBSERVACIÓN Y COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE

PARA PODER ENTABLAR UNA BUENA RELACIÓN CON LOS PACIENTES, SE HAN SUGERIDO ORIENTACIONES EXCELENTES. ENTRE ELLAS SE

INCLUYEN EL DIAGNÓSTICO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO PERFECTOS, UNA ACTITUD TRANQUILIZADORA PERO NO PREMATURAMENTE OPTIMISTA, LOS ESTÍMULOS SIN EXAGERACIÓN, LAS EXPLICACIONES CLARAS Y DEFINIDAS A LOS PADRES Y AL NIÑO Y LA CONDICIÓN DE ACTUAR SEGÚN LAS NECESIDADES DE ÉSTE.

LA ENTREVISTA PERSONAL CONSTITUYE UN IMPORTANTE PASO PRELIMINAR EN TODO TRATAMIENTO DENTAL. PROPORCIONA LA MEJOR OPORTUNIDAD PARA GANARSE SU CONFIANZA Y PARA COMENZAR A EVALUAR SU TEMPERAMENTO. ESTA CONSULTA HABRÁ DE PRECEDER AL ESTUDIO CLÍNICO Y SE HA DE EFECTUAR EN UN DESPACHO PRIVADO DE AMBIENTE ADECUADO A LOS NIÑOS. LA CONVERSACIÓN DIRECTA (CON LOS NIÑOS) O INDIRECTAMENTE (CON LOS PADRES), CONCERNIENTE A LA SALUD DEL PACIENTE, A SUS ANTERIORES EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y LAS RAZONES POR LAS CUALES SE SOLICITA EL TRATAMIENTO, PERMITEN ATISBAR LOS FACTORES QUE ENTRAN EN JUEGO PARA DETERMINAR LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE Y SU FAMILIA.

LOS TEMPERAMENTOS DE LOS INDIVIDUOS VARÍAN AMPLIAMENTE DE UNA PERSONA A OTRA. EL DE UNA PERSONA ES UNA VELETA QUE ORIENTA SOBRE SU CAPACIDAD DE COOPERAR Y ACEPTAR, PARA QUE EL TRATAMIENTO RESULTE EFICAZ.

8.2 CLASIFICACION DE LOS PACIENTES EN ODONTOPEDIATRIA SEGUN SU TEMPERAMENTO

DESDE EL PUNTO DE VISTA PRÁCTICO, HAY DOS GRANDES CLASIFICACIONES QUE SE PUEDEN APLICAR SEGÚN LA CONDUCTA DEL NIÑO: COOPERADORES Y NO COOPERADORES; EN EL SEGUNDO GRUPO ES DONDE SE PRESENTAN LOS PROBLEMAS EN EL MANEJO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL,

INCLUYEN EL DIAGNÓSTICO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO PERFECTOS, UNA ACTITUD TRANQUILIZADORA PERO NO PREMATURAMENTE OPTIMISTA, LOS ESTÍMULOS SIN EXAGERACIÓN, LAS EXPLICACIONES CLARAS Y DEFINIDAS A LOS PADRES Y AL NIÑO Y LA CONDICIÓN DE ACTUAR SEGÚN LAS NECESIDADES DE ÉSTE.

LA ENTREVISTA PERSONAL CONSTITUYE UN IMPORTANTE PASO PRELIMINAR EN TODO TRATAMIENTO DENTAL. PROPORCIONA LA MEJOR OPORTUNIDAD PARA GANARSE SU CONFIANZA Y PARA COMENZAR A EVALUAR SU TEMPERAMENTO. ESTA CONSULTA HABRÁ DE PRECEDER AL ESTUDIO CLÍNICO Y SE HA DE EFECTUAR EN UN DESPACHO PRIVADO DE AMBIENTE ADECUADO A LOS NIÑOS. LA CONVERSACIÓN DIRECTA (CON LOS NIÑOS) O INDIRECTAMENTE (CON LOS PADRES), CONCERNIENTE A LA SALUD DEL PACIENTE, A SUS ANTERIORES EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y LAS RAZONES POR LAS CUALES SE SOLICITA EL TRATAMIENTO, PERMITEN ATISBAR LOS FACTORES QUE ENTRAN EN JUEGO PARA DETERMINAR LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE Y SU FAMILIA.

LOS TEMPERAMENTOS DE LOS INDIVIDUOS VARÍAN AMPLIAMENTE DE UNA PERSONA A OTRA. EL DE UNA PERSONA ES UNA VELETA QUE ORIENTA SOBRE SU CAPACIDAD DE COOPERAR Y ACEPTAR, PARA QUE EL TRATAMIENTO RESULTE EFICAZ.

8.2 CLASIFICACION DE LOS PACIENTES EN ODONTOPEDIATRIA SEGUN SU TEMPERAMENTO

DESDE EL PUNTO DE VISTA PRÁCTICO, HAY DOS GRANDES CLASIFICACIONES QUE SE PUEDEN APLICAR SEGÚN LA CONDUCTA DEL NIÑO: COOPERADORES Y NO COOPERADORES; EN EL SEGUNDO GRUPO ES DONDE SE PRESENTAN LOS PROBLEMAS EN EL MANEJO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL,

Y DONDE EL ODONTÓLOGO DEBERÁ APORTAR SU MÁXIMO ESFUERZO PARA COMPRENDER LOS PROBLEMAS QUE ORIGINAN ESAS CONDUCTAS HACIA EL TRATAMIENTO. DENTRO DE ESTE SUBGRUPO TENDRÍAMOS:

A) Niños tímidos.

LA TIMIDEZ ES UNA REACCIÓN QUE SE OBSERVA OCASIONALMENTE, EN PARTICULAR EN EL CASO DEL PACIENTE DE PRIMERA VEZ Y PUEDE ESTAR OCASIONADO POR DIVERSAS CAUSAS COMO SON, LA FALTA DE OPORTUNIDAD PARA ALTERNAR CON PERSONAS FUERA DE SU AMBIENTE FAMILIAR U HOGAREÑO; POCO AFECTO O DESATENCIÓN, ASÍ COMO EXCESIVA CRÍTICA Y AUTORIDAD POR PARTE DE LOS PADRES, O BIEN, TRATARSE DE UN NIÑO DEPENDIENTE CON UNA INMADUREZ EMOCIONAL.

EL NIÑO ASUSTADO NOS SERÁ MÁS FÁCIL DE RECONOCER, EN FORMA RELATIVA O HACIA OTRO SITIO MIENTRAS SE LE HABLE. RESPONDE A POCAS PREGUNTAS Y GENERALMENTE UTILIZA MONOSÍLABOS O POCAS PALABRAS. ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE EL DENTISTA LO SITÚE LO MÁS RÁPIDO POSIBLE, YA QUE MIENTRAS EL PEQUEÑO MANTENGA "SU CORAZA", NO COOPERARÁ.

ES MUY COMÚN ENCONTRAR ESTE TIPO DE CONDUCTA EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR QUE NO HAN CONCURRIDO AL JARDÍN DE NIÑOS, LO QUE HASTA CIERTO PUNTO LES HA AISLADO. ESTA PROBLEMÁTICA ES MÁS FRECUENTE EN LAS ZONAS RURALES DONDE LOS PEQUEÑOS NO TIENEN OPORTUNIDAD DE ASISTIR A LA ESCUELA.

LIMITAN SUS EXPERIENCIAS, SUS JUEGOS Y SUS TEMAS DE CONVERSACIÓN AL AMBIENTE HOGAREÑO.

TANTO EL ODONTÓLOGO COMO EL ASISTENTE, TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE HACER QUE LAS VISITAS AL DENTISTA SEAN DE CARÁCTER AGRADABLE. PARA ELLO ES NECESARIO QUE TODOS LOS COLABORADORES DEL DENTISTA, PRINCIPALMENTE SU ASISTENTE, APRENDAN EL NOMBRE POR EL CUAL LLAMAN AL NIÑO EN SU HOGAR, ASÍ COMO TAMBIÉN ALGO DE SU PASATIEMPO FAVORITO, YA QUE TODOS LOS NIÑOS TIENEN SIEMPRE UN JUEGO O UN PROYECTO SOBRE EL CUAL GUSTAN DE HABLAR A LAS GENTES QUE ELLOS TRATAN POR LO CUAL ÉL RESPONDERÁ FAVORABLEMENTE SI EL DENTISTA Y SU ASISTENTE LE DEMUESTRAN UN INTERÉS SINCERO. ADEMÁS DE SERVIR ESTE PERÍODO COMO PREPARATIVO PARA EL TRATAMIENTO.

B) <u>EL NIÑO MIEDOSO</u>.

TODO MUNDO HA EXPERIMENTADO EN ALGUNA OCASIÓN MIEDO O ANSIEDAD EN UNA U OTRA FORMA O EN GRADO VARIABLE. LA DIFERENCIA ENTRE ESTAS EMOCIONES NO ES MUY CLARA NI DEFINIDA, YA QUE AMBAS REACCIONES PSICOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS, ENTRE LAS QUE FIGURAN EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DESAGRADABLES Y MOLESTOS QUE SEAN RESPUESTAS ANTICIPADAS INTERNAS, MOSTRANDO LA INTUICIÓN DE UN PELIGRO O BIEN ANTE UN ACONTECIMIENTO DESAGRADABLE.

FUNDAMENTALMENTE LOS PSICÓLOGOS EMPLEAN EL TÉRMINO ANSIEDAD PARA DESIGNAR UN ESTADO QUE SE CARACTERIZA POR UN TONO EMOCIONAL DESAGRADABLE Y LA INCERTIDUMBRE ACERCA DEL FUTURO. MIENTRAS QUE EL MIEDO SE DEFINE COMO ALGO MÁS CONCRETO, ES DECIR, SE TEME A COSAS DE LAS CUALES SE TIENE MÁS INFORMACIÓN.

EL NIÑO A TRAVÉS DE SU DESARROLLO APRENDE LA CUALIDAD DESAGRADABLE DE MUCHAS CLASES DE ACONTECIMIENTOS, POR LO TANTO, EXISTEN DIVERSAS CAUSAS DE ANSIEDAD, ENTRE LAS CUALES, SE ENCUENTRA UN GRUPO DE GRAN IMPORTANCIA PARA EL ODONTÓLOGO QUE ES "ANSIEDAD PRODUCIDA POR EL DAÑO FÍSICO POTENCIAL", ESTE TIPO DE ANSIEDAD SE PRODUCE CUANDO EL NIÑO ASOCIA ALGUNOS ESTÍMULOS CON UN DOLOR POSIBLE (EL NIÑO PUEDE HABER EXPERIMENTADO EL CARACTERÍSTICO DE ESTOS ACONTECIMIENTOS).

ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE EL ODONTÓLOGO SE PERCATE DE UN ESTUDIO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES, PARA EVITAR LO MÁS POSIBLE QUE ESTO DESENCADENE EN UNA SITUACIÓN REAL DE MIEDO. AGREGANDO A ESTO, LA ACCIÓN TAN TERMINANTE QUE TIENE LA ANSIEDAD EN LA CONDUCTA HUMANA, PUESTO QUE SUELE DAR LUGAR A ACTITUDES QUE ENTRAN EN CONFLICTO CON LA SATISFACCIÓN DE OTROS MOTIVOS COMO PUEDEN SER PATERNAS O BIEN LAS PRESIONES DE PERSONAS ADULTAS.

LA RESPONSABILIDAD DE PREPARAR PSICOLÓGICAMENTE AL NIÑO PARA SU TRATAMIENTO DENTAL, DEBE SER EN PRIMERA INSTANCIA POR VÍA PATERNA: YA QUE EN CASO CONTRARIO

EL DENTISTA SERÁ EL QUE TENDRÁ QUE ENFRENTAR EL PROBLEMA, POR LO CUAL DEBE TENER EL CONOCIMIENTO DE LA EMOCIÓN DEL MIEDO EN EL NIÑO, SABER QUÉ Y CÓMO SE PRODUCE: EL MIEDO Y LA CÓLERA SON RESPUESTAS PRIMITIVAS DESARROLLADAS PARA PROTEGER DE DAÑOS Y AUTODESTRUCCIÓN. LA ESTIMACIÓN SENSORIAL O MEJOR DICHO, EMOCIONAL, ESTÁ DESCARGADA POR FUNCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO A TRAVÉS DEL HIPOTÁLAMO Y NECESITA MUY POCA ACCIÓN CORTICAL. EL HOMBRE CON UN DESARROLLO ALTAMENTE CORTICAL, PUEDE CONTROLAR SUS EMOCIONES HACIA UNA ORDEN A TRAVÉS DE RACIONALIZACIÓN Y DETERMINACIÓN. RAZÓN POR LA CUAL EN NIÑOS DEMASIADO JÓVENES PARA RACIONALIZAR SU CONDUCTA, SU CONTROL ES DIFÍCIL. EL NIÑO EN MUCHOS ASPECTOS SE COMPORTA DE UNA MANERA PRIMITIVA Y ESFORZÁNDOSE PARA COMBATIR O REHUIR LA SITUACIÓN Y CUANDO PUEDE HACERLO, EL MIEDO SE INCREMENTA HACIÉNDOSE EXTREMADAMENTE DIFÍCIL LA COMUNICACIÓN ENTRE EL NIÑO Y LA PERSONA QUE ESTÉ CON ÉL, EN ESTE CASO, EL ODONTÓLOGO.

ESTA SITUACIÓN PUEDE PRESENTARSE AUN EN NIÑOS MAYORES, CUANDO SU MIEDO, SUBJETIVO LA MAYORÍA DE LAS VECES, NO LES PERMITE LA RACIONALIZACIÓN Y POR LO TANTO, CANALIZAR SU EMOCIÓN.

NO OBSTANTE, LA GENERALIDAD ES QUE A MEDIDA QUE LA EDAD DEL NIÑO AUMENTA, LAS RESPUESTAS EMOCIONALES PUEDEN SER CONTROLADAS MÁS Y MÁS POR LA CORTEZA A TRAVÉS DE LAS FUNCIONES FÍSICAS.

El valor del miedo. El miedo es de gran valor cuando tiene una dirección y un control adecuado; ya que si bien cuando se producen estímulos negativos perjudica al niño, es también un mecanismo protectivo que actúa como preservación para él mismo. Por lo cual la situación natural de la emoción del miedo, puede ser utilizado para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas de cualquier naturaleza, ya sea física o social; dada esta característica, lo conveniente es que se oriente al niño no en dirección de erradicar el miedo, sino más bien en la canalización de este hacia los peligros que existen.

Es así como el miedo servirá como un mecanismo de protección hacia el peligro real y como impedimento hacia una conducta antisocial.

Tipo de miedo. Existen generalmente dos tipos de miedo, aunque en realidad son dos formas de adquirirlos objetiva y subjetiva.

La primera forma consistirá en aquellos temores que son producidos por estimulación física directa, que generalmente no son ocasionados por los padres ni personas del ambiente infantil, aunque estos estímulos son experimentados por el niño, y obviamente son de naturaleza desagradable.

UN NIÑO QUE HA TENIDO PREVIO CONTACTO CON EL DENTISTA Y HA SIDO MANEJADO CON UNA ABSOLUTA FALTA DE TACTO QUE HA INFLIGIDO EXCESIVO PÁNICO, NECESARIAMENTE DESARROLLARÁ UN GRAN MIEDO A CUALQUIER FUTURO TRATAMIENTO DENTAL. ES UNA TAREA DIFÍCIL, EL LOGRAR QUE UN NIÑO LASTIMADO REGRESE AL DENTISTA POR VOLUNTAD PROPIA. CUANDO SE LE INDUCE A REGRESAR, EL ODONTÓLOGO DEBE REALIZAR UN TOTAL DOMINIO EMOCIONAL SOBRE EL PEQUEÑO Y PROCEDER LENTAMENTE PARA LOGRAR Y OBTENER CONFIANZA EN ÉL. OTRA DE LAS CAUSAS QUE INTERFIEREN EN EL MANEJO DEL NIÑO, ES LA CONDUCTA QUE HAYAN TENIDO PARA CON ÉL LAS PERSONAS DE HOSPITALES DONDE HAYA TENIDO QUE PERMANECER, YA QUE SI ÉSTA FUE DESAGRADABLE, ÉL LAS ASOCIARÁ CON LAS GENTES QUE VISITAN DE LA MISMA FORMA Y LE DESPERTARÁ TEMORES INJUSTIFICABLES APARENTEMENTE.

POR ELLO DEBEMOS EVITAR EL CAUSAR EL MÁS LEVE DOLOR EN EL PACIENTE INFANTIL. CON ESTO SE LOGRARÁ UN GRAN AVANCE EN SU CONFIANZA Y LÓGICAMENTE EN SU TRATAMIENTO.

EL MIEDO SUBJETIVO ESTÁ BASADO EN SENTIMIENTOS Y ACTITUDES QUE HAN SIDO SUGERIDAS AL NIÑO POR OTRAS PERSONAS SIN QUE ÉL LAS HAYA TENIDO POR EXPERIENCIA. UN NIÑO ES MUY PROPENSO A LA SUGESTIÓN. SI EL NIÑO ESCUCHA A ALGUIEN CONTAR DE HECHOS QUE PRODUCEN

PENA Y DOLOR, PRONTO DESARROLLARÁ MIEDO HACIA ESE SUCESO; LA ESCENA MENTAL QUE LE PRODUCE EL MIEDO, LA RETENDRÁ EL NIÑO Y GRACIAS A LA IMAGINACIÓN TAN VÍVIDA EN LA INFANCIA, ÉSTA SERÁ AMPLIFICADA FORMIDABLEMENTE, DESAFORTUNADAMENTE CUANDO EL NIÑO ESCUCHA DE SUS PADRES, COMPAÑEROS DE JUEGOS O FAMILIARES EL SUPUESTO "TERROR" AL DENTISTA, ACEPTA ESTE HECHO COMO REAL Y TRATARÁ DE EVITARLO SI LE ES POSIBLE.

ESTE TIPO DE MIEDO TAMBIÉN PUEDE ADQUIRIRSE POR IMITACIÓN. CUANDO UN NIÑO OBSERVA MIEDO EN OTROS, PRONTO ÉL PUEDE DEMOSTRAR MIEDO POR EL MISMO OBJETO O SITUACIÓN COMO SI REALMENTE LO SINTIERA. ESTA SITUACIÓN SE PRESENTA CON FRECUENCIA, SI ESTAS ACTITUDES SE OBSERVAN EN LOS PADRES; YA QUE LA ANGUSTIA INFANTIL, ASÍ COMO ALGUNAS OTRAS ACTITUDES NEGATIVAS ESTÁN ESTRECHAMENTE RELACIONADAS CON LA ANGUSTIA PATERNA.

PESE A QUE LOS PADRES APORTAN LA MEJOR INFLUENCIA SOBRE SUS NIÑOS, LOS MIEDOS SUBJETIVOS TAMBIÉN SE ADQUIEREN A TRAVÉS DE MATERIAL COMO LIBROS, PERIÓDICOS, RADIO, T.V., ETC., NO OBSTANTE, LO EFECTIVO DE ESTAS INFLUENCIAS DEPENDERÁ DE LA POTENCIA, LA REPETICIÓN DEL ESTÍMULO Y LA SUGESTIBILIDAD DEL NIÑO, E INDISCUTIBLEMENTE DE LOS PADRES.

LOS NIÑOS FRECUENTEMENTE UTILIZARÁN EL MIEDO CON PROPÓSITOS ULTERIORES, INCLUSO, COMO MECANISMO PROTECTIVO DEL DENTISTA, YA QUE ASÍ TAL VEZ EL NIÑO NO SE VEA OBLIGADO A ACUDIR A UNA CITA DENTAL. POR LO TANTO, EL JUICIO DE SI EL MIEDO ES REAL O NO, LO DECIDIRÁ EL DENTISTA CONJUNTAMENTE CON LOS PADRES. ES ÚLTIMA INSTANCIA CABRÍA SEÑALAR QUE CADA NIÑO TENDRÁ SU RESPUESTA PROPIA A LA EMOCIÓN DEL MIEDO Y EN MUCHAS OCASIONES ESA RESPUESTA DEPENDERÁ DE LA INNATA CAPACIDAD FÍSICA Y MENTAL DEL PEQUEÑO PARA DOMINAR SUS EMOCIONES.

MIEDO Y CRECIMIENTO. DE LA MISMA FORMA QUE EL MIEDO INFANTIL VARÍA CON LA EDAD, VARIARÁ DE MANERA DE MANEJARLO; YA QUE LA CONDUCTA EMOCIONAL COMO TODAS LAS OTRAS CONDUCTAS, VA UNIDA A UNA MADURACIÓN, LA CUAL ES DEPENDIENTE DEL DESARROLLO DEL INDIVIDUO.

UNA DE LAS CUESTIONES MÁS IMPORTANTES DENTRO DE LA PROVOCACIÓN DE MIEDOS, ES EL ROL DE LA MADUREZ, YA QUE ELLA DESEMPEÑA EL PAPEL DE SEGURIDAD Y CONFIANZA SOBRE EL NIÑO, ACENTUÁNDOSE SOBRE TODO EN PEQUEÑOS HASTA DE DOS O TRES AÑOS Y CON FRECUENCIA PERSISTE EN EDADES MÁS AVANZADAS (COMPLEJO DE EDIPO).

POR LA IMPORTANCIA DE ESTE HECHO, ES MUY CONVENIENTE TRATAR DE CONOCER LOS TEMORES DE LA MADRES Y LA RELACIÓN QUE MEDIA CON EL NIÑO.

DE LA MISMA FORMA ATENDER LAS VARIACIONES QUE PRESENTAN EN LA MANIFESTACIÓN DEL MIEDO POR PARTE DEL PEQUEÑO, YA QUE EL NIÑO DE DOS AÑOS, TEMERÁ A OBJETOS O SITUACIONES DIFERENTES QUE UN NIÑO MAYOR Y POR LO TANTO, DEBERÁ ORIENTÁRSELE DE DIFERENTE FORMA Y LO MEJOR POSIBLE DE ACUERDO A SUS ACTITUDES.

c) NIÑOS TEMPERAMENTALES.

ES EL CASO DE LOS NIÑOS QUE SE SIENTEN MUY PROTEGIDOS POR SUS PADRES, Y ES MAYOR SU INCIDENCIA EN LOS NIÑOS QUE EN LAS NIÑAS. SON DESAFIANTES EN CUANTO EL ODONTÓLOGO SE ACERCA A ELLOS, NO OBSTANTE NO HACEN RABIETAS, NO LLORAN Y RARAMENTE HABLAN MUCHO. ALGUNAS DE SUS EXPRESIONES MÁS FRECUENTES Y COMUNES, SON: "NO QUIERO QUE ME HAGAN NADA", "NO ABRIRÉ LA BOCA", Y EN MUCHAS OCASIONES AL EXPLICARLE LA IMPORTANCIA QUE TIENE SU TRATAMIENTO DENTAL, CONTESTARÁ QUE NO LE INTERESA SI SUS DIENTES ESTÁN CON CARIES.

EN CONTRASTE CON EL NIÑO TÍMIDO, ÉSTE PRESENTA UNA ARROGANCIA EXTERIOR Y AL TRATAR DE OBTENER ALGUNA COOPERACIÓN DE SU PARTE, HABREMOS DE APELAR A SU "FANFARRONERÍA".

LA FORMA MÁS ADECUADA PARA INICIAR EL TRATAMIENTO, ES LA DE CONTAR CON LA CONFIANZA PATERNA ASÍ COMO SU CONSENTIMIENTO PARA QUE EL NIÑO ENTRE SOLO A LA SALA OPERATORIA. EL DENTISTA DEBE IMPONERSE POR

MEDIO DE UN REACONDICIONAMIENTO EN EL NIÑO Y TRATARÁ SUTIL Y HÁBILMENTE DE DEJAR BIEN CLARO QUE QUIEN MANDA DENTRO DEL CONSULTORIO ES ÉL Y NO EL NIÑO. AL FINAL DEL TRATAMIENTO, GENERALMENTE ESTOS NIÑOS SON EXCELENTES PACIENTES Y VERDADEROS AMIGOS CON EL ODONTÓLOGO.

D) NIÑOS INCORREGIBLES.

ES EL CLÁSICO NIÑO CONSENTIDO Y RESULTANTE DE UNA EXCESIVA INDULGENCIA, O POR EL CONTRARIO DE UN RECHAZO POR PARTE DE LOS PADRES. AL ENTRAR AL CONSULTORIO, ES CAPAZ DE ASUMIR ACTITUDES AGRESIVAS, TALES COMO GOLPEAR, PATALEAR, LLORIQUEAR, O INCLUSO, TIRARSE AL SUELO, DESPLEGANDO ARRANQUES DE MAL HUMOR, INTENTANDO POR ESTOS MEDIOS DE PERSUADIR A LA MADRE O SU ACOMPAÑANTE, PARA QUE LO SAQUE DEL CONSULTORIO Y LO LLEVE A SU CASA. ANTE ESTA ACTITUD, LOS PADRES GENERALMENTE HACEN PROMESAS QUE AL NIÑO NO LE INTERESA, ES DECIR, ÉL SIENTE QUE DOMINA O MANEJA ABSOLUTAMENTE LA SITUACIÓN DEBIDO AL ROL QUE SUS PADRES DESEMPEÑAN EN SU VIDA DIARIA Y DEL HECHO DE ADQUIRIR CASI TODO LO QUE PIDE.

PARA PODER REALIZAR EL TRATAMIENTO CON NIÑOS QUE PRESENTEN ESTE TIPO DE CONDUCTA, ES NECESARIO ENTREVISTARSE CON EL PADRE Y DETERMINAR, DADO EL CONSENTIMIENTO DE ÉSTE, EL TRATAMIENTO A SEGUIR,

YA QUE EN ESTE TIPO DE CASOS, EL ODONTÓLOGO NO DEBERÁ MOSTRAR SU ENOJO NI DEMOSTRAR QUE ESTÁ IRRITADO, MUCHO MENOS DEMOSTRAR ANTIPATÍA CON EL NIÑO, YA QUE SI EL PADRE SE DA CUENTA, PENSARÁ EN LA POCA HABILIDAD DEL OPERADOR O BIEN, TENDRÁ MOTIVOS PARA ASUMIR UNA ACTITUD PROTECTORA HACIA SU HIJO, LO QUE SIGNIFICA DARLE APOYO Y DIFICULTAR AÚN MÁS EL TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PEQUEÑO, PUESTO QUE GENERALMENTE LOS NIÑOS SON CAPACES DE PERCIBIR LAS ACTITUDES DE LOS ADULTOS Y SU REACCIÓN SERÁ SIN DUDA MUY NEGATIVA PARA EL ODONTÓLOGO. POR LO QUE ES MUY IMPORTANTE PARA ÉSTE TENER EL SUFICIENTE VALOR PARA VER MÁS ALLÁ DE LA ESCENA PRESENTE, YA QUE SI ES CAPAZ DE ABORDAR EL PROBLEMA CON BENEVOLENCIA Y DETERMINACIÓN DE TRIUNFO, SIN TENER EN CUENTA LAS DISPARIDADES, HABRÁ GANADO AMIGOS Y PACIENTES POR MUCHO TIEMPO: POR EL CONTRARIO, UNA AVENTURA DESAFORTUNADA O UNA MALA TÉCNICA DE MANEJO EN EL NIÑO, PUEDE SIGNIFICAR LA PÉRDIDA DE LA FAMILIA COMO PACIENTES Y AÚN COMO AMIGOS.

ESTO PUEDE SUCEDER EN CASAS DONDE EL ODONTÓLOGO ADMITIÓ SU FRACASO UTILIZANDO FRASES COMO: "DÉMOSLE UNA NUEVA CITA A LUIS Y VEREMOS COMO REACCIONA LA PRÓXIMA VEZ". ES CASI SEGURO QUE ESA PRÓXIMA VEZ NO SERÁ DIFERENTE Y NO HABRÁ OBTENIDO NADA CON LA ESPERA.

AHORA BIEN, EL DENTISTA JAMÁS DEBE UTILIZAR LA PSICOLOGÍA MÁS POBRE DE RIDICULIZAR AL NIÑO O

AVERGONZARLO, PERO TAMPOCO DEBERÁ PRESTARSE A QUE EL NIÑO ASUMA LA POSICIÓN DE MANIPULADOR, ES DECIR, QUIEN MANDA DENTRO DE LA SALA OPERATORIA ES EL ODONTÓLOGO.

ALGUNAS VECES LOS NIÑOS PASAN POR LA ENTREVISTA INICIAL SIN MAYOR PROBLEMA, PERO CUANDO SE INICIA EL TRATAMIENTO OPERATORIO, EMPIEZAN LAS OBJECIONES POR PARTE DEL NIÑO Y COMIENZA A GRITAR O BIEN A RESISTIR, ES ENTONCES CUANDO SE DECIDE LA FORMA DE CONDUCIRLO A QUE COOPERE, EXPLICÁNDOLE CON CALMA LOS PROCEDIMIENTOS A SEGUIR, INDICÁNDOLE QUE SE TRATARÁ DE INCOMODARLE LO MENOS POSIBLE, PERO EVITANDO EL HECHO DE PROMETERLE QUE NO LE DOLERÁ. EN EL CASO QUE LA ACTITUD PERSISTA, SE LLEVARÁ AL PADRE A LA SALA Y SE PLANTEARÁN LOS PROCEDIMIENTOS, SOBRE TODO EL DE QUE EL NIÑO PERMANEZCA EN EL CUBÍCULO DE OPERATORIA SOLO CON EL DENTISTA, INDICANDO AL NIÑO QUE EN CUANTO TERMINE SU CITA, ÉL PODRÁ VOLVER AL LADO DE SU PADRE.

E) CAPACIDAD INTELECTUAL.

HAY NIÑOS INTELECTUALMENTE AVANZADOS QUE NO SE ADAPTAN A SU PRIMERA EXPERIENCIA DENTAL. GENERALMENTE NO CESAN DE HACER COMENTARIOS O PREGUNTAS COMO DISUASORIAS, TAL VEZ PORQUE SE DAN CUENTA DE QUE LOS ODONTÓLOGOS NO PUEDEN ACTUAR EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS.

SI EL ODONTÓLOGO ES PACIENTE COMPRENSIVO Y TRANQUILIZADOR Y NO SE MUESTRA BRUSCO, GENERALMENTE OBTENDRÁ UNA RESPUESTA FAVORABLE DE UN NIÑO DE CAPACIDAD INTELECTUAL MEDIA O SUPERIOR A LA MEDIA Y QUE NO PADEZCA NINGUNA MINUSVALÍA FÍSICA U ORGÁNICA.

8.3 CARACTERISTICAS QUE PRESENTAN EN SU CONDUCTA LOS PACIENTES ADOLESCENTES

FILOSÓFICA-RACIONAL

LOS PACIENTES PERTENECIENTES A ESTA CATEGORÍA SON JÓVENES INTELIGENTES Y COMPRENSIVOS QUE ACEPTAN EL HECHO DE QUE NECESITAN TRATAMIENTO DENTAL. LES INTERESA CONOCER SUS PROBLEMAS, HACEN PREGUNTAS LÓGICAS E INTENTAN COMPRENDER Y SACAR EL MEJOR PARTIDO POSIBLE DE SUS DESFAVORABLES SITUACIONES ORALES. EN MUCHOS CASOS, ACEPTAN EL CONSEJO Y LAS RECOMENDACIONES DEL ODONTÓLOGO Y CONFIAN EN QUE ÉSTE LES PRESTARÁ EL MEJOR SERVICIO QUE SU SITUACIÓN PERMITE.

EMOCIONAL NERVIOSA

PERTENECEN A ESTE PATRÓN AQUELLOS PACIENTES QUE AL PARECER SON INCAPACES DE RELAJARSE. PARA CALMAR A ESTAS PERSONAS, HAY QUE ADOPTAR UNA ACTITUD AMABLE Y SIMPÁTICA. A MENUDO EXPLICAN UNA LARGA HISTORIA DE MOLESTIAS CONTÍNUAS Y CREEN QUE NUNCA SE SENTIRÁN CÓMODOS CON SU TRATAMIENTO.

PARA TRATAR A ESTOS PACIENTES, EL DENTISTA TIENE QUE DESPLEGAR UNA PACIENCIA SIN LÍMITES.

CRÍTICA METÓDICA

ESTE GRUPO COMPRENDE A LOS PERFECCIONISTAS. EL JOVEN CRÍTICO METÓDICO A MENUDO EXIGE QUE EL DENTISTA LE GARANTICE EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO. TIENE LA IDEA EQUIVOCADA DE QUE UNA RESTAURACIÓN LE HA DE PRESTAR IGUAL SERVICIO QUE LOS DIENTES NATURALES SANOS. LAS JOVENCITAS SON SUMAMENTE EXIGENTES EN LO QUE CONCIERNE AL ASPECTO Y CON FRECUENCIA INSISTEN EN MODIFICACIONES QUE HACEN IMPOSIBLE LA ARMONÍA O QUE VIOLAN LOS PRINCIPIOS MECÁNICOS ORTODOXOS.

INDIFERENTE

EL DESCUIDO EN LA ACTITUD, LAS ACCIONES Y LA INDUMENTARIA CARACTERIZAN A ESTE GRUPO DE PACIENTES. NO SON CAPACES DE ASUMIR LA RESPONSABILIDAD QUE LES CORRESPONDE EN EL CUIDADO DENTAL Y CONSTITUYEN PACIENTES MEDIOCRES. GENERALMENTE MUESTRAN DESPREOCUPACIÓN POR SU ESTADO DE SALUD ORAL PRESENTE O FUTURA. A MENOS QUE SE PUEDA CAMBIAR RADICALMENTE LA ACTITUD DE INDIFERENCIA.

8.4 TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO

A TRAVÉS DE LOS MÉTODOS DE REACONDICIONAMIENTO QUE ENGLOBAN VARIOS DE LOS ASPECTOS DE LA TÉCNICA USADA POR ADDELSTON DE: "DECIR... MOSTRAR... HACER", SE ESTIMA

QUE UTILIZANDO ESTE MÉTODO NO SE PRODUCIRÁN TRAUMAS PSICOLÓGICOS Y QUE EL NIÑO A MEDIDA QUE PASA EL TIEMPO, ESTARÁ ESPERANDO LA VISITA DENTAL CON ALEGRE ANTICIPACIÓN; AUNQUE CADA NIÑO REACCIONA DE MANERA DIFERENTE, CABE ACLARAR QUE ESTA NO ES LA ÚNICA TÉCNICA O LA MEJOR, SINO QUE TAN SOLO REPRESENTA UN PROCEDIMIENTO.

POR MEDIO DEL REACONDICIONAMIENTO REALIZADO POR EL DENTISTA, EL NIÑO APRENDERÁ A ACEPTAR LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS Y A PERDER EL MIEDO, YA QUE LOGRA APRENDER QUE LO DESCONOCIDO NO REPRESENTA UN PELIGRO PARA SU SEGURIDAD, ESTABLECIÉNDOSE UNA RELACIÓN DE SIMPATÍA CON EL NIÑO.

EL PRIMER PASO PARA EL REACONDICIONAMIENTO, ES SABER SI EL NIÑO TEME EXCESIVAMENTE AL MÉDICO Y AL DENTISTA, ADEMÁS DE INVESTIGAR DEL POR QUÉ. ESTO SE PUEDE DESCUBRIR PREGUNTANDO A LOS PADRES SOBRE LOS SENTIMIENTOS PERSONALES DE LA FAMILIA Y DEL NIÑO HACIA LA ODONTOLOGÍA, VIENDO SUS ACTITUDES Y OBSERVANDO AL NIÑO DE CERCA. CUANDO YA SE CONOCEN LAS CAUSAS DEL MIEDO, CONTROLARLO SE VUELVE UN PROCEDIMIENTO MÁS SENCILLO.

EL SIGUIENTE PASO ES FAMILIARIZAR AL NIÑO CON EL CONSULTORIO TRATANDO DE PROVOCARLES CURIOSIDAD POR EL EQUIPO Y LOS INSTRUMENTOS. EL DENTISTA DEBERÁ EXPLICAR CÓMO FUNCIONA CADA PIEZA, DE MANERA QUE EL NIÑO SE FAMILIARICE CON LOS SONIDOS Y ACCIONES DE CADA ACCESORIO.

DESPUÉS DE FAMILIARIZAR AL PACIENTE CON EL EQUIPO, LO SIGUIENTE SERÁ GANAR SU CONFIANZA, ELIGIENDO CON CUIDADO, PALABRAS E IDEAS DE LA CONVERSACIÓN, PARA LLEGAR A COMPRENDERSE SIN PERDER MUCHO EL TIEMPO.

AL ESTABLECER ESTA CONFIANZA, EL DENTISTA DEBE TRANSMITIR AL NIÑO QUE SIMPATIZA CON SUS PROBLEMAS Y LOS CONOCE, TRATANDO DE ALEJARSE DE SUS PROBLEMAS EMOCIONALES DIRIGIÉNDOSE A OBJETOS FAMILIARES AL NIÑO. HABLARLE DE SUS AMIGOS, JUGUETES, ESCUELA O SUS COSAS, FLORECERÁ ENTRE AMBOS UNA COMPRENSIÓN, YA QUE EL ODONTÓLOGO AL HABLARLE ASÍ, HUMANIZA SUS RELACIONES CON EL NIÑO.

CUANDO SE TRATE CON NIÑOS, HAY QUE SER REALISTA Y RAZONABLE, HAY QUE PONERSE EN EL LUGAR DEL NIÑO RESPETANDO SUS EMOCIONES Y COMPRENDER POR QUÉ EL NIÑO SE ENCUENTRA ASUSTADO. EL ODONTÓLOGO NUNCA DEBERÁ PERDER SU DOMINIO Y ENFADARSE; SI PIERDE SU CONTROL Y ELEVA LA VOZ, ASUSTARÁ AL PACIENTE DIFICULTANDO AÚN MÁS SU OPERACIÓN. HAY QUE TRATAR AL NIÑO COMO INDIVIDUO CON SENTIMIENTOS Y EMOCIONES Y NO COMO OBJETO INANIMADO. TODOS LOS MOVIMIENTOS DE MANEJO Y OPERATORIOS, DEBERÁN DEMOSTRAR SUAVIDAD Y GRACIA.

LLEGADO EL TRATAMIENTO DENTAL, EN LA PRIMERA VISITA DEBERÁN REALIZARSE SOLO LOS PROCEDIMIENTOS MENORES E INDOLOROS COMO ES: HISTORIA CLÍNICA, INSTRUCCIONES SOBRE EL CEPILLADO Y TRATAMIENTO DE FLUOR.

EL ODONTÓLOGO DEBERÁ REALIZAR SUS DEBERES CON DESTREZA Y RAPIDEZ, ASÍ COMO CON EL MÍNIMO DOLOR, TRABAJANDO

SUAVE Y CUIDADOSAMENTE SIN PERDER TIEMPO O MOVIMIENTOS, TENIENDO TODO EL EQUIPO E INSTRUMENTAL YA PREPARADO Y A LA MANO; YA QUE LA PÉRDIDA DE TIEMPO PUEDE DIFICULTAR AÚN MÁS EL TRATAMIENTO. LOS NIÑOS NO DEBEN PERMANECER EN LA SILLA MÁS DE MEDIA HORA. SI LA VISITA TARDA MÁS, LOS NIÑOS PUEDEN VOLVERSE MENOS COOPERATIVOS, LLEGANDO A UN PUNTO DE SATURACIÓN EN EL QUE EMPIECEN A LLORAR, PERDIENDO SU COMPOSTURA Y COOPERACIÓN, QUE DIFÍCILMENTE VOLVEREMOS A OBTENERLA.

TAMBIÉN LA HORA DE LA VISITA TIENE RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO. NO DEBE DÁRSELE HORAS DE VISITA A LOS NIÑOS DURANTE LAS HORAS DE SUS JUEGOS Y DISTRACCIONES FAVORITAS O BIEN DURANTE SU SIESTA, YA QUE GENERALMENTE LLEGAN AL CONSULTORIO IRRITADOS Y DIFÍCILES DE MANEJAR.

ES IMPORTANTE RECOMENDAR A LOS PADRES NO TRAER A LOS NIÑOS AL DENTISTA POCO TIEMPO DESPUÉS DE UNA EXPERIENCIA EMOCIONAL SERÍA, COMO EL NACIMIENTO DE UN HERMANO O LA MUERTE DE ALGUIEN CERCANO A ELLOS, YA QUE EL NIÑO EN ESOS MOMENTOS ESTÁ EXPERIMENTANDO TRAUMAS EMOCIONALES; Y EN ESOS MOMENTOS, SERÁ DIFÍCIL ENCONTRAR COOPERACIÓN Y SE LE AÑADIRÍA MÁS ANSIEDAD O DESCONCIERTO.

EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO, DEBERÁN EVITARSE ENGAÑOS COMO TAMBIÉN EL USO DE PALABRAS QUE INSPIREN MIEDO, COMO INYECCIÓN O AGUJAS, YA QUE EL USO DE ESTAS PALABRAS MAL SELECCIONADAS LES SUGIEREN DOLOR. AUNQUE SIEMPRE ES BUENO INFORMARLES DE LO QUE SE LE HARÁ.

EL SOBORNO RARAS VECES DA RESULTADOS POSITIVOS, YA QUE REGULARMENTE EL RESULTADO SERÁ QUE EL NIÑO SIGA COMPORTÁNDOSE MAL. UN NIÑO PERCEPTIVO APROVECHARÁ ESTA SITUACIÓN PARA OBTENER MÁS CONCESIONES.

EL DENTISTA NUNCA DEBERÁ PEDIRLE QUE HAGA ALGO, YA QUE SE LE ESTÁ DANDO A ELEGIR ENTRE ACEPTAR O RECHAZAR. EN CAMBIO SI SE LE DICE QUE OBEDEZCA UNA ORDEN, NO HAY MÁS ELECCIÓN QUE ACEPTAR.

ES CONVENIENTE DISTINGUIR ENTRE EL SOBORNO Y LA RECOMPENSA. UNA RECOMPENSA DESPUÉS DE LA VISITA, PUEDE SERVIR DE SOBORNO PARA QUE EL NIÑO VUELVA LA PRÓXIMA VEZ. LOS REGALOS SON MUY BUENAS RECOMPENSAS, LO QUE IMPRESIONA AL NIÑO MÁS QUE EL REGALO, ES QUE SE RECONOZCA SU MÉRITO.

UNA DE LAS RECOMPENSAS QUE MÁS BUSCA EL NIÑO, ES LA APROBACIÓN DEL ODONTOPEDIATRA. CUANDO EL NIÑO ES BUEN PACIENTE HAY QUE DECÍRSELO, PERO ALABANDO MÁS AL COMPORTAMIENTO QUE AL INDIVIDUO.

CAPITULO IX

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACION

CAPITULO IX

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACION

LA COMUNICACIÓN ES UNO DE LOS LOGROS BIOSOCIALES MÁS COMPLEJOS DEL ORGANISMO HUMANO. LA CAVIDAD BUCAL ESTÁ ÍNTIMAMENTE LIGADA AL PROCESO DE LENGUAJE, SEA ESTE NORMAL O ANORMAL. EL CIRUJANO DENTISTA QUE ATIENDE A NIÑOS DEBERÁ ESTAR FAMILIARIZADO CON LA FISIOLOGÍA DEL LENGUAJE, Y CON ALGUNAS CAUSAS Y MEDIOS PARA CORREGIR DEFECTOS.

MUCHAS PATOFISIOLOGÍAS DENTALES Y DEL LENGUAJE, PUEDEN EVITARSE, CORREGIRSE O DISMINUIRSE CUANDO EL ODONTÓLOGO Y EL PATÓLOGO DEL LENGUAJE TRABAJAN EN COOPERACIÓN.

DE TODAS LAS CAPACIDADES HUMANAS, LA COMUNICACIÓN ES LA MÁS VALIOSA. PARA COMPRENDER LOS NIVELES FUNCIONALES ÓPTIMOS DE LOS SISTEMAS DE COMUNICACIÓN HUMANA, EL ODONTÓLOGO DEBE COMPRENDER LOS ASPECTOS LINGUISTICOS, FISIOLÓGICOS Y ACÚSTICOS DE LA PRODUCCIÓN DEL LENGUAJE; YA QUE EL DENTISTA CONOCE BIEN LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FISIOLÓGICOS DE LA CAVIDAD BUCAL EFECTUADOS POR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO, UN CONOCIMIENTO DE LAS INFERENCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIALES Y EDUCACIONALES DEL DESARROLLO NORMAL Y ANORMAL DE LA FONACIÓN Y EL LENGUAJE, PODRÁ SER DE CRUCIAL IMPORTANCIA AL TRATAR CIERTOS PACIENTES.

DESTREZAS DE COMUNICACIÓN RETRASADAS Y DESORDENADAS A MENUDO, PRONOSTICA MADURACIÓN PERSONAL DEFECTUOSA Y MAL DESARROLLO SOCIAL, PERO APROVECHAMIENTO EDUCACIONAL Y RESTRINGIDAS OPORTUNIDADES VOCACIONALES.

EL LENGUAJE, EN EL SENTIDO LINGUISTICO, AMPLIO Y CONTRASTADO CON LA PRODUCCIÓN DE SONIDOS -ARTICULACIÓN- ES BÁSICO PARA EL DESARROLLO DE TODAS TÉCNICAS VERBALES INCLUYENDO HABLAR, LEER Y ESCRIBIR LOS MOVIMIENTOS DE LA BOCA Y EXPRESARSE CON LOS DEDOS. EL NIÑO ADQUIERE HABILIDAD LINGUISTICA SEGÚN SUS NECESIDADES, OPORTUNIDADES Y MODELOS AMBIENTALES. ALGUNAS DE LAS INFLUENCIAS QUE PUEDEN INTERRUMPIR EL PROCESO, PUEDEN SER ENFERMEDADES, TRAUMATISMOS FÍSICOS O EMOCIONALES, FALTA DE ESTIMULACIÓN O MOTIVACIÓN Y ANORMALIDADES ORGÁNICAS, FISIOLÓGICAS O NERVIOSAS.

TODAS LAS ÁREAS DEL CRECIMIENTO, INCLUYENDO LA ARTICULACIÓN DE SONIDOS Y LENGUAJE, ESTÁN SUJETAS A VARIACIONES INDIVIDUALES. LOS NIÑOS SON GENERALMENTE MÁS LENTOS EN LOGRAR LA MADUREZ DEL LENGUAJE.

9.1 TRASTORNOS DE LA COMUNICACION EN LOS NIÑOS

LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN EN LOS NIÑOS, TIENEN DIVERSAS ETIOLOGÍAS. EL COMPORTAMIENTO VERBAL, AL SER UNO DE LOS NIVELES MÁS ELEVADOS DE COMPORTAMIENTO HUMANO, ES ESPECIALMENTE VULNERABLE A IMPACTOS EMOCIONALES. CASI TODOS LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN, TIENEN UN COMPONENTE ARTICULATORIO, AUNQUE EL SÍNTOMA PRINCIPAL PUEDE SER LENGUAJE Y RITMO DEFECTUOSO. LA PÉRDIDA DEL OÍDO PUEDE SER UN FACTOR CASUAL DEL RETARDO EN LA ARTICULACIÓN DE SONIDOS Y EN EL LENGUAJE, O PUEDE SER UN COMPONENTE DE TRASTORNOS COMPLEJOS COMO PALADAR HENDIDO, PARÁLISIS CEREBRAL, RETARDO MENTAL O AFASIA.

LOS PROFESIONALES DE LA COMUNICOLOGÍA CLÍNICA GENERALMENTE CLASIFICAN LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN EN CUATRO ÁREAS PRINCIPALES: ARTICULACIÓN, FONACIÓN, RITMO Y SIMBOLIZACIÓN.

TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN

LOS DEFECTOS DE LA ARTICULACIÓN SE DESCRIBEN GENERALMENTE COMO SUBSTITUCIONES, OMISIONES, DISTORSIONES O ADICIONES. LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES, EXHIBEN MÁS DE UN ERROR Y PUEDEN SER INCONSTANTES EN LA PRODUCCIÓN DE TODOS LOS SONIDOS DEFECTUOSOS.

LOS DEFECTOS DE ARTICULACIÓN EN LOS ADULTOS, PUEDEN HABER TENIDO SU ORIGEN EN LA INFANCIA, POR MALOS HÁBITOS COMO CHUPARSE EL DEDO Y PRODUCIR MORDIDA ABIERTA. LAS PÉRDIDAS TEMPORALES DE AUDICIÓN PUEDEN SER PROBLEMAS QUE HAYAN CONTRIBUIDO A LAS SUBSTITUCIONES O DISTORSIONES DE SONIDO EN LAS ETAPAS INICIALES DE LA VIDA.

TRASTORNOS DE LA VOZ

EL TONO NORMAL DE LA VOZ DEPENDE DE LA EDAD. SI HAY UNA DIFICULTAD FÍSICA COMO MALFORMACIÓN DE LA LARINGE, DE LAS CUERDAS VOCALES U OTRAS ESTRUCTURAS.

SI UN NIÑO PRESENTA RONQUERA PERSISTENTE O ALGÚN OTRO TIPO DE ANOMALÍA VOCAL, DEBERÁ SER ENVIADO AL ESPECIALISTA MÉDICO.

LA CUALIDAD DE LA VOZ PUEDE CONSIDERARSE COMO PERSONALIDAD DE LA VOZ, LA CUALIDAD PUEDE SER NASAL, ÁSPERA, ASPIRADA, DURA, RONCA, ETC.. UNA VOZ DEMASIADA ALTA O BAJA, ES GENERALMENTE RESULTADO DE DESAJUSTES DE LA PERSONALIDAD Y NO UN PROBLEMA ORGÁNICO. LOS PROBLEMAS DE TONO PSICOLÓGICOS, PUEDEN MANIFESTARSE EN EL TONO DE VOZ DE UN ADULTO VARÓN, SI HA ESTADO RODEADO DE VOCES FEMENINAS DURANTE SU NIÑEZ.

TRASTORNOS DEL RITMO

EL RITMO DEL LENGUAJE ES LA VELOCIDAD CON QUE HABLA UNA PERSONA. LAS SITUACIONES SOCIALES Y LINGUISTICAS DETERMINAN EL RITMO. CUANDO EL NIÑO EMPIEZA A PRACTICAR SUS TÉCNICAS PERSONALES DEL LENGUAJE, ES NORMAL QUE HABLE CON POCA FLUIDEZ. SI NO SE LE LLAMA LA ATENCIÓN SOBRE SUS REPETICIONES Y TITUBEOS, PROBABLEMENTE PROGRESARÁ HASTA LOGRAR RITMOS NORMALES DE LENGUAJE ADULTO.

TARTAMUDEOS PRIMARIOS PUEDE LLEVAR A COMPLICACIONES SECUNDARIAS, SI EL NIÑO SE ANGUSTIA POR SUS PATRONES DE LENGUAJE.

NO DEBE CONFUNDIRSE EL AMONTONAMIENTO DE SONIDOS CON EL TARTAMUDEO. AMBOS SON TRASTORNOS DE RIMTO, PERO EL QUE AMONTONA SONIDOS A DIFERENCIA DE QUIEN TARTAMUDEA EMPLEA LENGUAJE DESORDENADO, NO SABE DE SU PROBLEMA Y NO LUCHA POR HABLAR.

TENSIONES Y PROLONGACIONES, ASÍ COMO TICS NERVIOSOS O ESPASMOS DEL MECANISMO VOCAL, PUEDEN CAUSAR MIEDO Y FRUSTRACIÓN. DE ESTA MANERA EL CÍRCULO VICIOSO DE TARTAMUDEO O AMONTONAMIENTO SECUNDARIOS, PUEDE INICIARSE -CUANTO PEOR SEA EL LENGUAJE, MAYOR SERÁ EL MIEDO, Y VICEVERSA-.

TRASTORNOS DE LA SIMBOLIZACIÓN

LA MAYORÍA DE LOS TRASTORNOS QUE ENTRAN EN ESTA CATEGORÍA SON MUY COMPLEJOS. ENTRE ESTOS TRASTORNOS, SON COMUNES LOS DEFECTOS DE ARTICULACIÓN:

A) SORDERA. EN NIÑOS SORDOS POR CAUSAS CONGÉNITAS, SE RETRASA GENERALMENTE LA PRODUCCIÓN DE LENGUAJE Y SONIDOS, PUESTO QUE NO TIENEN PATRONES ACÚSTICOS PARA AYUDARLES A DESARROLLAR SU VOCABULARIO, POR LO QUE SE LES DIFICULTA LOGRAR NIVELES ÓPTIMOS DE EDUCACIÓN.

B) RETARDO MENTAL. EL LENGUAJE EN ESTOS NIÑOS, MUESTRA PERSEVERACIÓN INFANTIL DE SONIDOS, RETARDO DEL LENGUAJE Y OTRAS COMPLICACIONES.

C) AFASIA DEL DESARROLLO. ESTOS NIÑOS PRESENTAN DIVERSOS TIPOS Y GRADOS DE INCAPACIDADES DE LENGUAJE, YA QUE SON NIÑOS QUE ANTERIORMENTE HAN SUFRIDO ANEXIA, TRAUMATISMO, MENINGITIS O ESCORBUTO.

d) Retardos psicógenos. En el retardo psicógeno, las dificultades de articulación de sonidos y lenguaje, se relacionan con problemas emocionales.

CAPITULO X

TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO IMPEDIDO

CAPITULO X

TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO IMPEDIDO

TRATAR DENTALMENTE A LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS IMPEDIDOS, NO REQUIERE SINGULARES ESFUERZOS POR PARTE DEL ODONTÓLOGO, YA QUE GENERALMENTE EL CUIDADO DENTAL DE ESTOS NIÑOS PUEDE LLEVARSE A CABO AL IGUAL QUE EN LOS NIÑOS NORMALES. SIEMPRE Y CUANDO EL DENTISTA TENGA LOS CONOCIMIENTOS, LA COMPRENSIÓN Y LA PACIENCIA REQUERIDOS PARA EL TRATAMIENTO DE ESTOS NIÑOS. ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE EL ESTADO DENTAL DE ESTOS NIÑOS ESTÁ RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON SUS IMPEDIMENTOS FÍSICOS O MENTALES, YA QUE ESTAS INCAPACIDADES A MENUDO IMPIDEN HÁBITOS DENTALES Y DIETÉTICOS ADECUADOS, CREANDO ASÍ SERIAS AMENAZAS A SU SALUD DENTAL.

10.1 LABIO Y PALADAR HENDIDO

EL LABIO Y PALADAR HENDIDO, SE ENCUENTRA ENTRE LAS DEFORMACIONES CONGÉNITAS MÁS COMUNES. ESTOS DEFECTOS PUEDEN VARIAR DESDE UNA LIGERA MELLA EN EL LABIO O UNA PEQUEÑA HENDIDURA EN LA ÚVULA HASTA UNA SEPARACIÓN COMPLETA DEL LABIO Y AUSENCIA DE DIVISIÓN, ENTRE LAS CAVIDADES BUCAL Y NASAL.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE DESARROLLAN VARIOS DEFECTOS ASOCIADOS, COMO INFECCIONES DEL OÍDO MEDIO, SUSCEPTIBILIDAD A INFECCIONES RESPIRATORIOS SUPERIORES, MENOSCABO DEL LENGUAJE, MAL OCLUSIÓN, DIENTES DEFORMADOS, DIENTES SUPER NUMERARIOS.

EL TRATAMIENTO DENTAL REQUERIDO EN ESTOS PACIENTES, PUEDE VARIAS CONSIDERABLEMENTE DE ACUERDO A LA GRAVEDAD DE LA DEFORMACIÓN ORIGINAL. ALGUNOS REQUIEREN SOLO LOS CUIDADOS DENTALES ORDINARIOS PRESTADOS COMO A TODOS LOS DEMÁS PACIENTES. NO HAY NINGÚN PROBLEMA INSUPERABLE Y LA MAYORÍA DE ELLOS NO REQUIEREN LOS SERVICIOS DE UN ESPECIALISTA. SOLO SE NECESITA ALGO MÁS QUE PACIENCIA Y COMPRENSIÓN PARA SUPERAR ESTAS BARRERAS QUE SURGEN A LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

SE REALIZA GENERALMENTE ENTRE LAS DOS Y DOCE SEMANAS DE EDAD Y CONSISTE EN VOLVER A COLOCAR Y SUTURAR LAS SECCIONES HENDIDAS. PARA ELLO SE HA RECONOCIDO EL TRABAJO POR EQUIPO, EN DONDE SE ENCUENTRAN CIRUJANOS PLÁSTICOS, PEDIATRAS, ODONTOPEDIATRAS, ORTODONCISTAS, PROSTODONCISTAS, ESPECIALISTAS EN AUDICIÓN Y LENGUAJE, ASÍ COMO SOCIÓLOGOS Y PSICÓLOGOS.

10.2 EPILEPSIA

LA EPILEPSIA ES UNO DE LOS TRASTORNOS CRÓNICOS MÁS PREDOMINANTES Y SU ETIOLOGÍA PUEDE DIVIDIRSE EN DOS GRUPOS: IDIOPÁTICOS Y SINTOMÁTICOS. EN EL GRUPO IDIOPÁTICO, FRECUENTEMENTE SON DE ORIGEN GENÉTICO. LA EPILEPSIA DEL GRUPO SINTOMÁTICO SE ASOCIA CON UNA PATOLOGÍA DEL CEREBRO, DEBIDA A ANOMALÍAS DEL DESARROLLO, LESIÓN O ENFERMEDAD. ESTOS TRASTORNOS PUEDEN CAUSAR DESCARGA NERVIOSA ANORMAL EN EL CEREBRO, QUE PRODUCIRÁ UN ATAQUE, PRODUCIENDO UN CAMBIO EN EL ESTADO DE CONCIENCIA, EXPERIENCIAS SENSORIALES, ANORMALES, CONTRACCIONES MUSCULARES O UN TRASTORNO EN LA CONDUCTA.

DEPENDIENDO DEL TIPO DE ATAQUE QUE EL PACIENTE SUFRA, EL OBJETIVO PRINCIPAL ES EVITAR QUE EL NIÑO SE LESIONE, COLOCÁNDOLO EN UNA POSICIÓN LIBRE DE OBSTÁCULOS EN EL SUELO, ASÍ COMO PREVER QUE EL PEQUEÑO SE MUERDA LA LENGUA, INSERTANDO CAUCHO O PLÁSTICO EN LA BOCA. POR LO QUE EL DENTISTA DEBE FAMILIARIZARSE CON EL TIPO Y FRECUENCIA DE LAS CONVULSIONES Y ESTAR PREPARADO ANTES DEL TRATAMIENTO.

EL PACIENTE EPILÉPTICO NO SUFRE DE PROBLEMAS DENTALES ESPECIALES, DEBIDOS A SU ENFERMEDAD A EXCEPCIÓN DE LA HIPERPLASIA FIBROSA DE LA ENCÍA, PRODUCIDA POR EL FÁRMACO ANTICONSULVISO "DILANTINA"; QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE PUEDE ELIMINAR QUIRÚRGICAMENTE Y DESPUÉS CONTROLAR CON LOS PROCEDIMIENTOS PROFILÁCTICOS ADECUADOS. AUNQUE PREVIAMENTE SE DEBE CONSULTAR AL MÉDICO DEL NIÑO PARA CONSIDERAR UN CAMBIO DE REGIMEN DE MEDICAMENTOS PARA EL PACIENTE.

10.3 RETARDO MENTAL

EL RETARDO MENTAL O SUBNORMALIDAD MENTAL, SON TÉRMINOS QUE SE REFIEREN A LAS CARACTERÍSTICAS INTELECTUALES QUE SE ENCUENTRAN POR DEBAJO DE LA NORMALIDAD, EN NIÑOS CON DEFECTOS DE DESARROLLO COMO DEBILIDAD MENTAL, MONORISMO, OLIGOFRENIA O HIPO, MONGOLISMO, IDIOTEZ, IMBECIBILIDAD. TODOS ESTOS NIÑOS GENERALMENTE TIENEN COCIENTE DE INTELIGENCIA MENOR DE 70.

LAS CAUSAS SE HAN ATRIBUIDO A DIVERSOS FACTORES COMO: PARÁLISIS CEREBRAL, DESNUTRICIÓN, ENCEFALITIS, ANOXIA O LESIÓN AL NACER, HERENCIA, INFLUENCIAS PRENATALES O PREMADUREZ.

CON EXCEPCIÓN DE LOS MONGOLOIDES, LOS NIÑOS QUE SUFREN RETARDO MENTAL, NO SUFREN PROBLEMAS DENTALES CARACTERÍSTICOS, AUNQUE POR SU MALA HIGIENE BUCAL Y HÁBITOS DIETÉTICOS CARIOGÉNICOS, SUFREN ÍNDICES DE ENFERMEDADES PARODONTALES Y CARIES MÁS ELEVADOS QUE LOS NIÑOS NORMALES.

PARA UN MEJOR Y EFICAZ TRATAMIENTO EN EL CONSULTORIO DENTAL, ES NECESARIO CONOCERSE LA EDAD MENTAL DEL NIÑO PARA SABER EL GRADO DE COOPERACIÓN QUE SE PUEDE ESPERAR DE ÉL.

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES QUE LLEGAN AL CONSULTORIO CON RETARDO MENTAL, ENTRAN EN LA CATEGORÍA LLAMADA SUBNORMAL LEVE; Y PUEDE TRATÁRSELES CON ALGO MÁS QUE FIRMEZA Y COMPRENSIÓN ASÍ COMO PACIENCIA PARA GANAR LA CONFIANZA DE ESTOS NIÑOS.

SI NO SE LOGRA EL NIVEL DE COOPERACIÓN REQUERIDO O BIEN SI EL NIÑO CON RETARDO MENTAL NECESITA TRATAMIENTO DENTAL DE REHABILITACIÓN O EXTENSO, SE RECURRIRÁ A LA ANESTESIA GENERAL.

10.4 PARALISIS CEREBRAL

SE DEBE CONSIDERAR A LA PARÁLISIS CEREBRAL COMO EL PROBLEMA DE IMPEDIMENTO MÁS GRAVE QUE AFECTA AL RECIÉN NACIDO, YA QUE ES UN TRASTORNO DEL SISTEMA NERVIOSO, CAUSADA POR LESIONES CEREBRALES QUE PUEDEN HABER SIDO EL RESULTADO DE: PREMADUREZ, LESIONES TRAUMÁTICAS, TOXEMIA DEL EMBARAZO, ANOXIA O ALGUNAS VECES POR CAUSA DESCONOCIDA.

LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN CEREBRAL DETERMINA EL TIPO DE DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR, MANIFESTÁNDOSE EN VARIOS TIPOS DE DISFUNCIONES COMO:

A) ESPASTICIDAD. PRODUCIDA POR LESIONES EN LA CORTEZA CEREBRAL Y CARACTERIZADA POR HIPERCONTRACTILIDAD DE LOS MÚSCULOS; RIGIDEZ GENERAL EN LAS SECCIONES AFECTADAS, PUDIENDO IMPEDIR EL MOVIMIENTO PASIVO DE LA EXTREMIDAD.

B) ATETOSIS. PRODUCIDA POR LAS LESIONES DEL GANGLIO BASAL Y CARACTERIZADA POR CONTRACCIONES MUSCULARES INVOLUNTARIAS Y DESORDENADAS.

C) ATAXIA. CAUSADA POR LESIONES DEL CEREBELO O PÉRDIDA DE COORDINACIÓN MUSCULAR, PRODUCIENDO FALTA DE EQUILIBRIO Y MARCHA INSEGURA.

LAS ÁREAS AFECTADAS POR ESTE TRASTORNO SE CLASIFICAN DE LA SIGUIENTE MANERA:

MONOPLEJÍA . AFECTACIÓN DE UNA EXTREMIDAD
PARAPLEJÍA . AFECTACIÓN DE LAS PIERNAS

HEMIPLEJÍA . AFECTACIÓN DE LA MITAD DEL CUERPO
CUADRIPLEJÍA . AFECTACIÓN DE LAS CUATRO EXTREMIDADES.

LOS NIÑOS CON ESTA ENFERMEDAD, TIENEN EL ÍNDICE DE CARIES MÁS ELEVADO QUE LOS NIÑOS NORMALES, ATRIBUYÉNDOSE A LA INCAPACIDAD QUE PRESENTAN PARA MANTENER UNA BUENA HIGIENE Y A LA TENDENCIA DE LOS FAMILIARES DE MIMARLOS CON ALIMENTOS BLANDOS Y CARIOGÉNICOS, TRAYENDO CONSIGO ENFERMEDADES PARODONTALES.

DEBIDO A SUS FUNCIONES MUSCULARES ANORMALES Y A LA POSICIÓN POCO NATURAL DE LA LENGUA, ENCONTRAMOS MAL OCLUSIONES, COMO TAMBIÉN ES MUY COMUN ENCONTRAR DIENTES CON DEFECTOS HIPOPLÁSICOS DEL ESMALTE.

PARA UN MEJOR TRATAMIENTO, SE DEBE OBTENER UNA HISTORIA PERSONAL MINUCIOSA CON LA COOPERACIÓN DE LOS PADRES, ASÍ COMO DEL MÉDICO QUE LO ATIENDE. ESTO NOS SERVIRÁ PARA HACER UNA EVALUACIÓN DURANTE LA PRIMERA VISITA, DANDO OPORTUNIDAD QUE EL NIÑO SE FAMILIARICE CON EL MÉDICO Y PLANEAR EL TRATAMIENTO.

EN EL SILLÓN DENTAL, DEBERÁ ACOMODÁRSELE LO MEJOR POSIBLE, EN UNA FORMA INCLINADA Y AJUSTADA HACIA ATRÁS: LO QUE LE DA MÁS APOYO Y SENSACIÓN DE SEGURIDAD. LOS PROCEDIMIENTOS RESTRICTIVOS COMO EMPLEO DE CORREAS, RARAMENTE SON NECESARIOS, YA QUE ESTAS RESTRICCIONES PUEDEN PROVOCAR ESPASMOS MUSCULARES INVOLUNTARIOS.

Es aconsejable el empleo de apoyos bucales protectores, evitando lesiones al paciente, los cuales serán retirados en períodos frecuentes, ya que los músculos del niño fácilmente se cansan.

Todo tipo de ayudas, como apoyos bucales, grapas torundas de algodón, etc., pueden ser desalojadas fácilmente por el niño, por lo que deberán ser ligadas firmemente a un pedazo de seda dental, y poder extraerlas rápidamente en caso que el paciente hiciera movimientos de deglución o aspiración.

Cualquier tratamiento con niños que tengan este tipo de enfermedad, puede lograrse solo gracias al trabajo en equipo bien coordinado entre el operador y sus auxiliares, reconociendo y comprendiendo las medidas de precaución y las limitaciones físicas y mentales del paciente.

10.5 Síndrome de Down

El síndrome de Down o mongolismo es uno de los síndromes de malformación más fácilmente reconocibles y tienen una frecuencia de aproximadamente uno de cada seiscientos recién nacidos. En estas personas se han encontrado aberraciones cromosómicas de trisomía, translocación y mosaicismo. La gran mayoría de los afectados por este síndrome, tiene cuarenta y siete cromosomas y cariotipo de trisomía 21.

NO PUEDEN DETECTARSE CLÍNICAMENTE LOS DIFERENTES TIPOS CROMOSÓMICOS OBSERVADOS EN EL SÍNDROME DE DOWN, POR LO TANTO SE ACONSEJA REALIZAR ESTUDIOS PARA FORMULAR EL DIAGNÓSTICO. ESTAS PERSONAS PUEDEN NACER DE PADRES DE CUALQUIER EDAD.

SE RECONOCEN CIERTO NÚMERO DE RASGOS FÍSICOS, QUE OCURREN CON MAYOR FRECUENCIA EN PACIENTES AFECTADOS POR ESTE SÍNDROME, LOS CUALES COMPRENDEN: CORTA ESTATURA, OCCUPUCIO APLANADO, PLIEGUES EPICÁNTICOS, AMPLIO PUENTE NASAL, OREJAS DOBLADAS, PEQUEÑO MAXILAR SUPERIOR, LENGUA PROTUSIVA, MANOS Y DEDOS CORTOS, CLINODACTILIA, LÍNEA SIMIA, CARDIOPATÍA CONGÉNITA, SEPARACIÓN DEL PRIMERO Y SEGUNDO DEDOS DEL PIE, HIPOTONIA Y RETARDO MENTAL.

ALGUNOS DE LOS HALLAZGOS DENTALES, SON ERUPCIÓN TARDÍA DE PIEZAS DENTALES CADUCAS, EXFOLIACIÓN TEMPRANA, INCISIVOS LATERALES SUPERIORES DEFECTUOSOS O AUSENTES ANOMALÍAS EN LA FORMA DENTAL, ENFERMEDADES PARODONTALES EN MAYOR GRADO QUE LA CARIES DENTAL, MAL OCLUSIÓN Y PROGNATISMO.

PARA LOGRAR ÉXITO EN EL TRATAMIENTO DENTAL, EL ODONTÓLOGO AL IGUAL QUE CON EL NIÑO QUE PRESENTA RETARDO MENTAL, DEBERÁ MOSTRAR UNA GRAN COMPRENSIÓN Y PACIENCIA PARA LOGRAR LA CONFIANZA DEL NIÑO, DE NO SER ASÍ, SERÁ NECESARIO RECURRIR A LA ANESTESIA GENERAL.

10.6 CARDIOPATIA CONGENITA

LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS APARECEN CON FRECUENCIA COMO UNA ANOMALÍA ASOCIADA EN MONGOLOIDES Y EN NIÑOS CON HENDIDURAS DE LABIO O PALADAR. LA CARDIOPATÍA CONGÉNITA SE DEBE A ANOMALÍAS ESTRUCTURALES DEL CORAZÓN, LAS CUALES SE DIVIDEN EN DOS GRUPOS:

1. CARDIOPATÍA CONGÉNITA CIANÓTICA.
   LAS PERSONAS DE ESTE GRUPO, NACEN CON DEFECTOS QUE CAUSAN CORTO CIRCUITO DE DERECHA A IZQUIERDA Y AL HACER EJERCICIO, SE VUELVEN CIANÓTICOS. EJEMPLOS DE DEFECTOS CARDIACOS: TRANSPOSICIÓN DE LOS GRANDES VASOS, ATRESIA DE LA VÁLVULA TRICÚSPIDE Y TERATOLOGÍA DE FULLOT.

2. CARDIOPATÍA CONGÉNITA ACIANÓTICA.
   LOS PACIENTES DE ESTE GRUPO SUFREN CORTO CIRCUITO DE IZQUIERDA A DERECHA, Y DIVERSIDAD DE DEFECTOS CARDIACOS, TALES COMO DEFECTO DEL TABIQUE AURICULAR Y VENTRICULAR, ESTENOSIS PULMONAR, ESTENOSIS AÓTICA CONGÉNITA Y CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE.

SE RECONOCEN COMO FACTORES ETIOLÓGICOS, A LA HERENCIA Y FACTORES AMBIENTALES DURANTE EL EMBARAZO, COMO RUBEOLA Y ANOXIA, AUNQUE EXACTAMENTE NO SE HAN ESTABLECIDO LAS CAUSAS.

LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS CON ESTA ENFERMEDAD SUFREN DIVERSOS PROBLEMAS DENTALES DE DIFERENTE GRAVEDAD Y COMPLEJIDAD COMO SON CARIES Y ENFERMEDADES PARODONTALES.

ANTES DE INICIAR CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL EN ESTOS NIÑOS, ES NECESARIO QUE SE OBTENGA UNA HISTORIA CUIDADOSA DE LA ENFERMEDAD CARDIACA, CONSULTANDO AL MÉDICO DEL NIÑO Y AL CARDIÓLOGO, PARA CONOCER LA CAPACIDAD DEL NIÑO PARA SOPORTAR EL TRATAMIENTO Y EVITAR COMPLICACIONES QUE PUEDAN SURGIR, TALES COMO "STREPTOCOCCUS VIRIDANS", ENCONTRADO GENERALMENTE ALREDEDOR DE LOS DIENTES.

MUCHOS TRATAMIENTOS LLEVADOS A CABO EN EL CONSULTORIO TALES COMO RASPADO Y EXTRACCIONES VAN SEGUIDOS DE BACTERIMIAS, LO QUE PUEDE CAUSAR ENDOCARDITIS. POR LO QUE ES ACONSEJABLE Y ESENCIAL EMPLEAR ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS ANTES Y DURANTE CUARENTA Y OCHO HORAS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO, PREVIA APROBACIÓN DEL MÉDICO. EL MEDICAMENTO MÁS EMPLEADO ES PENICILINA POTÁSICA BUCAL.

SI SE SIGUEN TODAS LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN, PUEDE TRATARSE A LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA. SIN EMBARGO LOS PACIENTES QUE SUFRAN DEFECTOS CARDIACOS GRAVES Y QUE REQUIERAN TRATAMIENTO DENTAL EXTENSO, DEBERÁN SER TRATADOS EN EL HOSPITAL, BAJO ANESTESIA GENERAL.

10.7 HEMOFILIA

CON EL NOMBRE DE HEMOFILIA SE DESCRIBEN VARIAS ANORMALIDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS, QUE SON MANIFESTADAS COMO TRASTORNOS HEMOSTÁTICOS, LOS CUALES

PUEDEN SER RESULTADO DE AUSENCIA DE ALGUNA DE LAS SUBSTANCIAS NECESARIAS PARA LA ACTIVIDAD TROMBOPLÁSTICA NORMAL.

LA AFECCIÓN HEMOFÍLICA MÁS COMUN ES EL TRASTORNO CAUSADO POR DEFICIENCIA DEL FACTOR VII (GLOBULINA ANTIHEMOFÍLICA), PRODUCIÉNDOSE EXCLUSIVAMENTE EN VARONES, LOS CUALES PUEDE OBSERVARSE SANGRADO EXCESIVO HASTA QUE AUMENTA SU ACTIVIDAD, APROXIMADAMENTE A LOS SEIS MESES DE EDAD.

PUEDE PRODUCIRSE SANGRADO EN CUALQUIER LUGAR, PERO ES MÁS COMUN EN MÚSCULOS, RIÑONES, BOCA Y ARTICULACIONES.

LOS NIÑOS HEMOFÍLICOS NO SUFREN ENFERMEDADES DENTALES ESPECIALES. PERO EXISTEN ENORMES RIESGOS EN CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL, POR LO QUE SE DEBEN EVITAR LACERACIONES TISULARES, AL REBAJAR Y PULIR ESTRUCTURAS DENTALES SUBGINGIVALES O COLOCAR BANDAS Y MATRICES, TRATANDO DE MANTENER LA INTEGRIDAD DE LOS TEJIDOS PARODONTALES.

SI SE PRESENTARAN HEMORRAGIAS MENORES, SE PUEDEN CONTROLAR CON APÓSITOS QUIRÚRGICOS JUNTO CON AGENTES HEMOSTÁTICOS COMO TROMBINA.

EN ESTOS PACIENTES ESTÁ CONTRAINDICADA LA ANESTESIA LOCAL, SOBRE TODO EL BLOQUEO MANDIBULAR YA QUE PUEDE CAUSAR HEMORRAGIA EN LOS ESPACIOS FARÍNGEOS LATERALES, DONDE ES DIFÍCIL APLICAR MEDIDAS DE CONTROL. POR LO

QUE LA ANESTESIA MÁS SEGURA SERÁ LA ANESTESIA GENERAL, ADMINISTRADA POR UN ANESTESIÓLOGO BIEN ENTRENADO, QUE CONOZCA EL PROBLEMA DEL PACIENTE.

ES ACONSEJABLE LA PREMEDICACIÓN DEL HEMOFÍLICO CUANDO SE PLANEAN PROCEDIMIENTOS PROLONGADOS O CUANDO EL PACIENTE ES APRENSIVO O DIFÍCIL DE MANEJAR. COMO TAMBIÉN ES RECOMENDABLE LA TRANSFUSIÓN DEL PLASMA PREOPERATORIA SI SE PREVE SANGRADO EXCESIVO.

LAS EXTRACCIONES Y OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DEBEN REALIZARCE CON EL MENOR TRAUMATISMO POSIBLE, POR LO QUE DEBERÁN HOSPITALIZARSE PARA PODER MANEJAR CUALQUIER COMPLICACIÓN, PREVIA HISTORIA CLÍNICA, DISCUTIDA POR EL ODONTÓLOGO, MÉDICO FAMILIAR, ANESTESIÓLOGO Y DEMÁS PERSONAL PARA DISEÑAR UN PLAN MÉDICO QUE INCLUYA ANÁLISIS DE SANGRE, TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRADO, Y CUENTA DE PLAQUETAS.

SE DEBE PLANEAR UN PROGRAMA DE TRANSFUSIONES POST-OPERATORIAS DE ACUERDO AL TIEMPO DE CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS. EL PACIENTE NO DEBERÁ RECIBIR COSA ALGUNA POR LA BOCA EN LAS PRIMERAS CUATRO HORAS. DESPUÉS EN UN TIEMPO DE VEINTICUATRO HORAS DEBERÁ RECIBIR ÚNICAMENTE LÍQUIDOS.

ES IMPORTANTE EXPLICAR A LOS PADRES LA DIETA Y LOS CUIDADOS POST-OPERATORIOS QUE HABRÁN DE DARLE EN CASA.

CONCLUSIONES

LA ODONTOLOGÍA INFANTIL EN LA ACTUALIDAD, COBRA ESPECIAL INTERÉS, YA QUE EL DENTISTA DE LA PRÁCTICA GENERAL DEBERÁ MANIFESTAR EN CUALQUIER CASO UN VERDADERO Y CONCRETO CRITERIO CON RESPECTO A LA INTEGRIDAD BIOPSICOSOCIAL DE LOS INDIVIDUOS, SOBRE TODO CUANDO DE NIÑOS SE TRATE.

ESTAS MANIFESTACIONES REQUIEREN MUCHO MÁS QUE EL CONOCIMIENTO Y HABILIDAD TÉCNICA, POR LO QUE ES TAMBIÉN IMPRESCINDIBLE EL INTERÉS QUE SE LE DE AL PACIENTE, TENIENDO UNA COMUNICACIÓN MUTUA Y CREANDO UNA RELACIÓN AMIGABLE Y COMPRENSIVA ENTRE AMBOS.

EN LOS CONOCIMIENTOS OBTENIDOS A LO LARGO DE LA CARRERA LLEGUE A LA CONCLUSIÓN QUE LA BASE DEL ÉXITO DE LA ODONTOLOGÍA Y SUS TRATAMIENTOS, ESTÁ EN PREVENIR LAS ENFERMEDADES BUCO-DENTALES, DE AHÍ QUE LA ODONTOLOGÍA INFANTIL CADA VEZ ES MÁS IMPORTANTE; PERO TAMBIÉN LA MÁS DESCUIDADA; POR LO TANTO, SE DEBE VALORAR GRANDEMENTE A ESTA RAMA DE LA ODONTOLOGÍA PARA SATISFACER LOS FINES BENÉFICOS EN EL BIENESTAR DE LA HUMANIDAD; CREANDO PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS, CENTROS DE ASISTENCIA DENTAL EN LAS COMUNIDADES MÁS ALEJADAS Y NECESITADAS DE ESTE TIPO DE ATENCIONES.

SOLO ASÍ Y CON LA AYUDA DE LA COMUNIDAD Y ENFERMO MISMO, SE LOGRARÁ VENCER EL MIEDO QUE SE LE TIENE AL DENTISTA; PERO MÁS QUE NADA, CON LA PACIENCIA Y UNA CORRECTA APLICACIÓN DE UN

AMPLIO CRITERIO METÓDICO Y TÉCNICAS PROPEDÉUTICAS, EXPLORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y CONOCIMIENTO ACTUALIZADO DE LA PATOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES, YA SEAN LAS CAUSAS DE ESTAS TANTO SOCIALES, BIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS.

EN RESUMEN PODEMOS DECIR QUE AUNQUE LA PREMEDICACIÓN Y LOS ANESTÉSICOS LOCALES Y GENERALES, SON AYUDAS VALIOSAS PARA TRATAMIENTOS DENTALES EN NIÑOS, ASÍ COMO EL TRABAJO EN EQUIPO. ESTAS NUNCA PODRÁN SER SUBSTITUIDAS POR EL CARIÑO, PACIENCIA Y COMPRENSIÓN QUE DEBE MOSTRAR EL CIRUJANO DENTISTA AL TRATAR CON NIÑOS; CON LO QUE SE PUEDE LOGRAR UNA ENORME SATISFACCIÓN PERSONAL, EL SABER QUE SE CONTRIBUYÓ EN LA LUCHA POR COMBATIR LAS ENFERMEDADES BUCO-DENTALES TAN COMUNES EN LOS NIÑOS, Y MÁS QUE NADA, EL OBSERVAR LA PROFUNDA GRATITUD DE ÉSTOS, POR LOS SERVICIOS DENTALES REALIZADOS EN ELLOS.

BIBLIOGRAFIA

GENETICA, Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Edit. Interamericana, Enero, 1975.

SNELL, Richard S., Embriología Médica, Edit. Interamericana, México, 1976.

LANGMAN, Jan, Embriología Médica, Edit. Interamericana, Enero, 1975.

PATTEN, Bradley, Embriología Humana, Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1960.

SALVAT, Editores, El Nacimiento de un Niño, Edit. Salvat, Barcelona, 1974.

HARVEY, David, Una Nueva Vida, Círculo de Lectores, S.A., Barcelona, 1979.

GESSEL, Arnold, Diagnóstico del Desarrollo, Edit. Pardos, S.A.I.C.F., Buenos Aires, Argentina.

BERNARDINI, Marcelo, El niño de hoy (cuidados y educación desde el Nacimiento a la Pubertad), Edit. Noguer, S.A., Barcelona-Madrid.

MADRIGAL, LLORENTE ALFREDO. LOS NIÑOS SON ASÍ. QUINTA EDICIÓN (REVISADA Y AUMENTADA). EDIT. JUS. MÉXICO. 1961

LOPEZ. S.A.. COMUNICACIÓN PERSONAL.

GONZALEZ. SOLORIO SILVERIO. COMUNICACIÓN PERSONAL.

EY HENRI. BERCARD P.. BISSET CH.. TRATADO DE PSIQUIATRÍA. 8A. EDICIÓN DE LA 5A. EDICIÓN FRANCESA. EDIT. TORAY-MASSON. S.A.. BARCELONA. ESPAÑA.

MORRIS L.. ALVIN. LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL. EDIT. LABOR. ESPAÑA. 1974.

HOTZ. RUDOLF. ODONTOPEDIATRÍA. EDIT. PANAMERICANA. ARGENTINA. 1977

SIDNEY B.. FINN. ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA. EDIT. INTERAMERICANA. 4A. EDICIÓN. 1976.