



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

Consuelo Eunice Castro Campillo

DONADO POR D.G.B. - D.G.



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 está 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.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
TEMA 1. DEFINICION DE COMPORTAMIENTO	5
TEMA 2. COMPORTAMIENTO DEL NIÑO SEGUN SU EDAD, SALUD- MENTAL, STATUS SOCIAL Y CULTURAL.....	8
TEMA 3. DESARROLLO FISICO.....	33
TEMA 4. COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO — DENTAL.	45
TEMA 5. REGLAS A SEGUIR EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO — CON EL CONSULTORIO.	51
TEMA 6. RELACION CIRUJANO DENTISTA-PADRES -NIÑO.....	58
TEMA 7. CONCLUSIONES	75
TEMA 8. BIBLIOGRAFIA	76

TEMARIO DE TESIS

TITULO: Comportamiento del niño en el Consultorio Dental.

TEMARIO: Introducción:

- 1).- Definición de comportamiento (concepto de - comportamiento).
- 2).- Comportamiento del niño según su edad, salud mental, status social y cultural.
 - 2.1. El niño como organismo en desarrollo.
 - 2.1.1. Interacción de herencia y ambiente.
 - 2.1.2. Las necesidades instintivas como factor de crecimiento en el niño.
 - 2.1.3. Conducta infantil y conciencia.
 - 2.1.4. Dominio y aprendizaje.
 - 2.2. Diferencias individuales y pautas de - conducta.
 - 2.3. Influencias sociales y culturales.
 - 2.4. Factores ambientales.
- 3).- Desarrollo Físico.
 - 3.1. Crecimiento.
- 4).- Comportamiento del niño en el consultorio - dental.
- 5).- Reglas a seguir en el tratamiento del niño - en el consultorio.
- 6).- Relación cirujano dentista-padres-niño.
 - 6.1. Manejo de padres.
 - 6.2. Relación dentista-niño.
 - 6.3. Relación dentista-padres-niño.
- 7).- Conclusiones.
- 8).- Bibliografía.
- 9).- Índice.

INTRODUCCION

El estudio de los seres humanos puede hacerse con tres distintos enfoques: el biológico, que hace énfasis en el estudio de la estructura y funciones del organismo; el psicológico, que estudia la personalidad y las relaciones interpersonales; y, el de las ciencias sociales, que estudia las sociedades y a las culturas. Los tres enfoques representan distintos conceptos y métodos, tienen el mismo objeto de estudio: El hombre. Sin embargo, hasta épocas relativamente recientes, biólogos, psicólogos, antropólogos, culturistas y sociólogos han trabajado con escasa vinculación entre unos y otros. Es sólo en las últimas dos décadas que a través de mayor intercambio y de la colaboración más estrecha entre los exponentes de estas disciplinas se ha llegado a la conclusión de que el hombre sólo puede ser entendido como una unidad BIO-PSICO-SOCIAL y es generalmente aceptado por unos y otros el criterio de que la comprensión de los fenómenos relativos a los seres humanos, requiere la utilización de conocimientos que provienen de esas tres ciencias. Gradualmente, las artificiales fronteras entre ellas, cuyas ventajas son administrativas y didácticas, van siendo eliminadas en beneficio de un marco de referencia más amplio: el de la ciencia del hombre.

La psicología del niño estudia el crecimiento mental o; lo que viene a ser lo mismo, el desarrollo de las conductas (es decir, de los comportamientos, incluida la conciencia) hasta esa fase de transición, constituida por la adolescencia, que marca la inserción del individuo en la sociedad adulta. El crecimiento mental es indisociable del crecimiento físico, especialmente de la maduración de los sistemas nerviosos y endocrinos que prosigue hasta alrededor de los 16 años. De ello resulta, que ante todo, para comprender ese crecimiento mental, no basta remontarse hasta el nacimiento, porque existe una embriología de los reflejos interesando la motricidad del feto; ya se han invocado las conductas preperceptivas de éste, en ámbitos como los de la percepción de la causalidad táctilocinestésica. También resulta de ello, desde un punto de vista teórico, que la psicología del niño ha de considerarse como el estudio de un sector particular de una embriogénesis general, que se prosigue después del nacimiento, y que engloba todo el crecimiento, orgánico y mental, hasta llegar a ese estado de equilibrio relativo que constituye el nivel adulto.

Las influencias del ambiente adquieren una importancia cada vez mayor a partir del nacimiento, tanto desde el

punto de vista orgánico como del mental. La psicología del niño no puede, pues, limitarse a recurrir a factores de maduración biológica, ya que los factores que han de considerarse dependen tanto del ejercicio o experiencia adquirida como de la vida social en general.

La psicología del niño estudia a éste por sí mismo en su desarrollo mental. Conviene a tal respecto, distinguirla de la "psicología genética", aunque constituya instrumental esencial de ella. Se señalará enseguida, para disipar la duda en la terminología, que la palabra "genética", en la expresión "psicología genética". Fué introducida en la psicología en la segunda mitad del siglo XIX, es decir, antes que los biólogos la emplease en un sentido más restringido. En el lenguaje actual de los biólogos, la "genética" se refiere exclusivamente a los mecanismos de la herencia, por oposición a los procesos embriogénicos u ontogénicos. "Psicología genética" se refiere al desarrollo individual (ontogénesis). Dicho ésto, podríamos vernos tentados a considerar las expresiones "psicología del niño" y "psicología genética" como sinónimas; sin embargo, un importante matiz las diferencia: si la psicología del niño estudia a éste por él mismo, se tiende hoy, por el contrario, a denominar "psicología genética" a la psicología general (estudio de la inteligencia, de las percepciones, etc.)

pero en tanto que trata de explicar las funciones mentales por su modo de formación, o sea, por su desarrollo en el niño.

Nos situaremos en esta tesis, principalmente, en el punto de la psicología genética; si el niño ofrece un gran interés en sí mismo, se ha de añadir en efecto, que también explica al hombre, en el mismo grado y, a menudo más, que al contrario pues, aunque el hombre lo eduque por medio de múltiples transmisiones sociales, todo adulto, incluso creador, ha comenzado, sin embargo, por ser un niño, tanto en los tiempos prehistóricos como en nuestros días.

En esta tesis, se le ha dado mucha importancia al desarrollo psicológico del niño, ésto es, a que un niño mentalmente sano es un niño físicamente sano, dándonos así a un adulto sano.

TEMA I.- DEFINICION DE COMPORTAMIENTO

CONCEPTO DE COMPORTAMIENTO:

En oposición al punto de vista de la psicología racionalista, que pretendía explicar los actos humanos en función de motivos racionales y voluntarios, Freud, hace algo más de medio siglo, sostuvo el punto de vista de que el hombre es impulsado por fuerzas irracionales e inició así un movimiento revolucionario en el campo de la psicología que se caracterizó por un cambio de énfasis en el enfoque del problema básico, el problema de la motivación. Una de las consecuencias fué que se perdiera interés en el estudio de los aspectos concientes y racionales del hombre y en las funciones mentales aisladas, en beneficio del estudio de la totalidad y de lo irracional. Esta revolución iniciada por Freud representó el nacimiento de lo que hoy se le llama psicología dinámica y profunda.

Diferencias concernientes a la naturaleza de la fuerza que determina el pensar, el sentir y el actuar de los individuos, constituyen los desacuerdos principales entre distintas escuelas psicodinámicas. Por ejemplo, para McDougall esas fuerzas no son otras que un gran número de disposiciones innatas a formas de acción específica. Para Freud, toda la conducta puede ser entendida si se la

refiere a sus instintos originales, los instintos eróticos y tanáticos, de los que dimana toda energía psíquica. Para Adler, la fuerza principal es el anhelo de superioridad que se origina en la necesidad ineludible de compensar un sentimiento de inferioridad básico que es común a todos los seres humanos. Para C.G. Jung, la fuerza creadora espiritual proveniente del inconciente primitivo, es la fuerza más primaria.

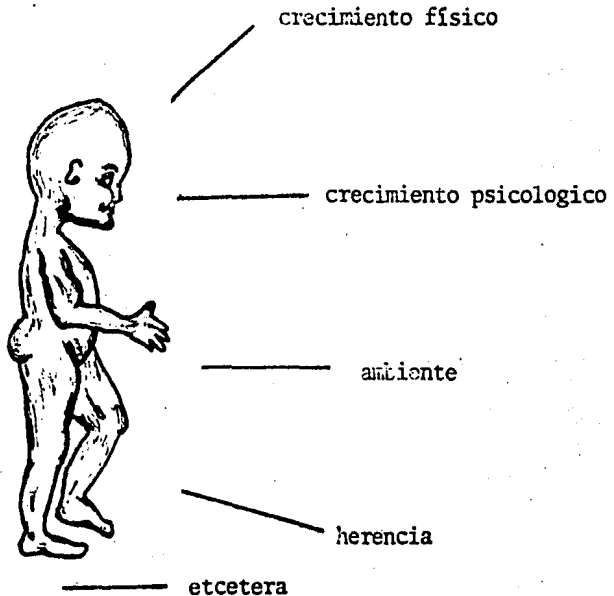
Entre los adherentes de las escuelas psicoanalíticas, la discusión ha alcanzado su máximo, de tal manera que actualmente pueden distinguirse dos criterios principales: - el de aquellos que siguiendo a Freud postulan fuerzas esencialmente dependientes de la estructura biológica del organismo y el de aquellos que como E. Fromm, K. Horney, y H.S. Sullivan, etc., otorgan preeminencia a condiciones dimanadas de la naturaleza social del hombre, las que canalizan la energía psíquica por intermedio de las relaciones del individuo con los demás. Es necesario aclarar que ni los freudianos ignoran la fuerza modeladora de la sociedad y la cultura, ni los culturistas ignoran las fuerzas biológicas. El problema, aunque de gran interés, tiene mayor importancia teórica que práctica y el médico bien puede esperar a que los especialistas se pongan de acuerdo

al respecto a los aspectos más complicados del problema. Estas divergencias no alteran la validez del principio, en el que todas las escuelas coinciden, de que el hombre es - dirigido por procesos impelentes o dinámicos, es decir, - fuerzas o necesidades que tienen que ser satisfechas en - alguna forma si es que la personalidad ha de preservar su organización, y que estas fuerzas pueden ser los actores en conflicto que tienden a destruir el equilibrio de la - personalidad.

TEMA 2.- COMPORTAMIENTO DEL NIÑO SEGUN SU EDAD, SALUD MENTAL, STATUS SOCIAL Y CULTURAL.

2.1 EL NIÑO COMO ORGANISMO EN DESARROLLO

El niño en crecimiento ha sido estudiado dentro de muchos esquemas teóricos diferentes. Algunos acentúan la importancia de la conducta con exclusión de otros elementos; otros centran su atención en el progreso ordenado de la maduración fisiológica; en fin, otros se concentran en el desarrollo de la estructura de la personalidad o el carácter, que se considera determinado por la satisfacción o por la falta de satisfacción de ciertas necesidades instintivas y emocionales.



- el niño en crecimiento ha sido estudiado dentro de muchos esquemas diferentes. -

2.1.1. INTERACCION DE HERENCIA Y AMBIENTE.

En el pasado los investigadores del desarrollo infantil se alistaban, por lo general, en uno de estos dos bandos: "constitucionalistas" o "ambientalistas". Cada uno de ellos intentó, mediante diversas maniobras de investigación, negar la influencia particular que consideraba insignificante. En realidad, como Anastasi y Foley señalaron en su seria revisión de las tendencias psicológicas - hasta 1948, los que se adhirieron a una concepción predominantemente constitucionalista de la conducta no lograron aislar los determinantes constitucionales, en tanto que los ambientalistas se vieron en la imposibilidad de excluir la referencia a los factores hereditarios.

En su análisis de la herencia estos autores señalan - que los genes consisten en sustancias químicas específicas no en "potencialidades".

Las diferencias adultas entre las especies, afirman, están relacionadas, ciertamente, con la composición química de - las células germinales en el mismo sentido en que un cancel de hierro difiere de uno de bronce. "Pero sería absurdo insistir en que la pieza original de hierro o cancel - tenía las potencialidades originales Habría sido - igualmente "normal" para el hierro llegar a ser una herradura".

Los autores mencionados llaman también la atención sobre la amplitud de los diversos significados aplicados a la palabra ambiente.

Puede ser concebido como geográfico, familiar, individual o incluso intracelular. Por lo tanto, Anastasi y Foley creen que el argumento de "que puede ser tanto lo uno como lo otro", es engañoso y sostienen que ningún factor puede ser el determinante principal de la conducta. "parece ser que el análisis estructural-funcional de la conducta es más productivo que aquél que se hace en términos de herencia y ambiente.

Descubrimientos recientes realizados en diversas áreas corroboran este punto de vista; se enumerarán algunos. Se ha encontrado que muchos reflejos de los bebés, considerados durante mucho tiempo como puramente constitucionales e invariables, varían en intensidad, no existen en muchas criaturas, y se producen en otras sólo en determinadas condiciones ambientales. Por ejemplo, algunos pediatras han cuestionado recientemente si todos los bebés normales presentan el reflejo de Moro. El estado de vagotonía fisiológica, que se presume es normal en la generalidad de los infantes, ha sido estudiado experimentalmente por Richmond y Lustman. Se hicieron pruebas sobre los cambios en la

temperatura de la piel después de la inmersión de un miembro en agua tibia, y también sobre la dilatación pupilar en respuesta al sonido de un timbre. En ambas pruebas se encontró una variabilidad de las respuestas, con las diferencias individuales de un bebé a otro. Los estudios hechos por René Spitz en niños hospitalizados y los que realizó William Goldfarb en niños criados en instituciones, - así como las investigaciones de Laretta Bender acerca del desarrollo de personalidades psicopáticas en muchos niños pequeños provenientes de instituciones o de hogares adoptivos, sugieren que las capacidades de estos niños para responder adecuadamente al ambiente han estado permanentemente embotadas. Estos investigadores hallaron que, en general, los niños así criados tienen menos capacidad para responder al cuidado normal o para reaccionar apropiadamente ante la gente que forma su ambiente. Estos estudios sobre privación afectiva han causado la suficiente impresión como para que algunos hospitales, instituciones y agencias de adopción, hayan modificado sus prácticas.

Incluido el desarrollo motor del ser humano, cuya estructura es tan a menudo considerada invariable, es afectado por el ambiente. La aparición de la visión y el desarrollo de las facultades motoras en una secuencia ordenada confor-

me con la mielinización del sistema nervioso, o la tasa - predeterminada de maduración de las estructuras cerebrales, han dado origen al concepto de que el niño normal - verá, caminará y hablará a su propio tiempo, que ello es innato, pese a cualquier esfuerzo de los que le rodean para acelerar el proceso. Se considera a menudo que todo - el proceso por el cual el infante aprende a alzar la cabeza, a volverla, a sentarse derecho y, sucesivamente, a gatear, pararse y caminar, representa la ejecución completa de sus potencialidades motoras normales. Sin embargo, el concepto de "normal" varía de una cultura a otra. Las - proezas de equilibrio y los movimientos que realizan por rutina las personas que pertenecen a una cultura dada, - las bailarinas javanesas por ejemplo, pueden parecer extraordinariamente difíciles a quién no haya sido educado para usar su cuerpo de esa manera. Puede decirse que la falta de una estimulación adecuada y oportuna ha privado a ciertos músculos y articulaciones de su capacidad potencial para desarrollar un tipo de motricidad normalmente - lograda en otras partes del mundo.

Ciertos descubrimientos resultantes de la experimentación animal parecen refutar también las conclusiones puramente "constitucionales", y señalan la acción recíproca

entre herencia y ambiente. Se ha demostrado que si a chimpances con estructuras visuales normales se les venda los ojos durante dieciseis meses a partir de su nacimiento, - después son incapaces de responder a estímulos visuales - durante algún tiempo. A pesar de la integridad de las bases anatómicas de la visión, estos animales necesitan meses de exposición gradual de la luz para poder ver. En - otras palabras, los órganos visuales del chimpancé no comienzan a funcionar hasta que haya una cierta cantidad mínima de estimulación continua en el ambiente.

La cuestión decisiva no es determinar cómo han de - fraccionarse la herencia y el ambiente en el análisis de la conducta, sino, precisamente, cómo los dos se interrelacionan e influyen en el desarrollo del individuo.

John L. Fuller, en su libro *Nature and Nature*, considera la controversia herencia-ambiente desde el punto de vista del biólogo y el estudioso de la conducta animal. "Ninguna buena respuesta es posible a la pregunta de si una - pauta o si un rasgo de conducta en particular es hereditario o adquirido, escribe. La naturaleza y la educación no pueden contraponerse una a otra de esta manera porque el desarrollo es una transacción continua entre el organismo y lo que lo rodea. La herencia es la capacidad de - utilizar un ambiente de un modo particular. Una pregunta

legítima que podemos hacer se refiere a la contribución - relativa de la variación de los genes y la variación de la historia personal a la variación de los caracteres tales - como la inteligencia y los rasgos de la personalidad".

2.1.2. LAS NECESIDADES INSTINTIVAS COMO UN FACTOR EN EL CRECIMIENTO DEL NIÑO.

Un cierto número de observadores ha considerado al - instinto, más que la herencia y el ambiente, como el factor primordial en el desarrollo del niño, y se han efectuado algunos estudios valiosos sobre la "conducta instintiva" del infante. Para Margaret Ribble, por ejemplo, algunas - de sus necesidades son básicas. El niño según esta autora- permanece durante un período largo en una situación de peligro potencial, debida probablemente a la organización y el desarrollo lentos de su sistema nervioso. El "peligro" está, por un lado, en que el niño sea brusca o prematuramente separado de la madre, o en que establezca una - pobre relación con ella; por el otro, en una creciente - tensión de hambre interior. Con ésto se quiere significar la coexistencia de la necesidad de alimentarse que tiene el niño con la incapacidad, por momentos, de asimilar la comida, y su necesidad de oxígeno, que puede ser incapaz de satisfacer a causa de la falta de desarrollo del - mecanismo respiratorio."

En general, aquellos que aceptan este enfoque creen que las necesidades instintivas son uniformes para todos los niños y que pueden ser medidas exactamente. Por ejemplo, Ribble sostiene que todo bebé requiere de un tiempo mínimo para mamar de dos horas. Con respecto a este punto se examina el informe de Davis, Sears, Miller y Erodbeck sobre un procedimiento experimental con el cual trataron de convalidar la teoría de la libido en lo que se refiere a la actividad oral. Su resumen dice: "Sesenta bebés fueron divididos en tres grupos de veinte cada uno; uno fué alimentado con taza, otro con mamadera, y el tercero con pecho, durante los primeros diez días de vida. Este último grupo de bebés desarrollo un reflejo de succión más fuerte que el de los otros grupos, los cuales no difirieron el ritmo del otro. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto del monto de actividad oral espontánea o llanto. El grupo alimentado con pecho mostró una actividad corporal general ligeramente superior en los últimos cinco días y un apetito ligeramente inferior los tres primeros días". Tal descubrimiento contradice la afirmación de Margaret Ribble.

Phyllis Greenacre ha revisado la Literatura sobre la limitación de movimientos en los niños y presenta datos -

adicionales propios, de los que extrae las siguientes conclusiones:

"Más importante es la indicación de que la limitación prolongada, con su frustración o sometimiento acompañante, - puede ser un factor que produzca un retardo de otro tipo, por ejemplo, una aminoración del ritmo. Esto en sí mismo produce cierto menoscabo del funcionamiento intelectual, - sin destruir el intelecto per se. La aminoración del ritmo puede ser un factor en el negativismo crónico, en la - rebeldía, en el bloqueo o, en la falta de una buena y sostenida concentración. En casos extremadamente serios puede producir una situación que recuerda de alguna manera al deterioro funcional de los estados psicóticos crónicos".

En la última década, muchos informes basados en observaciones detalladas de niños de diversas edades destacaron las diferencias individuales que existen entre ellos, y - mostraron que no hay pautas uniformes de conducta instintiva. Lois Murphy realizó extensas investigaciones de - niños de la infancia en adelante, y estudió sus reacciones ante situaciones similares y las acciones recíprocas entre ellos; le impresionó la diversidad de conductas, y el hecho de que a causa de esas diferencias los niños fueran - tratados de diversas maneras, pasaran, en consecuencia, -

por distintas variaciones de experiencias. Sus observaciones, tienden a indicar, por lo tanto, que las diferencias constitucionales de los niños pueden modelar sus experiencias.

2.1.3. CONDUCTA INFANTIL Y CONCIENCIA:

Hay muchas concepciones diferentes sobre la aparición de la conciencia en los niños. Mucho se ha escrito sobre el concepto que el niño tiene de sí mismo, a menudo acompañado con la afirmación de que se siente omnipotente. En verdad, nadie sabe realmente lo que piensa el bebé, dado -- que aún no tiene la capacidad del lenguaje para comunicar sus ideas. Según una hipótesis, se supone que el bebé incapaz de tener conciencia de la sucesión real de las cosas que ocurren entre su llanto provocado por el hambre y el momento en que la leche empieza a fluir en su boca, debe pensar que le dan la comida sólo porque ha llorado por ella. Por tanto, llega a sentirse omnipotente, dueño del poder de convertir el deseo en realidad.

Este salto desde un informe sobre la conducta a una afirmación de la naturaleza de la conciencia se basa en las arbitrarias presunciones de que el bebé es, por regla general, alimentado inmediatamente después de que ha llorado de hambre, que cualquier intervalo que pueda - -

transcurrir antes de una comida no significa nada para la conciencia del bebé, y que el bebé es incapaz de pensar. - Tal concepto parece descansar en presunciones que no pueden ser convalidadas. Un bebé podría sentirse poca cosa o sentirse omnipotente. Además, el tiempo transcurrido podría parecerle, más que insignificante, enorme, aunque lo más posible es que no le pareza ni lo uno ni lo otro, dado que no tenemos testimonio alguno de que sea capaz de idea-ción.

Lo que se observa es la conducta, el bebé llora, y más tarde o más temprano es alimentado. Un niño puede saciarse y quedarse dormido, otro puede seguir tragando hasta que su estómago se distiende demasiado y vomita. La pauta de conducta que se establece depende de lo que ocurre habitualmente. El niño puede desarrollar un ritmo regular de satisfacción, hambre, y nuevamente satisfacción, o puede llegar sucesivamente a una excesiva distensión y vomitar.- En la medida en que estas pautas de conducta continúan, el comer llegará eventualmente a asociarse con actitudes y emociones: bienestar y placer en el primer caso, y malestar y desagrado en el segundo caso.

Muchos factores ayudan al bebé a lograr un buen o un mal comienzo con respecto a la ingestión de comida, entre

otros las diferencias individuales en la estructura fisiológica, en el tamaño del estómago, en las reacciones al tacto, olfato, temperatura y gusto. Las tendencias alérgicas o cólicas pueden contribuir a un mal comienzo. En los padres, además de las actitudes que reflejan ansiedad, necesidad de prestigio, sobreprotección o rechazo, deben detomarse en cuenta su experiencia, su competencia, su validez y utilidad de los consejos que han recibido y su preparación. La conducta inicial del niño puede representar una respuesta a una situación ambiental en la cual el enfoque de los padres puede ser o no un elemento importante. La conciencia, la ideación y el conocimiento pueden aparecer sólo a través de pautas de conducta, con sus emociones concomitantes.

Tal como sucede en la conducta alimentaria, en lo que respecta a la higiene, también deben de considerarse una amplia gama de influencias, aunque suele creerse que el único factor es la actitud de la madre. Por ejemplo, Klatskin, Jackson y Wilkins han hallado que no hay relación entre las prácticas de cuidado materno y la conducta del bebé "en las áreas de alimentación, higiene y socialización". Se cita a menudo el hecho de que un niño fué educado con éxito en los hábitos higiénicos antes de su primer año de vida como prueba de que la actitud de la madre ha sido severa y

punitiva, mientras que todo lo que pueda indicar es que el ritmo regular de eliminación fecal del niño permitió un fácil aprendizaje a través de un simple acondicionamiento. Si su ritmo de eliminación es irregular e impredecible, la información de que se le han enseñado hábitos higiénicos a una edad temprana nos llevará a sospechar que la información es inexacta, o que el aprendizaje se hizo por coerción.

Aún cuando sepamos por medio de la información que el niño se ha iniciado a los hábitos higiénicos a los dos años de edad hay razones para sospechar que ha mediado alguna coerción y que puede haber una posible presencia de hostilidad entre padre e hijo.

Entonces, tenemos que a veces es necesaria utilizar la coerción, pero muchas veces, mas bien en la mayoría de los casos es más efectivo el estímulo positivo para que el niño aprenda a controlarse. Esto es, por medio de una caricia, un "premio" se le va a estar estimulando para que realice sus acciones, sin que exista tanto conflicto entre padres e hijos, ya que ésto es algo que no se puede evitar, ya que siempre que exista autoridad hay un mínimo de conflicto.

2.1.4. DOMINIO Y APRENDIZAJE

Una adecuada relación padres-hijo es importante para -

cada etapa del desarrollo del niño. El proceso de socialización, que debería ser experimentado como un esfuerzo cooperativo en el que padres e hijo, como asociados, se sienten auténticamente orgullosos ante cada nueva adquisición del niño, suele representarse como un conflicto ante todo doloroso que engendra resentimiento y hostilidad mutuos entre padres e hijo. De hecho, una lectura general de la literatura psicológica tiende a dar la impresión de que la crianza de un niño es siempre un proceso traumático, ya sea muy o relativamente poco traumático. Se ha escrito tanto sobre la hostilidad padres-hijos, sobre el resentimiento que la dependencia provoca en el niño, y otros aspectos similares del tema, que parecería que lo único que puede aspirar con cultura psicológica es a no quedar demasiado mal en el análisis de su hijo, si éste llega a ser un adulto desadaptado. Esa madre puede tratar de actuar sobre la base de que no debe frustrar al niño o hacer algo que le cree un conflicto.

En realidad, ni la frustración ni el conflicto son destructivos en si mismos o por si mismos. El niño que nunca se ha visto frustrado, cuyos conflictos son resueltos por otros, eliminando o limando aquellos factores que conspiran contra la expresión y satisfacción espontáneas -

de sus deseos, llegará a ser un individuo bien adaptado sólo en una serie de circunstancias muy artificiales. En estas condiciones, cuando el niño se aproxima a aquellas últimas etapas de socialización que sus padres ya no controlan, cuando alcanza la edad escolar, por ejemplo, carecerá del tipo de experiencia que podría ayudarlo a responder adecuadamente a cada nueva situación. Además de los trastornos de conducta que pueden aparecer en este momento, la frustración y el conflicto tienden a buscar salidas destructivas.

El conflicto estimula el crecimiento humano. El niño tendría poco incentivo para aprender a hablar si su incapacidad para expresar un deseo no interfiriera con la obtención del mismo. Si no fuera por el deseo de juntarse con sus padres, el niño no aprendería a ocupar su lugar entre ellos, a compartir, a defenderse, y a abordar los cambios rápidos y dramáticos característicos de las relaciones humanas en esta etapa de la niñez. Como el pequeño al dar sus primeros pasos se cae cuando está tan cerca del piso que no puede lastimarse y se levanta solo, el niño aprende a dominar la frustración y el conflicto enfrentándolos antes de que adquieran significados sociales negativos. El niño incapaz de mantener la atención continua e íntegra

de sus madres progresará socialmente si aprende a dominar en forma constructiva esta frustración.

- la frustración estimula el crecimiento humano. -



De acuerdo a una observación generalizada es más probable que el segundo o tercer hijo de una familia logre adaptarse socialmente mejor que el primer hijo o que el hijo único. Aprender a convivir con un hermano es casi la mejor preparación que puede tener un niño para establecer buenas relaciones con sus padres. Un niño que llegue a comprender que sus padres le están dando una parte equitativa de su atención y que no accederán a exigencias mayores cuando hacerlo signifique privar a un hermano de la atención debida, será capaz de formarse un concepto de la conducta cooperativa y de conducirse de acuerdo con él.

2.2. DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PAUTAS DE CONDUCTA.

Las dotes hereditarias del niño, que varían ampliamente de un individuo a otro, interactúan con los estímulos ambientales el principal de los cuales es, en los primeros años de vida, el trato particular que el niño recibe de sus padres para generar una pauta de conducta característica. Un amplio estudio emprendido por Alexander Thomas y -- por Stella Chess, ha dado ya testimonios sustanciales como para indicar la existencia de tales pautas características de la conducta de los niños. Si podemos aprender a reconocer y clasificar estas pautas mientras el niño es aún bebé, podremos utilizar nuestro conocimiento de dos maneras: para ayudarnos a predecir cuál sería el modo más eficiente de aprendizaje del bebé, y para que sea posible aconsejar a los padres acerca del tipo de estímulo o actitud capaz de promover el desarrollo más armonioso y efectivo de aquellos potenciales de conducta que nuestra sociedad considera meritorios. Lo que se ha dicho debe tenerse en cuenta, es que estas pautas de conducta llegan a unirse a actitudes que reflejan tipos de relaciones, sentimientos de competencia o de desamparo, seguridad o temor, tendencias cooperativas o negativas.

En alguna medida, en que el niño avanza hacia la - -

conducta madura al dominar a su ambiente mediante el uso de los órganos con que ha sido dotado. Sea que denominemos a este proceso "dominio", o "aprendizaje", el niño normal progresa gradualmente de un estado en el que es incapaz de realizar una tarea particular hacia otro en el que está exitosamente cumplida. Luego procede de la misma manera para dominar la próxima tarea que se le plantea. El estilo de aprendizaje varía según los niños, pero es coherente para cualquiera de ellos. Estructurando deliberadamente una situación de aprendizaje de acuerdo con el estilo de aprendizaje del niño, un adulto familiarizado con el puede facilitar su dominio de las situaciones, mientras que a menudo éste puede retardarse si el adulto sigue inflexiblemente una serie de reglas.

Como toda madre sabe, ningún recién nacido se comporta exactamente como el anterior. Un bebé puede ser tan activo que sea peligroso dejarlo en la cama mientras contestamos el timbre de la puerta de la calle; otro puede permanecer plácidamente acostado en un sitio durante varias horas. Este desarrollará pautas definidas de sueño, alimentación y excreción; la conducta de aquel puede ser impredecible de un día a otro. Un bebé "sabrá" cuándo tiene el estómago lleno y se negará a tomar una gota más,-

mientras que otro querrá seguir engullendo mientras que tenga lugar en el estómago, aunque éso le lleve a la distensión y al vómito. Con poco esfuerzo una madre podra "entrenar" a su bebé, para que al año de edad ya sepa mantenerse limpio y seco, mientras que su segundo hijo tal vez tarde - mucho más tiempo en controlar sus esfínteres, aunque el pequeño sea despierto y trate evidentemente de cooperar.

Los modos de aprendizaje son innumerables. Un niño - buscará repetidamente la aprobación de quienes lo rodean - mientras que se pasa horas yendo y viniendo de la silla a la mesa y de esta a la silla para afirmar sus primeros pasos. Otro hará sus intentos iniciales de caminar sólo cuando no hay nadie con él. Un tercero se apoyará en las sillas o parecera abrigar la ilusión de que aún es sostenido por el andador aunque cualquier observador ha podido advertir desde hace tiempo que el niño domina la nueva habilidad y ya no precisa ayuda física para caminar. Del mismo modo, una bebita a la que se le caiga el muñeco del cochecito tirará con paciencia del cordel mientras pide alegremente ayuda alagun transeúnte, en tanto que otra en la misma situación llorará de rabia y no hará ningún intento de recuperar el muñeco. Los pediatras y estudiosos de la conducta infantil, que conocen estas pautas y muchas similares, pueden

encargarse de prevenir a los padres sobre lo que deben esperar y prepararlos para pasar "éso" con un mayor grado de comprensión.

Es muy frecuente sin embargo, que no se utilicen estas pautas como bases para hacer sugerencias referentes a la manera más constructiva de manejar a un tipo particular de niño. Generalizamos en la edad óptima del destete, para la introducción de hábitos higiénicos, o incluso para la llegada de un nuevo hermano. Sin embargo, es lógico esperar, por ejemplo que el bebé que ha establecido un ritmo regular de excreción, a una edad temprana sera fácilmente instruído en los hábitos higiénicos a través de un simple condicionamiento, mientras que otro con una pauta irregular de evacuación tal vez no sea capaz de conseguir el pleno control de sus esfínteres hasta que sea lo suficientemente grande como para poder abordar la tarea en forma conciente y deliberada.

2.3. INFLUENCIAS SOCIALES Y CULTURALES.

Factores ambientales de diferente amplitud y complejidad influyen significativamente en la formación de la personalidad del niño. Un niño debe de ser estudiado a la luz de su conducta anterior, no en comparación con algún estereotipo de lo que se considera conducta "normal". Similarmenete debe de ser estudiado en el marco de referencia

de su ambiente en particular. No debe evaluarse su conducta de acuerdo a la cultura del estudianto del niño, sino que, tanto la evaluación como el diagnóstico, deben hacerse con pleno conocimiento del criterio aceptable en la cultura del niño.

2.4. FACTORES AMBIENTALES.

Como es obvio, el ambiente del niño incluye ciertas características físicas, tales como topografía, clima, flora y fauna, y demás. La influencia de cada uno de estos factores sobre el crecimiento del niño es tan evidente que no necesita discusión; el desarrollo de las habilidades físicas y mentales, y la dependencia o la confianza en sí mismo, del conocimiento de los otros, de los estándares de vestimenta y conducta, están todos parcialmente determinados por el lugar geográfico en que el niño ha crecido.

El ambiente físico, sin embargo, no puede ser considerado aisladamente. Está íntimamente ligado con factores sociales y culturales, tales como las costumbres y actitudes raciales, étnicas, religiosas, políticas, económicas y morales. Un niño del norte, por ejemplo, se desarrolla con pautas de conducta diferentes a las de uno del sur, pero no por las diferencias del clima y del lugar sino por la diferencia del medio cultural. Por otra parte, un niño que ha

crecido en una comunidad universitaria estará sometido a las mismas influencias que otro que ha crecido en una comunidad universitaria de otro estado. Más que cualquier otro factor, es todo el complejo de influencias culturales el que ayuda a configurar la personalidad del niño.

Pero las influencias no son absorbidas automáticamente por el niño con el aire que respira. Le son transmitidas principalmente por otra gente en el transcurso de las relaciones interpersonales en que se ve incluido. Por lo tanto hay que tomar esas relaciones como un factor necesario e importantes en el ambiente cultural del niño. La más fundamental de las relaciones interpersonales del niño es aquella que se va haciendo más grande, las relaciones con sus hermanos y padres también van cobrando importancia. Sus maestros y otros adultos con los que están en contacto también ayudan a determinar sus actitudes. Aún con la gente que no tiene contacto físico directo, tal como los ídolos deportivos o los del cine o de la T.V. pueden a menudo desempeñar un papel importante en la configuración de la personalidad del niño.

Las relaciones interpersonales, sin embargo, son decisivas en el desarrollo del niño no simplemente por ser los medios por los cuales las influencias culturales convergen

en él. También son importantes en sí mismas, como factores ambientales directos que afectan al niño. Las actitudes de los padres, o de sus sustitutos, hacia el bebé son una influencia especialmente vital en la formación de su conducta. Estas actitudes, empero, no son los de una madre o un padre abstractos que existen en el vacío. Los padres están a su vez afectados continuamente por fuerzas culturales. Sus actitudes hacia los hijos varían en relación con el contexto cultural, con su formación personal, con el status económico, y con las peculiares teorías pediátricas y psicológicas que están en ese momento "de moda".

Los abuelos, tías, tíos, primos y otros parientes pueden ser miembros de la casa o visitantes frecuentes, y entre ellos y el niño pueden hacer vínculos positivos o negativos extremadamente fuertes. Por la interacción con estas figuras familiares se pueden crear en el niño fuertes identificaciones, antagonismos o ambivalencias. Estas pautas de respuesta pueden ser determinantes de tanta importancia en la conducta del niño, y de las ideas sobre las que ésta se basa, como lo son las interrelaciones establecidas dentro del grupo familiar primario.

La categoría de factores ambientales que afectan al niño se extiende, pues, de lo más distante a lo más íntimo.

Además están interrelacionados, de muy diversas maneras.

DESARROLLO FISICO.

Todos los niños crecen y se desarrollan de un modo semejante. Un niño normal, desde su nacimiento hasta cumplir un año, aumenta gradualmente de peso y estatura, y aprende primeramente a levantar la cabeza, luego a sentarse solo, y más tarde a ponerse de pie; así mismo el niño normal de uno a seis años, crece y se desarrolla como todos los demás niños de su edad, sin embargo, hay que recordar que no todos tienen la misma capacidad de aprendizaje que otros. Entre muchas otras cosas, los niños aprenden durante este período a emplear habilmente sus manos, a caminar con firmeza, a correr y a saltar, a hablar con soltura y a jugar alegremente con los demás niños.

Pero, como ya se ha dicho, hay grandes diferencias en la rapidez y crecimiento y desarrollo del niño, y en la edad en que pueden hacer determinadas cosas. Algunos niños duplican a los 5 meses y otros a los 7, el peso que tenían al nacer; algunos caminan a los 13 meses y otros a los 18. Los padres no deben preocuparse porque su hijo haga las mismas cosas que hace otro niño de su edad. Es una idea errónea creer que un niño tarda en caminar o hablar sea necesariamente retrasado. Los niños mentalmente lentos, lo

son también para aprender estas cosas, pero hay muchísimas personas de talento que tardaron en caminar y hablar.

Los padres pueden esperar que sus hijos realicen ciertos actos en el mismo orden; el bebé siempre podrá sentarse antes que pararse, usar correctamente manos antes que pueda hacer uso de sus piernas y piés, y gatear antes de caminar. Esto se debe a que el desarrollo tiene lugar progresivamente desde arriba hacia abajo: los brazos y las manos adquieren habilidad antes que el cuerpo, desarrollan en el último término las piernas y piés.

Los padres no pueden hacer nada para apresurar su desarrollo ; se produce a medida en que el cuerpo se va perfeccionando. Pero aquellos no deben descuidar que nada se oponga al desenvolvimiento normal de las facultades de su hijo. Darán oportunidad a su bebé para que se mueva libremente, dejándolo con frecuencia acostado desnudo, de manera que pueda patalear y dar vueltas; lo ayudarán a que aprenda a usar sus manos dejándolo que tome la cuchara y la taza, - tan pronto como trate de hacerlo. Y pueden hablarle, caminar con él alrededor del cuarto, dejarle mirar y tocar objetos de muchas clases.

TEMA 3. DESARROLLO FISICO.

Al cumplir un año, la mayoría de los niños pesan cerca de tres veces lo que pesaban al nacer, y han crecido de 20 a 25 cm., después de ser muy rápido durante el primer año, - el crecimiento se hace más lento en los años siguientes, de modo que el niño sólo aumenta de 1.800 a 2.300 gramos por - año. Es frecuente que ésto preocupe a la madre que, no - estando bien enterada, cree que hay algo irregular en su - hijo por no progresar con la misma rapidez de antes. Esta menor rapidez en el aumento del niño, es perfectamente normal; habra épocas de crecimiento rápido, alternando con - otras de desarrollo más lento.

A medida que el niño sale de la primera infancia, tienen lugar cambios notables en el tamaño y forma de su cuerpo. Gradualmente pierde la gordura característica de la - mayoría de los bebés, y adquiere formas más alargadas. Como comienza una vida muy activa, perderá grasa y adquirirá músculo. Con frecuencia parece que no come tanto, en relación a su tamaño, como cuando era bebé, pero si aumenta - regularmente de peso, éso no debe de inquietar a la madre.

La cabeza del niño, que al principio es un cuarto de - largo del cuerpo, no crece con la misma rapidez que las - otras partes del mismo. Es tan grande al nacer, que aún con

este lento crecimiento, la cabeza de un niño de cinco años, casi ha alcanzado su tamaño máximo; a partir de esa edad su circunferencia aumenta menos de 2.5 cm. Cuando el niño nace, el tamaño de su cerebro es la mitad de lo que tendrá en su vida adulta; a los seis años, el cerebro casi ha terminado su desarrollo en tamaño. No obstante, durante muchos años seguirán produciéndose cambios en las células cerebrales y conexiones nerviosas, que irán perfeccionando progresivamente al cerebro.

Cuando el niño nace, la parte superior de su cara es mucho mayor que la inferior; esta configuración cambia cuando salen los dientes y las maxilas se desarrollan. La cara pierde su aspecto chato y la nariz se hace menos redondeada. El cuello del niño poco pronunciado y corto cuando era bebé, se alarga.

Los brazos, cortos en relación al tronco en la época del nacimiento, comienzan a alargarse. Lo mismo sucede con sus piernas, aunque en proporción menor. Las piernas de un niño de dos años son relativamente, mucho más cortas que las de uno de cuatro, y mucho menos fuertes, por lo cual el más pequeño cuenta para trepar, mucho más con sus brazos que con sus piernas.

A causa de diferencias familiares y raciales, los - -

niños varían tanto con respecto al desarrollo físico, que es raro que dos niños de la misma edad tengan el mismo peso y la altura. Puede haber 25 cm. de diferencia en la altura, entre un niño muy bajo de tres años, y otro que sea excepcionalmente más alto para esa edad, y que ésto lo haga verse como muchísimos niños de cuatro años. La altura media de un niño de tres años es cerca de 95 cm. pero algunos sólo medirán 85 cm., aún cuando habrá otros que llegen a 104 cm. En general, los niños heredan la estructura corporal de sus padres, pero no estrictamente; por ejemplo, si un padre es excesivamente alto, su hijo puede serlo no tanto, pues según leyes naturales la tendencia es evitar los extremos y acercarse al término medio. Además, los niños son afectados, en el mismo grado en los que fueron sus padres, por factores tales como normas de alimentación, clima y otras influencias del medio ambiente.

El niño que es grande en la primera infancia, tendrá probabilidades de crecer con mayor rapidez, que el bebé chico; el niño que es alto a los dos años, cuando llegue a los cuatro, será por lo general más alto y pesado que el término medio de los niños de esa edad, lo que sucederá a edades más avanzadas. Probablemente a causa de una dieta mejor, así como por otras razones, los niños de las genera-

ciones actuales tienden a ser más altos que sus padres o abuelos.

Muchos niños crecen alrededor de 7,5 cm. al año durante este período; por lo general, aumentan cerca de 2,300 gramos al año, entre las edades de uno a dos años, después aumentan cerca de 1,800 gramos anualmente. Las tablas de crecimiento que antes se mencionaban tanto, tendían a preocupar a los padres si las medidas de sus hijos no coincidían con el término medio para una edad determinada; estas tablas ya se consideran inútiles. El estado físico de cada niño juega en la actualidad de acuerdo con su propia norma de crecimiento individual, más bien que por la comparación con el término medio de los pesos y alturas de muchos niños.

El crecimiento varía también según las épocas del año. Por ejemplo, en Estados Unidos, los niños crecen más en la primavera y principios de verano, y aumentan de peso con mayor rapidez en otoño.

Asimismo, continúan produciéndose cambios en la constitución esquelética del niño. Los huesos del bebé son relativamente blandos y flexibles, y contienen menos tejido óseo y más médula que en los años siguientes. A medida que el niño crece, los huesos se hacen más grandes y fuertes, -

adquieren gradualmente más tejido mineral y menos tejido blando. Cuando los huesos de un niño son menos duros de lo normal en los comienzos de la segunda infancia, como el caso del raquitismo, la presión que se haga sobre ellos fácilmente puede causar deformaciones. Las piernas encorvadas de un niño raquítico, son resultado de la posición que adopta al sentarse o al acostarse, o de los intentos de ponerse de pie cuando las piernas no son lo suficientemente fuertes para soportar su peso. Por fortuna ésto ya no es frecuente, pues los padres exponen al sol a sus bebés y les dan vitamina A y D, en los primeros meses de su vida.

Los varones y las niñas difieren en su crecimiento. Aún cuando por lo general, en el momento del nacimiento las niñas son un poco más bajas y livianas que los varones, su estructura ósea está más desarrollada. A causa de estar adelantada, en el momento del nacimiento, alrededor de un mes con respecto al varón, la niña progresa con mayor rapidez, y a la edad de seis años su estructura ósea tiene cerca de un año de adelanto sobre el varón, de su misma edad. Por estar más desarrolladas en su esqueleto y sistemas nervioso, las niñas aprenden con más facilidad que los varones de la misma edad, a vestirse solas, a escribir y a hacer otras cosas que dependen de la destreza en el empleo -

de los huesos y músculos de la muñeca.

3.1. CRECIMIENTO DEL NIÑO.

Un año:

Gatea, trepa, se sienta por sus propios medios, y -
mientras está sentado, puede volverse en varias direcciones.
Aunque puede estar de pie, habitualmente prefiere gatear -
apoyándose en las manos y rodillas. La marcha la hace con
frecuencia "a cuatro patas". Al año algunos niños pueden -
permanecer de pie sin ayuda, algunos caminan.

Hacia el final del primer año, el niño puede sostener
una taza y manejar con alguna torpeza una cuchara. No obs-
tante, por lo general prefiere tomar la comida con los de-
dos. Al acostarse le gusta ayudar a quitarse las medias, -
aunque es posible que pase un tiempo considerable tratando
de ponérselas de nuevo. Sin embargo, este es el período -
en que el niño pasa de bebé a niño, y cuando los padres -
pueden contribuir más a su desarrollo, alentándolo a que -
haga cosas por sí mismo.

Al niño chico le gusta jugar con muchas cosas peque-
ñas a la vez, y se deleita recogiénolas y dejándolas caer,
Este dejar caer y recoger representa un proceso de aprendi-
zaje. El bebé, una vez que ha aprendido a tener un objeto
en la mano, debe aprender a abrir el puño para dejarlo caer.

Alrededor de un año, el bebé con frecuencia dice "de-dáa", y hace adios con la mano. Le gusta jugar a las escondidas, y tirar las cosas. Le encanta tener público y es con gran frecuencia un artista de la mímica.

La mayoría de los niños tienen seis dientes a esta edad.

Dos años:

Corretea de un lado a otro, aún cuando todavía no está muy seguro de sus piés. Dando la mano a alguien o agarrándose a la baranda puede subir la escalera, escalón por escalón. Puede jugar a la pelota y manejar un pequeño triciclo.

Hace pequeñas torres de cubos, abre cajones y se deleita sacando cosas de ellos y volviéndolas a poner. Le gusta hacer esto una y otra vez. Lavarse le produce una extraordinaria diversión, comer solo, por lo general puede hacerlo con bastante limpieza, al final del segundo año. Le gusta ayudar a desvestirse.

A los dos años puede hablar con frases cortas, así como con palabras sueltas. Empieza a interesarse por las canciones infantiles. Algunos se ponen a recitar poesías que les han leído.

Los padres no deben inquietarse demasiado si el niño,-

alrededor de esta edad, comienza a contestar "no" a casi todo lo que se le pide u ordena. Esta etapa de contradicción, no es extraña en el desarrollo del niño.

La mayoría de los niños de esta edad tienen 16 dientes.

Tres años:

Puede realizar acciones como las siguientes: correr, saltar, trepar, manejar un triciclo; está en continuo movimiento, de un lado a otro, sube y baja escaleras, puede llegar a una esquina y detenerse bruscamente.

Puede emplear las manos y los brazos, las piernas y los piés; se deleita jugando con arcilla y en su cajón de arena; puede hacer un tren o una torre con bloques o cubos, pliega una hoja de papel; dibuja cruces con lápiz en un papel. Guarda sus juguetes cuando termina de jugar.

Ayuda a vestirse y desvestirse. Si tiene perchas a su alcance, cuelga el saco cuando llega de la calle. Como las niñas se desarrollan con mayor rapidez que los varones, algunas de tres años se visten solas, o con muy poca ayuda.

A los tres años el niño habla con oraciones breves, generalmente con animación. Presta gran atención a los adultos, escucha sus palabras, y observa sus caras para interpretar los signos de aprobación o de censura. Acepta de buena gana las sugerencias y actúa entusiastamente de

acuerdo con ellas. Le gusta escuchar cuentos o canciones simples, así como - hacer de oso, perro o caballo. Es curioso acerca de las personas y de las cosas que lo rodean, haciendo muchas preguntas sencillas.

Casi todos los niños tienen sus 20 dientes deciduos - a los 30 meses.

Cuatro años:

Si la de tres años puede llamarse la edad de la - acción, la de cuatro puede llamarse la de la averiguación. "¿por qué?" y "¿cómo?" son dos de las expresiones que más - usa el niño de cuatro años.

Esto no quiere decir que no le guste "hacer cosas", - porque naturalmente es muy activo. Puede correr, saltar y trepar con mucha más facilidad y gracia que un niño de tres años; puede tirar una pelota, construir una casa con cubos. Le gusta jugar con otros niños.

Además de hacer muchas preguntas, el niño de cuatro - años puede conversar con otro niño o con un adulto. Le gusta mucho decir: "Ahora quiero hacer otra cosa; eso lo hice antes. Puedo hacer algo diferente". Le agrada escuchar - cuentos y poesías para niños; quiere escuchar una y otra - vez los cuentos que él particularmente prefiera, sin ningún cambio.

A los cuatro años el niño puede desvestirse y vestirse solo, si sus ropas son simples y los botones apropiados, e ir al excusado sin ayuda.

De cinco años en adelante:

Está más seguro de sí mismo, y por lo general es digno de confianza; ha aprendido a hacer todo lo que su familia - espera de él. Se lava y se viste solo, va solo al excusado, y se interesa por ayudar en las tareas del hogar. Juega bien con otros niños, pero aún cuando está solo se entretiene.

Adolescencia:

Cuando hablamos de adolescencia, hablamos de un tema - muy amplio, en el que tratamos al futuro adulto como un - tema específico, ya que en esta etapa se están sucediendo - cambios no solo físico, sino que mentales, morales y socia- les, en los que el joven de repente niño, de repente adul- to no goza de toda la aceptación que está deseoso de obte- ner, por lo tanto es inquieto, es rebelde, es pasivo, es - agresivo, es inestable. Necesita de motivación constante - para que se sienta aceptado.

La formación de dentina y cemento radicular continúa - después de entrar en función el diente. La formación de la raíz esta casi terminada cuando aparece el diente. Por -

último, se completa la raíz, y el cemento la cubre. El tejido pulpar sigue funcionando con su aporte de sangre y nervios, después de haberse formado el diente. La cavidad pulpar se ha vuelto pequeña para ese entonces a comparación con el tamaño de la pieza. Sus contornos son similares a los de la corona y la raíz, y la abertura de la cavidad pulpar en el ápice es estrecha. La pulpa conserva su función formativa de tejido, en cuanto puede formar dada la ocasión, dentina secundaria de protección.

Se dice que queda completa la formación del diente cuando está integrado el ápice de la raíz; pero en realidad, este proceso continúa lentamente por toda la vida del diente. La cavidad pulpar se reduce y estrecha cada vez más con la edad. A veces la cámara pulpar dentro de la corona está completamente obliterada y en raros casos, dentro de ésta se ha encontrado depósito de dentina secundaria. Este proceso no es tan extenso en los dientes deciduos, ya que son menos sus años útiles; sin embargo, la pulpa decidua posee las mismas facultades. Las piezas deciduas pueden presentar dentina secundaria en sus cámaras pulpares; como resultado de la irritación producida por caries o desgaste excesivo.

Cuando el diente esta recién brotado, la pulpa dental

es grande; se vuelve progresivamente más chica a medida que se completa el diente. La pulpa es relativamente grande en los dientes deciduos y también en los dientes permanentes - jóvenes. Por esta razón, los dientes de niños y jóvenes - son más sensibles que los de personas mayores frente a cambios térmicos y procedimientos operatorios.

TEMA 4. COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Ahora entraremos de lleno a la conducta que presenta - el niño en el consultorio dental de acuerdo a su edad, y - desarrollo en general.

La odontología pediátrica difiere de la odontología - del adulto en tres aspectos principales: atención del pa- ciente, problemas relacionados con el crecimiento y el de- sarrollo, y procedimientos de restauración relacionados con la dentición en desarrollo. Estos problemas, que guardan - relación directa con el desarrollo emocional y físico del - niño, son:

Atención del paciente. De hecho, todo tratamiento que deba tener buenos resultados en cualquier paciente se centra en la manera en que es atendido. Esto ocurre sobre todo en - los niños. Los niños viven en su propio mundo. Influidos - sobremanera por el ambiente infantil y la gente que se en- cuentra en él.

Debe de existir comprensión y afecto básicos por parte del dentista y su equipo, para que se desarrolle con los - niños una relación positiva. Los niños son expertos en el descubrimiento de los sentimientos de quienes les rodean. - Se forman opiniones rápidas de los demás a partir de las - expresiones faciales, el tono de la voz, el tópicos de - -

conversación y las actitudes físicas. Si somos verdaderamente sinceros y honestos con el niño, lo percibirá casi de inmediato y reaccionará de manera positiva. A la inversa, si rechazamos al niño y somos deshonestos e insinceros con él, podremos tener la seguridad de que el pequeño reaccionará de manera negativa. El odontólogo debe analizar sus propios sentimientos hacia los niños para saber si posee la personalidad básica tan necesaria para relacionarse con ellos.

CARACTERISTICAS DE LA CONDUCTA GENERAL EN LOS NIÑOS.

Los niños experimentan crecimiento tanto físico como psicológico de manera constante. Ocurre crecimiento psicológico a ritmos diferentes en cada individuo, del mismo modo que varía en cada uno el crecimiento físico. El crecimiento psicológico es influenciado por la edad, el ambiente y la influencia de las personas que le rodean.

Lo que a continuación se ofrece es una caracterización general de los niños de diversos grupos de edad, sin necesariamente ser una conducta específica que presentan los niños dentro de esos grupos de edad; esta caracterización puede ser de utilidad al odontólogo para que se anticipe a la conducta del niño.

A los tres años de edad:

1.- Aún desveda el calor de su madre.

2.- Es aprensivo con los extraños, hasta que se acostumbra al nuevo ambiente y a las nuevas personas.

3.- Desea hablar con las personas, sobre todo después de familiarizarse con ellas.

4.- Puede recurrir a conducta infantil.

5.- Puede comunicarse y entender explicaciones simples.

6.- Reacciona a las instrucciones positivas concisas.

A los cuatro años de edad:

1.- En general es más sociable.

2.- El temor a los extraños disminuye en forma gradual.

3.- Se encuentra en el período máximo de miedo a lo desconocido, a lo inesperado, las caídas y al ruido.

4.- A menudo es la edad mas difícil.

5.- Elabora fantasías para combatir el miedo; puede jugar a "ir al dentista" en casa para desarrollar valor.

6.- Tiende a exagerar las historias.

7.- Se puede volver desafiante e incluso llegar a poner apodos.

8.- Es una edad en la que habla mucho.

9.- Reacciona a las instrucciones positivas específicas

De cinco a seis años:

1.- No suele tener miedo de dejar a sus padres para enfrascarse en actividades sociales, incluso el ir al dentista.

2.- Están mejor desarrolladas las actividades sociales y personales.

3.- Cúspide del desarrollo del yo; está orgulloso de sí mismo y de sus pertenencias.

4.- Reacciona a la admiración y a los cumplidos, sobre todo sobre su aspecto y su conducta.

5.- Está deseoso de poner su confianza, hasta ese momento dedicada a los padres, en las personas que admira.

6.- Anhela probar cosas nuevas (instrumentos dentales, jeringas de agua, de aire, etc.)

7.- Es mayor su temor a la lesión corporal; a menudo reacciona fuera de proporción a los estímulos dolorosos.

8.- Tiende a relacionar el dolor con el castigo (paliza). Por lo tanto, el odontólogo puede producirle dolor, - el niño puede interpretar a la consulta dental como un castigo.

A los siete años de edad:

1.- Más confiado.

2.- Desea experimentar las cosas sin sus padres.

3.- Alterna la cobardía con el valor.

4.- Aumento del control emocional.

5.- Le disgustan las burlas de los demás.

6.- A menudo se aferra al odontólogo.

7.- A veces las niñas tienden a volver a los temores-
antiguos.

8.- Los varones pueden tender al conflicto con el -
odontólogo varón.

A la edad de ocho a trece años:

1.- No suele distinguir con claridad las experiencias
agradables y las desagradables.

2.- Obediente en general.

3.- Conserva el control emocional.

4.- Se resiente de las burlas.

5.- Suele ser muy manejable.

Adolescencia:

1.- Gran importancia social.

2.- Sensible al grupo de amigos.

3.- Gran preocupación al aspecto y a los olores de la
boca.

4.- Muy manejable.

5.- Disfruta de la conversación con los adultos.

6.- Necesita motivación constante para la higiene bu-
cal.

Estas características no son desde luego absolutas, ni
se limitan sólo a los grupos de edad señalados. Pueden ex-
tenderse en cualquier dirección de la edad indicada, a -

causa de variaciones individuales. El análisis de estas características ayudará al odontólogo a establecer un ambiente cordial con el niño y desarrollar una conversación más tranquila y adaptada al paciente. Por fortuna, la mejor comprensión de la conducta del niño ayudará a la mejor asistencia del mismo.

TEMA 5. MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL EN EL CONSULTORIO DENTAL.

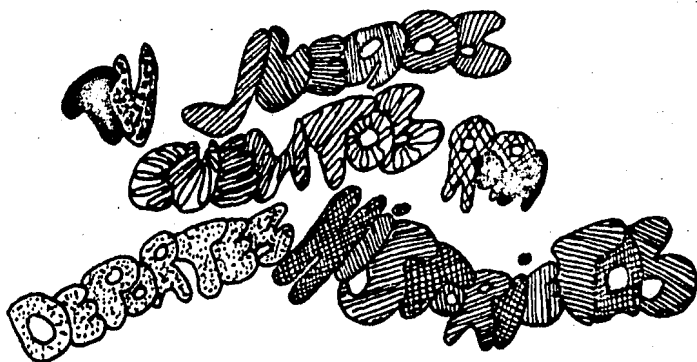
A).- COMUNICACION VERBAL:

1.- Ofrecer instrucciones específicas positivas. Evitar confundir al niño con instrucciones confusas. Las instrucciones deben de ser positivas y concisas. Evitar decir - "¿me harías el favor de pasar ahora?" o "¿no te gustaría sentarte en este sillón grandote?". El niño recibe la oportunidad de elegir con este tipo de instrucción, y tiene que decidir lo que ha de hacer: quedarse con mamá o complacer al odontólogo. Las mismas instrucciones recibidas de un modo específico y positivo, evitarán este dilema: "Hola, es tiempo de pasar ahora: o "sube en este sillón grande", dicen al niño exactamente lo que quiere el odontólogo y no le dan oportunidad de elegir. La mayoría de los niños reaccionarán de manera más positiva a las instrucciones específicas y favorables.

2.- Conservar al niño como centro de atención. Una vez que llega el paciente, debe convertirse en el centro de atención. Toda la conversación se dirigirá a él. Seleccionar tópicos de conversación que corresponden directamente al niño y no a otras personas. Los niños disfrutan cuando son el centro de la atención. Los tópicos sugeridos de conversación son la ropa que usa, los programas de televisión, los -

juguetes favoritos, los deportes y cuentos que prefiera.

Un dentista alerta tomará tiempo para ver algunos programas de televisión y revisar algunos cuentos populares para niños, de modo que le sea fácil iniciar la conversación, sobre todo con los niños tímidos.



- tópicos de conversación. -

Estas conversaciones pueden ser el disfrute real del día de trabajo, y de hecho algunas cosas que dicen los niños serán recordadas por muchos años. Elevar el sillón a nivel del ojo durante la conversación, de modo que el niño no se sienta superado en altura por las personas que están sobre él.

2.- Ajustar el nivel del lenguaje al del niño. Evitar hablar con "lenguaje de bebé" a todos los niños. Es mejor-

ajustar el vocabulario desde un nivel superior hasta uno inferior, según se requiera, que asumir que el pequeño no sabe nada y hablarle a su nivel. Este nivel se logra conforme el dentista se familiariza con el niño.

3.- Tono de voz a usarse. Usar durante las conversaciones tonos normales de voz. El nivel de voz de tono elevado, "cantante", debe evitarse porque el cambio de tono normal de voz durante el procedimiento puede ser interpretado por el niño como un cambio de relaciones, desde la actitud amistosa hasta la seriedad. El tono de voz durante el procedimiento, es un artefacto muy importante. La voz "cantante" ¿"abre mucho Pedrito"? quizá no obtenga el mismo resultado que el tono firme "abre bien, Pedrito". El tono no necesita ser áspero o poco amistoso, sino firme y definido.

4.- Informar al niño. El niño informado suele ser menos temeroso. Se le explicarán los procedimientos de manera concisa, con terminología que no parezca amenazadora. Es necesario explicar a los niños que pasan por su primera cita dental el uso de los diversos instrumentos no amenazadores, como el espejo bucal, la copa de pulido ("el silbato"), el eyector de saliva ("el señor sediento"). Antes de poner una inyección, decir al niño que sentirá un

piquete de mosquito, ésto se hará justamente un momento antes de que perciba la sensación, de modo que no tenga oportunidad de reaccionar al pensamiento; luego se le dirá que va a sentir como hormiguitas en su cachete y, después "gordito". El momento en que se ofrezca esta clase de información puede influir tanto como la propia información. Evitar las palabras que despierten miedo, como duele, inyección, taladro, pinchazo, piquete, sangre. Substituir las por términos descriptivos que tengan menos desagrado relacionado con ellos, o que no tengan ninguno, como ligeramente molesto, piquete de mosquito, pulidor, explorador de cavidades. Se debe de tener cuidado al usar palabras que limiten el procedimiento, como nada más o solamente. Es preferible decir "se te revisarán los dientes y así sabremos - qué es lo que se debe hacerte".

5.- Pacientes parlanchines. El pequeño parlanchín puede usar su lengua para dar salida a la ansiedad o como mecanismo de defensa para retrasar el tratamiento. Cuando el paciente hace muchas preguntas, se debe sospechar que está aplicando una práctica dilatoria. Se le puede poner un alto simplemente señalado que es tiempo de trabajar, y que - cualquier otra pregunta que quiera hacer se le responderá - cuando se haya terminado. No es sorprendente observar que

después del tratamiento, el pequeño previamente parlanchín, ya no tiene más preguntas que hacer, pero debe recibir la oportunidad de hacerlas como se le prometió.

B.- COMUNICACION NO VERBAL.

1.- Expresión facial. Los niños no son muy distintos a los adultos en su capacidad de leer las expresiones faciales y formarse opiniones. Una expresión facial amistosa, vale más que mil palabras amables. Por lo contrario, una mirada firme en el momento adecuado suele lograr resultados reales.

2.- Tacto. En general a los pequeños les agradañ las caricias como medios de expresión de afecto. Suelen ser mas bien recibidas por el pequeño las expresiones tactiles como darles una palmada suave, sostenerles la mano, y ponerles un brazo alrededor. El niño que se contorsiona - sabrá exactamente lo que le indica el odontólogo cuando le aplica un apretón firme en el brazo o en la pierna.

3.- Contacto Ocular. La conservación del contacto ocular durante la conversación fomenta la sinceridad de lo que se dice y refuerza la atención que se está dando al pequeño.

C.- ASPECTO.

1.- Uniformes. Muchos niños temen a los uniformes -

blancos, por la relación que tienen con experiencias médicas y dentales previas que no fueron muy agradables. Los uniformes de color ayudan a eliminar esta reacción. Algunos dentistas prefieren eliminar la ropa clínica cuando ven a un paciente infantil, para disipar más esa sensación desagradable.

2.- Higiene Personal. Los niños, al igual que los adultos, prefieren a las personas limpias y atractivas. Les desagradan las personas con olores corporales y del aliento, y a menudo lo dicen. No puede descuidarse la atención a la higiene personal sólo porque se está tratando "nada más a niños".

3.- Mascarillas Faciales. La cara cubierta por una mascarilla facial quirúrgica es a menudo una visión atemorizante para el niño. Si es necesario usar una, dirá el odontólogo al niño que no quiere "pasarle sus microbios". Dibujar una sonrisa amistosa en la mascarilla puede ser tranquilizante para el pequeño, y aliviará su miedo relacionado con este objeto.

D.- CONTROL DE LAS EMOCIONES.

El Odontólogo debe de controlar sus emociones negativas hacia el pequeño. Si tanto el dentista como el paciente están irritados, el procedimiento tenderá al fracaso.

Es mejor que el odontólogo deje la habitación para "enfriarse" cuando ocurre algo así. Quizá se requiera otra cita para el pequeño, con medicación previa si todo lo demás fracasa.

E.- ALABANZAS.

La gente menuda prospera con las alabanzas. Debe efectuarse reforzamiento de la conducta de manera positiva durante la cita ofreciendo diversas formas de alabanzas, por ejemplo: "Caramba, Pedrito, abres muy bien la boca".

Toda cita debe de terminar de manera cordial. Debe haber por lo menos una cosa que incluso el pequeño más travieso pueda hacer durante la cita que requiera alabanzas. Se deben dedicar unos momentos al final de cada cita para que el odontólogo ofrezca algunas formas de alabanza al pequeño. Es necesario hacer un viaje al "arcón de los tesoros" para dar un regalito a todos los pequeños de la edad adecuada.

TEMA 6. RELACION CIRUJANO DENTISTA-PADRES-NIÑO

6.1. MANEJO DE LOS PADRES:

El niño no tiene miedo natural de ir al dentista. Sus temores son adquiridos a causa de la influencia negativa de otras personas, o a causa de sus propias experiencias dentales desfavorables. Por desgracia, muchos padres ayudan de manera importante al desarrollo de miedo al tratamiento dental. Los padres hacen a menudo que el niño crea prejuicios - contra la odontología, al contarle sus experiencias desfavorables y sus temores en casa. Es esencial que se advierta a los padres que dejen al propio niño la experiencia con el tratamiento dental, sin infundirle miedos preconcebidos - originados en el seno de la familia.

Es bastante común que los padres preparen en exceso al niño para su primera consulta dental. Aunque el intento - puede ser favorable, los resultados suelen ser negativos. - Cuando un padre insiste en lo simple que es ir al dentista, el niño se percata a menudo de que el padre lo está intentando engañar. Es mejor aconsejar a los padres para que - disminuyan la importancia de la consulta al mínimo. El niño debe ser informado de que el odontólogo le revisará los - dientes y probablemente le tomara fotografías. Se alentará al pequeño para que pregunte al odontólogo las cosas que le

van a hacer en cualquier consulta. La primera consulta dental debe ser de tipo ordinario, de modo que el padre sepa lo que se le hará. Se produce un signo real de engaño en la mente de un niño si se le dice que el odontólogo sólo le mirara las piezas dentales y le tomara fotografías, y el odontólogo, durante la consulta, le aplica una inyección bucal y le restaura una pieza. Más a menudo, el pequeño creerá que el que lo engaño fue el dentista, y no el padre. La honestidad es la mejor política con los niños. Si un padre no está seguro de lo que va a hacer el odontólogo, se le debe pedir al pequeño que pregunte. De esa manera el odontólogo podrá darle una respuesta.

Los padres, en particular las madres, están tentadas a entrar en la sala de operaciones con el niño, sobre todo durante la primera consulta. Hay cierto desacuerdo entre los odontólogo sobre la conveniencia de que haya uno de los padres en el operatorio durante la consulta. En términos generales, el dentista puede manipular al niño más favorablemente si los padres se quedan en la zona de recepción. Esta práctica permite experimentar al niño la odontología por sí mismo. Además, permite al odontólogo la oportunidad de establecer un ambiente cordial con el paciente sin la interferencia de los padres. De manera típica

el odontólogo, debe hacer al niño su centro de atención. La conservación debe ser dirigida al pequeño y éste aceptará las instrucciones del odontólogo. Si se encuentra uno de los padres, el niño tenderá a desviar la atención desde el odontólogo a aquel. Además, quizá no acepte con facilidad al odontólogo como figura con autoridad. El odontólogo debe percatarse de la posibilidad de que el niño ponga en su enfermera la función de una segunda figura materna. La ayuda eficaz de la enfermera dirige la atención del pequeño hacia los deseos del odontólogo.

Existen excepciones a la regla de la separación del hijo de los padres. Esto ocurre en particular en niños menores de tres años y en niños inválidos. Los niños que hablan un lenguaje diferente (lenguaje verbal o de signos) son también posibles excepciones. Esta decisión es tomada totalmente por el odontólogo con base a su experiencia y capacidad personales.

La mayoría de los padres están deseosos de colaborar y están enterados de la política del consultorio.

La hora en que se otorga la cita es a veces un factor clave en la asistencia del paciente. Algunos niños aceptarán el tratamiento de manera más favorable a cierta hora del día, o incluso durante ciertos días a la semana. Los

padres pueden ser de utilidad máxima en el establecimiento de citas para el niño en horas favorables. Esto puede significar cierta incomodidad para los padres y los profesores, pero, aún así, el tiempo puede tener gran importancia en el logro del éxito del tratamiento. A menudo es conveniente dar citas más breves y frecuentes para los niños muy pequeños, hasta que se acostumbren al tratamiento dental.

6.2. RELACION DENTISTA-NIÑO:

"El individuo es un hecho de la existencia humana en la medida en que entra en relaciones vivas con otros individuos".

M. Buber.

Su relación con el paciente se prolonga por muchos años. En contacto más o menos directo puede prolongarse hasta dieciocho pero no es raro que esta relación trascienda toda la vida.

El verdadero cliente del odontopediatra es el niño, pero la relación entre ambos es frecuentemente mediatizada, habitualmente por la madre; otras veces por la madre y por el padre; raras veces sólo por el padre u otros miembros de la familia y, en ciertas circunstancias, por personas, profesionales o no, cuyo trabajo se relaciona con el niño, quién constituye así el centro de un grupo más o menos extenso. La importancia de esta relación mediatizada es muy

grande, y en beneficio del niño y sólo del niño, el odontopediatra se ve involucrado en la solución de problemas que, superficialmente considerados, parecerían estar totalmente fuera de su campo de acción. Esto lo obliga a ser extremadamente prudente.

El objetivo del trabajo del odontopediatra ha cambiado con los años, ya no sólo se trata de curar niños o tratar de curarlos: es ciertamente una parte de su acción; difícil, dolorosa y muy respetable pero más extensa, debe ser la de prevenir en ellos las enfermedades, y mucho más aún la promoción de la salud, que es la odontología infantil, más que en cualquier otra especialidad, significa la promoción del crecimiento y desarrollo normales.

Tenemos que insistir en que estos últimos no son fenómenos privativos de la pediatría, lo son de la vida misma, pero por la magnitud de los incrementos observables en cada tejido, órgano y en cada función de la economía, cobran mucho mayor importancia en la etapa formativa de la vida.

Por otra parte, y causa del evidente avance de la ciencia y de la tecnología, su armamento es ahora más sutil y extenso y eventualmente más peligroso, por el tipo de medicamentos que se utilizan. Con ello, su responsabilidad

en relación al paciente ha aumentado enormemente. Por lo demás si su trabajo mayor es el fomentar la salud y propiciar el desarrollo del niño y de su familia, reunidos en un sistema que se retroalimenta, entonces su actividad y su responsabilidad se desbordan hacia un nuevo campo: el de la higiene mental, que debe conocer y manejar objetivamente y con ánimo científico pero lleno de humanismo, por el daño considerable que eventualmente puede causar, lesionando el espíritu del niño mismo y el de los progenitores. El médico debe cuidar por ello de su axiología. Los modelos de desarrollo que nos ofrecen el Oeste y el Este, dice O. Paz, y dice bien, son simplemente compendios de horror que conducen al desastre. Pero a pesar de ello, a pesar de la terrible enajenación que a la fecha nos paraliza, nos esclaviza y nos impide actuar, y de la que no se escapa el dentista infantil, los conceptos sobre crecimiento y desarrollo han cambiado; antes eran muy mágicos, y poco era lo que el médico "producía" o podía producir al respecto, pues la sociedad era, además, mucho más tradicionalista y gazmoña.

El estudio científico del crecimiento está en auge, - así se refiera al ámbito de lo estrictamente biológico, a lo psíquico o a lo social y cultural; va por lo tanto desde la etiología, la genética, la embriología y la histología -

comparada hasta la filosofía antropológica, pasando por la bioquímica, e incluye, entre otro el trabajo de psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas y antropólogos. Todas esas disciplinas han abierto para el odontólogo infantil un panorama extraordinario y luminoso, interminable, de modo que el que sabe serlo vive en cada minuto de su vida y en cada fracción de su espacio una verdadera aventura; la aventura del espíritu.

El odontopediatra debe ubicarse y debe ser modesto, sin olvidar que tiene una obligación no aplazable: la de prepararse mejor para poder actuar honestamente. Sus actividades académicas deben ser por ello permanentes, metódicas, llenas de dinamismos, y en ningún caso motivo de improvisación. Y tiene que planear y actuar alimentando su trabajo con el de los investigadores. Hay, por supuesto, un peligro que comparte con los padres: el de intoxicarse llevado por su entusiasmo y usar, sin digerirlos, los conocimientos que adquiere, con grave retraso en el aprovechamiento adecuado de los avances ciertos en campos tan vastos. La tarea es, por lo tanto, la de mantener una actitud serena y objetiva.

Desde el punto de vista del individuo, crecimiento y desarrollo deben verse como un continuum que se inicia en -

la concepción y termina con la muerte, y en él pueden atribuirse conceptos universales que el odontopediatra debe conocer al relacionarse con su paciente: hay una dirección - que conduce a una meta; hay también ritmo y secuencia, velocidad, momento u oportunidad y equilibrio. Estando determinado en su potencialidad por fuerzas genéticas, el crecimiento obedece también a razones epigénicas, por lo que se requiere considerar en todo momento los logros previos, esto es: a la masa crítica alcanzada, porque siendo el humano un sujeto neoténico, en su camino a la madurez va alcanzando diversos niveles de masa crítica que constituyen una de tantas edades pediátricas. Tan armónica para su edad de maduración es el biotipo del recién nacido, que podría describirse en lo físico como braquicefálico y macroesplácnico, además de tener una conducta predominantemente neuromuscular, como lo es para la suya el preescolar, en el que los miembros son largos y el panículo adiposo es escaso y tiene una conducta mental centralmente mediatizada. Por lo tanto, para lograr una adecuada relación con su paciente, el dentista infantil debe multiplicar sus instrumentos de comunicación y debe tener tantos "lenguajes" como edades de desarrollo tiene el niño. No se puede entrar en comunicación con un escolar y menos con un adolescente como si se -

tratara de un preescolar.

Como un don derivado de la capacidad cibernética y de simbolización que caracteriza al cerebro humano, puede decirse que lo esencial de un lenguaje en el contexto con el que se emplea aquí el término, es ser un instrumento de relación, de comunicación. Y desde este punto de vista el niño emplea cada uno de sus órganos de los sentidos para relacionarse y para fabricar un lenguaje, que varía de acuerdo a su edad de desarrollo, aún el olfato debe incluirse en esta categoría, sobre todo en los primeros meses de vida, y también el gusto. Son esenciales, por supuesto, la vista, el oído, el tacto, incluyendo sus capacidades cenestésicas. Con todas ellas el niño integra habilidades psicomotoras y capacidades tan variadas como el lenguaje, el oído y su respuesta; el lenguaje hablado y el escrito; pero también la mímica, el juego, la postura, la relación espacial, la distancia "aceptable", el dibujo, la fantasía, la imagen corporal, el concepto de "héroe", etc. Y sobre todas ellas ha de saber el odontólogo infantil, si desea lograr una buena relación con su paciente.

Todo ello trae compromisos con el odontólogo infantil; ya que no es admisible que atienda en un consultorio en donde el niño no se sienta a gusto. El dentista infantil

debe escuchar al niño, que es su cliente, y dedicar por lo menos un minuto propedéutico o terapéutico. Se requiere tiempo. Y en ningún caso el dentista debe sentirse ni omnipotente, ni omnipresente, ni omnisapiente.

El dentista debe tomar en cuenta los factores ambientales, culturales, sociales en los que se desenvuelve su paciente para lograr una relación más calida y productiva con él y con su familia.

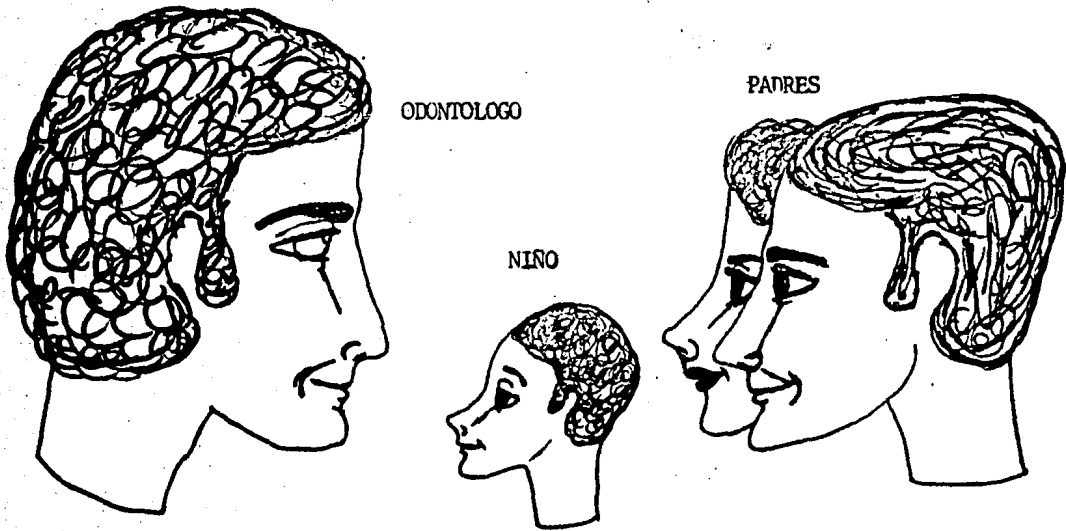
6.3. RELACION DENTISTA-PADRES-NIÑO:

Si la relación médico-paciente está tan mediatizada en odontología infantil, al dentista le interesa saber que los adultos, específicamente los padres y los pediatras, reaccionan frente a los niños con todo su bagaje caracterológico y toda su dinámica personal; le interesa saber también que, al igual que el niño el adulto tiene necesidades básicas en el campo de lo afectivo, como son las de relación, trascendencia, arraigo, identidad y orientación, e integración. De acuerdo con su carácter y con las circunstancias que concurran en una situación determinada, cuando encuentre amenazada la satisfacción de tales necesidades, podrá recurrir a muy distintos mecanismos de defensa como serían la negación, la conversión, la represión, la racionalización, la proyección, el desplazamiento, la sobrecompensación, -

la regresión, el enquistamiento, la identificación e introyección, la sublimación.

Existen diversas clasificaciones relacionadas con el carácter del adulto; las más operantes y las más empleadas son las de Freud y todas ellas, en general, los toman en cuenta y solo hacen cambios relacionados con factores en los que Freud hizo menos énfasis. Una de ellas, empleada por los pediatras de nuestro País, es la de Fromm, la cual entre otras características, tiene la de usar una nomenclatura de términos más llanos. En ella se señalan cinco orientaciones de carácter: receptivo, explotador, acumulativo, mercantilista y productivo.

En la relación parental y con el niño, tanto como en la que se establece entre el médico y el niño o entre médico-padres-niño, tal clasificación caracterológica es operante; sin embargo, dada la importancia de la figura materna en los procesos de desarrollo, ocurre con frecuencia que el dentista infantil sólo lo aplica en relación a la relación a la madre y se olvida de otros familiares, particularmente del padre, lo cual es obviamente incorrecto si se toma en cuenta lo que implica el concepto de dinámica familiar, ya que en esta relación se va a sembrar la semilla del miedo o de la confianza hacia su dentista.



- una buena relación, para un buen trabajo. -

Al dentista infantil le debe interesar conocer los atributos de una buena madre y/o de un buen padre para fomentarlos, si es posible, en beneficio del niño, y esa tarea debe ser considerada como "oficio de buena relación con su paciente". Y aquí de necesidad se evoca a Kanner quién dice - "una buena madre es ante todo una persona buena y competente". Mucho antes de ser madre aprendió a vivir cordialmente con los demás, a manejar sus asuntos serenamente y a hacer honor a los derechos y sentimientos de los otros. Se mueve en un mundo de realidades, conservando empero bastante imaginación como para tener iniciativa en la vida.

"Una buena madre no es autócrata ni una esclava; es una afectuosa consejera que conoce el valor constructivo de la-

reciprocidad. Dirige sin coerción, corrige sin herir; obtiene cooperación sin importar su voluntad; es seguida y respetada antes de obedecida y temida"

"Una buena madre tiene fe en su hijo; no piensa en el futuro con agitada alarma. Sabe escuchar y es confidente discreta y benigna; observa y disfruta y promueve el desarrollo sin importunarlo. No quita, desconfianza, la iniciativa. Su perspectiva es la obtención de la bondad y de la salud y no la aceptación de la maldad y la morbosidad".

Y un buen padre debe de tener cualidades correlativas.

Especialmente importante resulta conocer la conducta de los padres en el ámbito de la disciplina y de la permisividad, que en sí representa una actitud frente a la vida y por lo tanto traduce nuestra capacidad axiológica. Esa actitud es la del respeto al hombre, la de aceptar que los que difieren de nosotros son tal vez más nuestros que nosotros mismos y que al aceptar contradicciones estamos en proceso activo de desarrollo.

Los estudios de Shaeffer, de Becker y de otros, entre los cuales probablemente debemos incluir a Berne, permiten plantear de manera suscita las siguientes interacciones:

Amor vs. Hostilidad

Control o restrictividad vs. Autonomía o permisividad.

Lo que un ordenamiento tetracórico da cuatro posibilidades extremas y muchas más intermedias:

- 1.- Calor y permisividad
- 2.- Calor y restricción
- 3.- Hostilidad y restricción
- 4.- Hostilidad y permisividad

Aparentemente este ordenamiento permite hacer algunas predicciones más ó menos consistentes: la restrictividad temprana, ejercida por la madre antes de los tres años de edad lleva a la conformación de una conducta dependiente, y la ejercida en etapas posteriores propicia actitudes reactivas ya sean abiertas o inhibidas; por otra parte, el calor acompañado de una permisividad objetiva ofrece los mejores resultados.

Cuando el odontólogo infantil ha considerado todos los factores, todas las situaciones hasta aquí expuestas, que cuentan mucho con la relación de su paciente, puede ya pensar en la naturaleza específica de la misma.

A diferencia de lo que ocurre con otras especialidades odontológicas, la relación del odontopediatra con su paciente es cada vez más estrecha, más íntima, más personalizada como consecuencia de la necesidad de considerarlo EFECTIVAMENTE como un ser bio-psico-social y, por lo tanto, de

conocerlo mejor. En buena parte ello se debe a que el niño no puede esperar, pues inicia su vida con máxima inseguridad, dependencia e invalidez; se debe también a que en sus primeros años, por lo menos, es aún espontáneo, no ofrece trabas para una buena relación y a que conserva en parte un pensamiento mágico y animista de las cosas y de las personas, y perfectamente intenta, sin saberlo, dar un sentido al universo y ofrecerse respuesta acerca de sí mismo y de las leyes de la naturaleza.

Todo ello contribuye a disminuir la mediatización, acaba con la "burocracia en la relación" y la facilita enormemente. Y esta afirmación es válida aún para el escolar que gusta de vivir entre sus padres y el adolescente que objeta al adulto por obsoleto; el secreto por supuesto estriba en el respeto.

Un peligro radica en la odontología institucionalizada; pero con respecto a ella conviene pensar también en las fallas de la personalidad misma del odontólogo, más que en las de la institución o del paciente, porque aún el niño de hospital es propicio y desea una buena relación.

Así pues, si el odontólogo quiere mantenerla, tendrá que hacerse permanentemente una serie de preguntas y planteamientos. Tendrá, por ejemplo, que rehusarse a ver el

futuro como la continuación más ó menos aproximada del mismo estado de cosas que son familiares en cualquier presente sin que ello signifique que no deba ver y vivir plenamente el presente.

"Ha de ser libre y tener reverencia por la libertad. - Ha de tener la capacidad de sentir con ánimo crítico y de percibir cabalmente la realidad", por lo tanto, ha de ser capaz de integrar a través del análisis seguido de la síntesis y "tendrá que saber soportar la verdad", porque no hay nada más doloroso que comprobar la propia impotencia frente a un preescolar que sufre o muere ó frente a un adolescente cuyo desarrollo lo está llevando a la desesperanza y a la infelicidad.

Por éso es que el odontólogo infantil, sobre todas las cosas y como consecuencia de lo anterior, ha de tener presentes los atributos del afecto positivo y activo; conociendo el objeto de su relación, interiorizándolo en él y valorándolo, respetándolo en su otra edad pero al mismo tiempo responsabilizándose por él y deseando intensamente su desarrollo. Lain Entralgo resume todo ello con exquisita sencillez cuando dice que hay que trabajar con el paciente ejecutiva y co-ejecutivamente, usando corazón y cerebro, cerebro y corazón.

Ya hemos dicho que el paciente pediátrico facilita al dentista esa tarea de desarrollo de su propio ser porque - mientras el niño, en su evolutividad pasa de latencia a - integración, alcance de metas y adaptación, la familia, el odontólogo infantil y la sociedad siguen, por así decirlo, el proceso opuesto en la búsqueda del encuentro de la relación: adaptación, alcance de metas e integración; de modo que la relación específica que aquí se discute constituye - un mecanismo circular en el que hay "generación", básica - para el niño, y "regeneración", vital para el odontopediatra.

TEMA 7. CONCLUSIONES

Tenemos que, para llevar a cabo una odontología no sólo infantil sino dirigida hacia los adultos, exitosa, no únicamente se debe de centrar nuestra atención en el estado de salud específicamente bucal, sino que debemos centrar nuestra atención al individuo en su conjunto, no nada más como ente biológico, sino verlo como una entidad bio-psico-social. Todo ésto dentro de un marco de respeto y atención al individuo, lo que nos dará una odontología con éxito, aunada a la satisfacción, crecimiento personal y profesional.

TEMA 8. BIBLIOGRAFIA

- 1.- De la Fuente M., Ramón; Psicología Médica. Ed. Fondo - de la Cultura Económica. 1a. Edición. Año 1969.
- 2.- Chess, Stella.; Introducción a la Psiquiatría Infantil. Ed. Paidós. 1a. Edición. Año 1967.
- 3.- Carroll, Herbert; Higiene Mental. Ed. C.E.C.S.E. 6a. - impresión de la 1a. Edición. Año 1977.
- 4.- El Niño de Uno a Seis Años; Publicación del Comité Interdepartamental de Cooperación Científica y cultural - por el Servicio de Lenguas Extranjeras de la Secretaría del Estado de los Estados Unidos. Año 1945.
- 5.- Ramírez, Santiago; Infancia es Destino. Ed. Siglo XXI. 5a. Edición. Año 1981.
- 6.- Piaget, Jean, Adaptación Vital y Psicología de la Intelligencia. Ed. Siglo XXI. 2a. Edición. Año 1979.
- 7.- Mandolini, Ricardo.; De Freud a Fromm.; Historia General del Psicoanálisis. Ed. Ciordia. Año 1960.
- 8.- La relación Médico-Paciente, varios autores. Ramos, Rafael. La relación Médico Paciente en Pediatría, editado por los Laboratorios Syntex.
- 9.- Lewis, Melvin.; Desarrollo Psicológico del Niño. Ed. Interamericana. 1a. Edición. Año 1973.
- 10.- Chasteen, Joseph. Principios de Clínica Odontológica. - Ed. El Manual Moderno. 1a. Edición. Año 1981.
- 11.- Isaacs, Susan.; Conflictos entre Padres e Hijos. Ed. - Psique. 1a. Edición. Año 1951.
- 12.- Blos, Peter.; Psicoanálisis de la Adolescencia. Ed. Joaquín Mortiz. 3a. Edición. Año 1981.
- 13.- Finch, Stuart.; Fundamentos de la Psiquiatría Infantil. Ed. Psique. Año 1962.

- 14.- Diamond, Moses.; Anatomía Dental. Ed. Hispano-Americana. 2a. Edición. Año 1978.
- 15.- Valenzuela, Rogelio.; Manual de Pediatría. Ed. Atlántida, 2a. Edición. Año 1952.
- 16.- Wheeler, Russell. Anatomía Dental, Fisiología y Oclusión. Ed. Interamericana. 5a. Edición. Año 1979.
- 17.- Piaget, Jean, Inhelder, B.; Psicología del Niño. Ed. - Morata. 9a. Edición. Año 1980.
- 18.- Spitz, Rene.; El Primer año de vida del Niño. Ed. Fondo de Cultura Económica. 5a. reimpresión. Año 1979.
- 19.- Valentine, C.; Anormalidades en el Niño Normal. Ed. - Paidós. Año 1966.
- 20.- Monografías de la Asociación Mexicana de Psiquiatría - Infantil. Año 1976.
- 21.- De Angelis, Vincent.; Embriología y Desarrollo Bucal, Ortodoncia. Ed. Interamericana. 1a. Edición. Año - 1978.
- 22.- Barash, David.; El Comportamiento Animal del Hombre. - Ed. Ate. Año 1979.
- 23.- Selecciones de Scientific American.; Comportamiento - Animal. Wilson, Edward.; La Comunicación Animal. H.- Blume Ediciones. 1a. Edición en español. Año 1978.
- 24.- Wilson, Edward.; Sociobiología, la Nueva Síntesis. Ed. Omega. 1a. Edición en español. Año 1980.
- 25.- Berkovitz B.; Atlas a Color y Texto de Anatomía Oral. Yaer Book medical publishers, Inc. 1979.
- 26.- Test Gestáltico visomotor de Bender., Koppitz, M. El Test Gestáltico de Bender. Investigación y Aplicación 1963-1973. Ed. Oikos-tau. Año 1981.