



72/1

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

Iztacala - U.N.A.M.

Carrera de Odontología

LA PSICOLOGIA APLICADA EN  
ODONTOPEDIATRIA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A  
LINDA ROSA HERRERA SALGADO  
SAN JUAN IZTACALA, MEX. 1979



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## P R O L O G O

"El conocimiento es una fuente inagotable que trae consigo la maravilla de dar a nuestros semejantes la gracia de la salud".

El Cirujano Dentista tiene una misión trascendental en evitar los problemas psicológicos y dentales antes de que causen mayores daños.

Considero fundamental conocer a nuestro paciente como un todo y no nada más atenderlo estomatológicamente.

Un niño que va con nosotros, siempre es conducido por una persona mayor cuando su problema dental causa molestias por lo que el Cirujano Dentista debe tratarlo adecuadamente, máxime si es la primera vez que tiene relación el niño con la Odontología.

Es de vital importancia el entendimiento de modo de actuar del paciente, considerando su comportamiento generado por determinados factores del medio ambiente que lo rodea.

El desarrollo del niño en un ambiente hostil originará niños hostiles, si este niño problema llega a nuestro consultorio dental predispuesto por estos factores, y lejos de comprenderlo se le aumenta sus conflictos emocionales, se le puede crear un verdadero temor.

Así, como un mal tratamiento practicado durante la niñez quizá o seguramente, dejará un daño permanente en el -- Aparato Estomatológico.

El profesionista que entiende los fundamentos de ansiedad y miedo debe estar capacitado para comprender al niño, ya que el miedo es un obstáculo para alcanzar a que la --

presencia del Cirujano Dentista ante el niño sea exitosa resolviendo sus problemas dentales.

Para no crear problemas dentales durante el crecimiento y engrosar los males comunes en la población actual, el profesionista no solo deberá estar capacitado en lo que se refiere al aspecto del conocimiento de Odontología General, sino también contar con un basto saber de la Psicología del paciente, como del aspecto educacional tanto para los padres como para los niños evitando una mala información o experiencia sobre la Estomatología.

En la actualidad la minoría de profesionistas realizan la labor del conocimiento elemental de Psicología aplicada al Consultorio Dental, y de orientación hacia los padres y niños., por lo que consideré de trascendencia tratarlo en mi tesis.

"La Infancia es el estado ideal de aprendizaje para un desarrollo normal con tendencia hacia la madurez".

## I N D I C E

### I .- EVOLUCION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

#### Introducción

- 1.1 Formación Embrionaria del Sistema Nervioso Central.
- 1.2 Células Nerviosas.
- 1.3 Ganglios
- 1.4 Fibras Nerviosas
- 1.5 Nervio.
- 1.6 Funciones del Sistema Nervioso Central
- 1.7 Propagación de la Excitación en una Asociación de Neuronas.
- 1.8 Memoria y Aprendizaje.

### II .- EL CRECIMIENTO DEL NIÑO

#### Introducción

- 2.1 Desarrollo del Niño Preescolar
- 2.2 Desarrollo del Niño Escolar

### III.- INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL DESARROLLO DEL NIÑO

#### Introducción

- 3.1 Las Necesidades Fundamentales del Niño
- 3.2 Relación Padre - Hijo

- 3.3 Relaciones entre Hermanos
- 3.4 Respuesta del niño a las actitudes paternas.
- 3.5 Orientación Odontológica a los Padres
- 3.6 Comportamiento de los padres en el Consultorio Dental
- 3.7 Instrucciones a los padres

#### IV .- MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

##### Introducción

- 4.1 Actitud del Profesional
- 4.2 La Primera Visita
- 4.3 Conclusión de la Primera Visita
- 4.4 Diferentes Actitudes de los Niños
  - El niño Sociable
  - El niño muy Activo
  - El niño Desafiante
  - El niño Miedoso
  - El niño Tímido
- 4.5 Estados Físicos que repercuten en el comportamiento del niño

#### V .- PREVENCIÓN

##### Introducción

- 5.1 Nutrición
- 5.2 Factores que influyen en los hábitos de la Alimentación
- 5.3 Placa Dental

##### CONCLUSIONES

## 1.- EVOLUCION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

### Introducción.

1.1 Formación Embrionaria del Sistema Nervioso Central.

1.2 Células Nerviosas

1.3 Ganglios.

1.4 Fibras Nerviosas

1.5 Nervios

1.6 Funciones del Sistema Nervioso Central.

1.7 Propagación de la Excitación en una Asociación de Neuronas.

1.8 Memoria y Aprendizaje.

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

Todo organismo está compuesto de células y productos -  
celulares.

Las células son consideradas como los seres vivientes  
más pequeños, en los cuales se realizan fenómenos vi-  
tales análogos a los que se verifican en organismos -  
de mayor complicación.

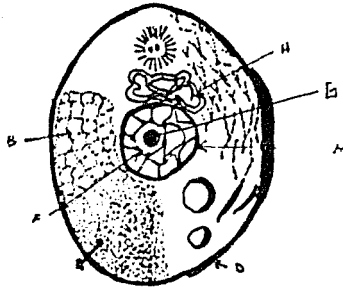
Vemos pues, que su conocimiento es fundamental al es-  
tudir al ser humano.

Enfocado este conocimiento a las células nerviosas se  
recordará la evolución del sistema nervioso tan neces-  
aria para conocer los estímulos que se llevan a cabo a  
nivel celular; dando origen a diferentes reacciones --  
psicosomáticas trascendentales en la conducta humana.  
La conducta del niño se rige en su mayor parte por és-  
tos estímulos psicosomáticos.

Por lo que consideré importante mencionar a grandes --  
razgos la evolución del sistema nervioso como base --  
para los siguientes capítulos.

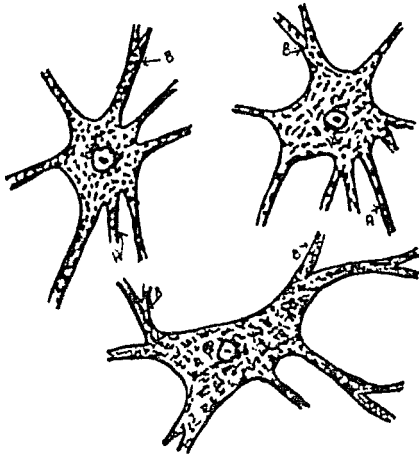


# CELULA



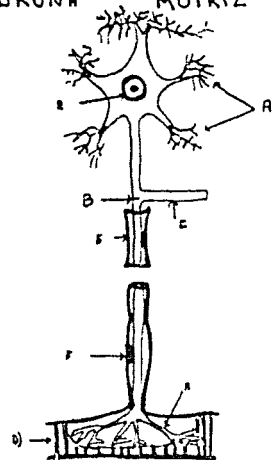
- A) APARATO DE GOLGI
- B) CITOPLASMA ALVEOLAR
- C) CITOPLASMA GRANULAR
- D) ESFERA
- E) CROMATINA
- F) NUCLEOLO
- G) MEMBRANA NUCLEAR

## CELULAS NERVIOSAS



- A) AXON
- B) DENDRITAS

## NEURONA MOTRIZ



- A) DENDRITAS
- B) CILINDRO
- C) COLATERAL
- D) FIBRA MUSCULAR
- E) NUCLEO
- F) NUCLEO DE SCHWANN
- G) NEURILEMA
- H) INTERMEDIUM MOTRIZ

## 1.1 Formación Embrionaria del Sistema Nervioso Central

El primer esbozo del sistema nervioso, ya precozmente en el embrión aparece a lo largo de la línea media dorsal bajo la forma de una depresión acanalada del ectodermo o surco neural, los bordes del surco neural se sueldan ulteriormente - para formar el tubo neural, quedando este completamente separado del ectodermo.

La cavidad de este tubo persiste bajo la forma de conducto central de la médula espinal y se ensancha en la región encefálica para constituir las cámaras o ventrículos del encéfalo.

Muchas de las células epiteliales constitutivas de la pared del tubo neural se diferencian, dando origen a las neuroblastos y a los espongoblastos, que son, respectivamente, formas embrionarias de las células nerviosas y de las células neuroglíicas, las restantes células epiteliales componen el revestimiento epitelial de la cavidad central del sistema nervioso.

A partir del tubo neural se desarrolla, no sólo el sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal) sino también, - en cierto modo como una expansión de éste, el sistema cerebroespinal periférico y todo el sistema nervioso simpático.

## 1.2 Células Nerviosas

La célula nerviosa con todas sus prolongaciones constituye lo que se llama una neurona.

La neurona está compuesta por un cuerpo celular que contiene un núcleo en su parte central. De este cuerpo celular se desprenden prolongaciones. Estos tres elementos: cuerpo celular, núcleo y prolongaciones, forman un todo indivisible.

El cuerpo celular tiene diferentes formas y según que emita una, dos o más prolongaciones recibirá el nombre de unipolar o multipolar, lo más frecuente es que sean bipolares, estas prolongaciones del cuerpo se distinguen en prolongación cilindro - axil y prolongaciones protoplásmicas. Las prolongaciones cilindro - axil o cilindro - eje llamada también *axón*, es homogénea, siempre única, de contornos limpios y regulares, de longitud variable, puede ser o muy corta o muy larga como sucede con algunas que tienen su origen en la corteza cerebral y descienden hasta la parte más baja de la médula, con frecuencia en el curso de su trayecto van emitiendo pequeñas colaterales. Las prolongaciones protoplásmicas, deben su nombre por el aspecto granuloso, de contorno irregular dando la impresión de que se tratara de prolongaciones del protoplasma, todas emiten gran número de colaterales que no se anastomosan jamás entre sí y por su aspecto arborescente reciben también el nombre de dendritas.

El citoplasma de las células nerviosas aparece finamente granuloso. El empleo de determinados métodos permite poner de manifiesto además otras estructuras entre otras las neurofibrillas y los grupos de Nissl.

Las neurofibrillas son finísimos filamentos que atraviesan el soma celular en todas direcciones y se entrecruzan formando una especie de plexo.

Las neurofibrillas son estimadas de ordinario como los elementos conductores de las excitaciones nerviosas.

Los grumos de Nissel son inclusiones en el neuroplasma, relativamente voluminosas y de forma más o menos angulosa, probablemente están formados los grumos de Nissel por materiales alimenticios que pueden desaparecer cuando así lo exigen las necesidades nutritivas de la célula.

Las células nerviosas contienen también un aparato de Golgi bien desarrollado, algunas de ellas (las células unipolares de los ganglios cerebrospinales).

Eventualmente existen en las células nerviosas inclusiones de pigmento, sobre todo en las inmediaciones del núcleo. En la mayoría de las células nerviosas se caracteriza el núcleo por su pobreza en cromatina; dentro del núcleo hay un nucléolo, muy visible y relativamente voluminoso, en el que, frecuentemente, se encuentra una pequeña vacuola o nucleolino. El contacto entre dos neuronas se puede establecer de diversos modos. Puede ocurrir que una arborización terminal (de una neurita o de una colateral) rodee estrechamente el soma celular de otra neurona,

Las neurofibrillas son estimadas de ordinario como los elementos conductores de las excitaciones nerviosas.

Los grumos de Nissl son inclusiones en el neuroplasma, relativamente voluminosas y de forma más o menos angulosa, probablemente están formados los grumos de Nissl por materiales alimenticios que pueden desaparecer cuando así lo exigen las necesidades nutritivas de la célula.

Las células nerviosas contienen también un aparato de Golgi bien desarrollado, algunas de ellas (las células unipolares de los ganglios cerebroespinales).

Eventualmente existen en las células nerviosas inclusiones de pigmento, sobre todo en las inmediaciones del núcleo.

En la mayoría de las células nerviosas se caracteriza el núcleo por su pobreza en cromatina; dentro del núcleo hay un nucléolo muy visible y relativamente voluminoso, en el que, frecuentemente, se encuentra una pequeña vacuola o nucleolino.

El contacto entre dos neuronas se puede establecer de diversos modos. Puede ocurrir que una arborización terminal (de una neurita o de una colateral) rodee estrechamente el soma celular de otra neurona, pero también puede acontecer que las arborizaciones terminales o las ramificaciones dendríticas contraigan relaciones de contacto entre sí, o que lo hagan las arborizaciones terminales con las dendritas de otra neurona.

Todas las partes que constituyen las neuronas, desempeñan importante papel en la conducción nerviosa y ésta se verifica siempre en un solo sentido determinado, pero diferente para cada clase de prolongaciones; así, la corriente nerviosa va siempre de la extremidad de la prolongación dendrítica, al cuerpo celular y de este mismo a las ramificaciones terminales, si se trata de la prolongación cilindro-axil. La conducción es celulífeta en las prolongaciones protoplásmicas y celulífuga en las prolongaciones cilindro-axiles.

Las neuronas son totalmente independientes, unas en relación con las otras, teniendo entre sí solamente relaciones de continuidad. Al contacto que se establece entre las prolongaciones cilindro - axiles de una neurona y las ramificaciones terminales dendríticas de otra se llama sinápsis. El paso de la corriente de una neurona a otra se produce - mediante esta sinápsis y este paso se hace siempre en el mismo sentido, es decir, de la prolongación cilindro- axil o celulífuga de una neurona a las prolongaciones protoplásmicas o celulípetas de otra

En las uniones neuronales se distinguen, según el lugar del contacto, sinapsis exomáticas y axodendríticas.

### 1.3 Ganglios.

Denomináse ganglio a una acumulación de células nerviosas. Los ganglios espinales contienen células nerviosas de forma esférica y variado tamaño, cada una de las cuáles posee una sola prolongación, esta prolongación única, que debe ser considerada como neurita, se divide en forma de T a muy poca distancia de su origen, dando dos ramas: una central y otra periférica. Las células ganglionares son por consiguiente unipolares. Cada célula ganglionar está rodeada por una capa continua de células aplanadas, las células envoltentes. En el tejido conjuntivo existente entre las células ganglionares hay abundantes fibras nerviosas.

Los ganglios simpáticos contienen células nerviosas múltiples que, por tanto, no presentan forma esférica sino que afectan formas diversas en relación con el número de sus prolongaciones. En general, son de menor tamaño que las células de los ganglios espinales. También existen aquí células envoltentes, pero éstas no forman en conjunto una cubierta continua.

#### 1.4 Las Fibras Nerviosas.

Toda fibra nerviosa tiene su origen en una célula nerviosa, pues la neurita es la que constituye la parte esencial el elemento conductor de la excitación, de la fibra nerviosa. La neurita ocupa una posición axial en la fibra nerviosa, por lo cual es denominada cilindroeje. Hay fibras nerviosas que están integradas exclusivamente por el cilindroeje.

El cilindroeje está constituido por finas neurofibrillas, de curso longitudinal, que solamente pueden hacerse ostensibles mediante el empleo de determinados métodos, representan la prolongación de las existentes en la célula nerviosa.

En atención al número y clase de envolturas que protegen al cilindroeje podemos clasificar de la manera siguiente las fibras nerviosas:

- 1) Fibras Nerviosas Meduladas:
  - a) Con Neurilema
  - b) Sin Neurilema
  
- 2) Fibras Nerviosas Ameduladas:
  - a) Con Neurilema
  - b) Sin Neurilema

Las fibras nerviosas meduladas con neurilema constituyen los nervios periféricos del sistema cerebroespinal (a excepción de los dos primeros nervios encefálicos).

Los nervios medulados ostentan un color blanco, debido a la presencia de la mielina. Las fibras meduladas presentan un doble contorno, el contorno exterior corresponde al neurilema, el contorno interior señala el límite entre la vaina medular, muy refringente, y el cilindroeje, poco refringente.



La vaina medular se muestra interrumpida a intervalos regulares, de modo que queda dividida en segmentos relativamente grandes. Al nivel de estas interrupciones aparece, por tanto la fibra nerviosa más delgada, como estrangulada. Las estrangulaciones en cuestión llevan el nombre de estrangulaciones de R A N V I E R .

El neurilema está representado por el contorno exterior, bien preciso, de la fibra nerviosa. Existen también al nivel de las estrangulaciones de R A N V I E R , de suerte que reviste sin interrupción la fibra nerviosa en todo su trayecto periférico, casi hasta su terminación.

Entre cada dos estrangulaciones de R A N V I E R posee un núcleo ovoide. Así, pues cada segmento interanular del -- neurilema corresponde al territorio de una célula de -- S C H W A N N .

Además de las estrangulaciones de R A N V I E R , propias de todas las fibras meduladas con neurilema, obsérvese -- en muchas de éstas la presencia de otras finísimas interrupciones de la vaina medular, las cuáles, situadas a -- cortos intervalos, aparecen en forma de hendiduras que atraviesan oblicuamente la citada vaina. Estas hendiduras oblicuas, dividen la vaina medular en una serie de segmentos cilíndricos. En la fibra fresca pueden faltar por completo estas interrupciones, por lo cuál se les debe considerar como efecto de una alteración postmortal. Cuando ha transcurrido bastante tiempo a partir del momento de la muerte, se producen en la vaina medular modificaciones más importantes todavía. La mielina se apeltona en ciertos sitios y rebosa en los extremos de los fragmentos de las fibras cortadas, de suerte que la superficie -- de la fibra pierde su fisura natural, apareciendo en ellas depresiones irregulares, las fibras alteradas de esta manera son denominadas fibras varicosas.

Las fibras nerviosas meduladas sin neurilema constituyen la parte esencial de la substancia blanca del encéfalo y de la médula espinal, así como también del nervio óptico hasta su entrada en el ojo. Carecen de estrangulaciones de R A N V I E R muy poco tiempo después del momento de la muerte toman un aspecto varicoso, presentando entonces numerosas nudosidades.

Las fibras nerviosas ameduladas con neurilema, y también las que carecen de neurilema, ostentan color gris a causa de la falta de vaina medular. Por esta razón se califica de nervios grises a los integrados por dichas fibras. Ambas clases de fibras ameduladas, en unión de las células nerviosas correspondientes, componen la masa principal del sistema nervioso simpático. También todos los -- nervios del embrión son ameduladas originariamente.

En las fibras nerviosas ameduladas con neurilema, esta membrana rodea inmediatamente al cilindroeje. En estas fibras los núcleos existentes en el neurilema son mucho más numerosos que en las fibras meduladas.

Las fibras nerviosas ameduladas sin neurilema carecen en absoluto de membranas envolventes, por lo cual son designadas también con el nombre de cilindroeje desnudo. Se encuentran en el simpático, también en la substancia gris de los centros nerviosos, constituyen la fila olfatoria y la expansión del nervio óptico en el interior del ojo (capa de las fibras del nervio óptico de la retina).

Una fibra nerviosa puede presentar en su trayecto diversos aspectos en relación con las membranas protectoras del cilindroeje. Toda la fibra nerviosa arranca de la célula correspondiente en forma de neurita desprovista de envolturas, es decir, en forma de fibra amedulada, sin neurilema. Al salir de la substancia gris adquiere una vaina medular, de suerte que durante su curso por la substancia blanca es una fibra medulada sin neurilema.

Al abandonar los centros nerviosos se les incorpora el neurilema, de modo que la fibra hace su recorrido periférico bajo la forma de fibra medulada con neurilema. Poco antes de su terminación pierde la vaina medular, quedando convertida en una fibra amedulada con neurilema, y, por último, se despoja de la vaina de S C H W A N N , con lo cual queda reducida a un cilindroeje desnudo, esto es, a una fibra amedulada sin neurilema; este cilindroeje desnudo se descompone para formar la arborización terminal . Vemos pues, que una fibra puede ofrecer aspectos representativos de las cuatro clases de fibras nerviosas en las diversas etapas de su recorrido.

## 1.5 Nervios

Las fibras nerviosas se agrupan para formar haces más ó menos voluminosos. Cada uno de éstos haces está rodeado de una membrana haz y constituyen en conjunto el endoneurio. El endoneurio separa las fibras entre sí y forma, al rededor de cada una de éstas, una delicada envoltura: la vaina endoneural o vaina de Henle.

Un nervio está formado por varios haces de fibras reunidos entre sí a favor de un tejido conjuntivo laxo que -- contiene fibras elásticas y tejido adiposo (epineurio). Por el epineurio circulan los grandes vasos sanguíneos del nervio. En los nervios cerebrospinales llama la atención el variadísimo grosor de las distintas fibras nerviosas, el diámetro de éstas fibras oscila, en efecto 2 y 20  $\mu$ . Bajo el aspecto histológico no se descubre ninguna dife--rencia esencial entre nervios motores y nervios sensitivos. En general, en los nervios sensitivos predominan por su número las fibras delgadas, en los motores las gruesas. En los nervios simpáticos las fibras que los integran (ameduladas) presentan un grosor bastante uniforme, los haces de fibras no están aquí tan claramente individualizadas como en los nervios cerebrospinales.

## Terminaciones Nerviosas

Las ramas nerviosas que penetran en un músculo esquelético forman en el interior de éste un plexo intramuscular.

De este plexo parten fibras nerviosas, cada una de las cuales está destinada a cada una de las fibras musculares. Las fibras nerviosas en cuestión son meduladas al principio, pero antes de arribar a las correspondientes fibras musculares pierden su vaina medular. Entonces se fusiona el neurilema con el sarcolema, y el cilindroeje desnudo termina, por debajo de estas envolturas, en la llamada placa motriz. Consiste la placa motriz en un acúmulo de sarcoplasma con abundantes núcleos, en el seno del cuál se extienden las ramillas, acabadas en botoncitos, de la arborización terminal del cilindroeje.

La inervación motriz de cada fibra muscular esquelética correría a cargo, no solamente de una fibra nerviosa cerebroespinal, sino también de una fibra simpática que no acabaría en una placa terminal y serviría para sostener el tono muscular.

Los nervios simpáticos que penetran en la musculatura lisa forman plexos de los que arrancan fibras nerviosas que se adosan a las fibras musculares y, en parte, penetran en éstas, pero sin constituir aparatos terminales. A diferencia de lo que sucede en la musculatura esquelética, en la lisa solamente están inervadas algunas fibras musculares.

La inervación de la musculatura cardíaca se asemeja a la de la musculatura lisa.

## TERMINACIONES NERVIOSAS SENSITIVAS

Las terminaciones de los nervios sensitivos, que afectan formas muy variadas, pueden ser clasificadas en tres grupos principales:

- a) terminaciones libres,
- b) terminaciones en células táctiles.
- c) Terminaciones en corpúsculos laminares (mazas terminales).

a) Son las formas más frecuentes de terminaciones - sensitivas. Se hayan en el epitelio estratificado pavimentoso, especialmente en la epidermis, en el tejido conjuntivo y en los músculos. La fibra nerviosa pierde la vaina medular, se despoja luego de neurilema y después se divide reiteradamente hasta formar una arborización terminal o una red - terminal. Los extremos de las ramillas finales aparecen frecuentemente engrosados en forma de botoncitos. En los músculos engrosamientos las neurofibrillas se encorvan para formar asas o lazos. La forma de las ramificaciones terminales varía mucho de unos lugares a otros.

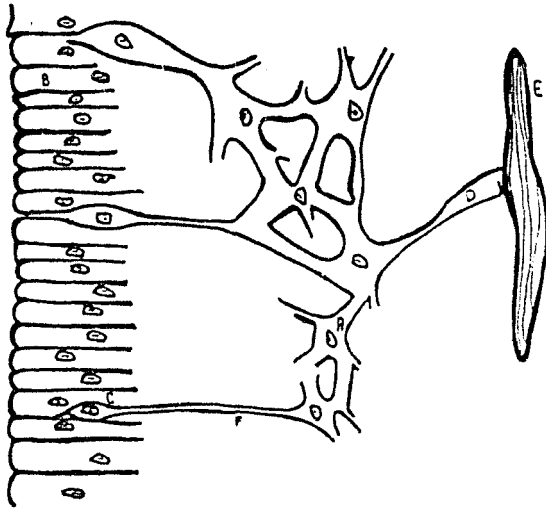
- b) Terminaciones en Células Táctiles.

Reciben el nombre de células táctiles, unas células de forma aplana en cuya cara basal termina - una fibra nerviosa que ha perdido sus envolturas - y está provista de una expansión a modo de platillo llamado el mecanismo táctil.

- c) Terminaciones en Corpúsculos Laminares.

Los corpúsculos laminares son, en general, formaciones ovoides provistas de una masa granulosa interna, de figura de maza, que ocupa una posición axial (maza interna), éstos corpúsculos son abordados por una fibra nerviosa que pierde su vaina medular y termina en la maza interna formando una red de - fibrillas.

ESQUEMA QUE REPRESENTA LOS ELEMENTOS  
ESENCIALES DEL SISTEMA NERVIOSO  
CENTRAL



- A) CELULA NERVIOSA MOTRIZ
- B) CELULAS TEGUMENTARIAS
- C) CELULA NERVIOSA SENSITIVA
- D) FIBRA NERVIOSA MOTRIZ
- E) MUSCULO
- F) PROLONGACION CENTRAL

Como ya se ha indicado anteriormente el contacto que se establece entre las prolongaciones cilindroaxiales de una neurona y las ramificaciones terminales dendríticas de otras se llaman sinapsis, éstas actúan como una válvula, que impide la conducción retrógrada de la excitación.

En una misma célula ganglionar existen, sinapsis excitatorias e inhibitorias, y se supone que ambas formas de sinapsis se distinguen por la naturaleza de su sustancia transmisora.



## 1.9 Funciones del Sistema Nervioso Central.

El sistema nervioso central une y relaciona entre sí los diferentes grupos celulares del cuerpo; y ajusta sus actividades.

Una parte del SNC asegura la adaptación de las actividades musculares a las diferentes influencias ambientales, y le confiere al mismo tiempo su control voluntario. El conjunto de éstas estructuras se denomina sistema motor. Otras partes del SNC poseen la capacidad de recibir, conducir y elaborar, hasta la forma de sensaciones y percepciones conscientes, las señales procedentes de los órganos sensoriales inferiores y superiores. Constituyen conjuntamente el sistema sensorial.

Una tercera porción del SNC ajusta entre sí las funciones especiales de los órganos internos.

Estas estructuras se reúnen bajo el concepto de "sistema neurovegetativo".

### SISTEMA MOTOR

El sistema motor del SNC cumple diferentes funciones.

- a) adapta la actividad de los músculos.
- b) ajusta la motilidad a los procesos de excitación en los sistemas nerviosos sensitivo y vegetativo.
- c) constituye el sustrato de los denominados movimientos voluntarios.

Debe dividirse por consiguiente la función motora del SNC en una porción espinal y otra fracción subespinal.

### SISTEMA MOTOR ESPINAL

El dispositivo básico del sistema motor espinal está constituido por el denominado arco reflejo propioceptivo.

Esta formado por un receptor, una neurona sensitiva, una sinápsis, una neurona motora y un músculo como órgano efector.

El receptor del arco reflejo se halla en los husos musculares cuya vaina fibrosa envuelve un cierto número de fibras musculares estriadas. Estos elementos intrafusales están dispuestos paralelamente a la musculatura de trabajo, y sólo son contráctiles en sus porciones periféricas.

La fuerza desarrollada o el acortamiento de un músculo, están determinados, por consiguiente, por el número y frecuencia de descarga de las motoneuronas activas.

Los reflejos exteroceptivos ocurren también en gran número en el hombre. Son mediados, lo mismo por la médula espinal que por los nervios craneales y el eje encefálico. Constituyen en parte los reflejos manifiestos de defensa. Otros reflejos exteroceptivos importantes existen, como reflejos nutritivos, en el tubo digestivo.

#### SISTEMAS MOTORES SUPRASPINALES

Las células motoras de las astas ventrales reciben de continuo por intermedio de la sensibilidad profunda y superficial, impulsos que adaptan la actividad muscular a las diferentes influencias del mundo exterior.

Cumplen distintas funciones:

- a) Ajustan la motilidad corporal a los impulsos aferentes originados en los órganos sensoriales, así como a otras funciones somáticas y vegetativas del encéfalo.
- b) Facilitan luego los denominados movimientos voluntarios
- c) Sirven para asociar componentes de movimientos, tales como la flexión o extensión voluntarias de una extremidad, bajo la forma de actos intencionales.

Dentro de las estructuras motoras supraspinales, hay diferentes sistemas parciales, cuyos efectos están siempre asociados entre sí. Se distinguen por ello tres sistemas: Extrapiramidal, Piramidal y de Asociación Motora.

#### SISTEMA MOTOR EXTRAPIRAMIDAL

Se comprenden diferentes áreas nucleares cerebrales dotadas de función motora, cuyas vías descienden por fuera de las pirámides del bulbo raquídeo; hasta la médula espinal. Pertenecen a éstas estructuras ciertas áreas de la corteza cerebral, el estriado, el pálido, el cuerpo subtálmico, el núcleo rojo y la sustancia negra del mesencéfalo, el núcleo olivar, parte de la formación reticular del eje encefálico, los núcleos vestibulares así como el cerebelo. La función global del sistema extrapiramidal cabe caracterizarla así, por consiguiente, como la coordinación inconsciente, temporal y espacial de la actividad muscular, como por ejemplo en la función del laberinto, formación reticular del eje encefálico y del cerebelo que a continuación se detallarán.

#### FUNCIONES MOTORAS DE LA FORMACION RETICULAR.

Bajo el concepto de formación reticular del eje encefálico, se reúnen una red extensa de neuronas, que se extienden desde el bulbo raquídeo hasta el mesencéfalo.

Las células ganglionares están en parte esparcidas, formando una estructura como una malla difusa, y en parte se concentran constituyendo masas semejantes a núcleos.

En colaboración con el cerebelo, la formación reticular asegura luego la adaptación de la actividad muscular a las diferentes excitaciones sensoriales que fluyen al SNC, desde la sensibilidad profunda y superficial, así como desde los órganos

más elevados de los sentidos. Estas relaciones son particularmente evidentes dentro del marco de la secuencia dormir despertar.

Al pasar del estado de vigilia al de dormir, disminuye en muchas neuronas de la formación reticular su frecuencia de descarga o aumenta la sincronización de sus impulsos. Efecto análogo se obtiene, en lo demás, con los anestésicos y otras distintas sustancias que amortiguan la actividad de la formación reticular.

La respuesta del despertar, provocada por la estimulación está inversamente asociada, con la reactivación de la formación reticular.

#### FUNCIONES MOTORAS DEL LABERINTO

Las funciones motoras del laberinto consisten, por tanto, predominantemente en una regulación del tono muscular, el cuál, al cambiar la posición del cuerpo, es modulado sobre todo en los extensores, así como en los músculos del cuello y de los globos oculares, por intermedio de los reflejos tónicos y posturales, en el hombre, predominan los trastornos de los movimientos reflejos de los globos oculares, puesto que en él, la regulación del tono y del equilibrio corre en gran parte a cargo de los ojos, así como de la sensibilidad cutánea y profunda.

#### FUNCIONES DEL CEREBELO

El Cerebelo es una estructura encéfalica particularmente importante para el control de la actividad muscular involuntaria. Asegura, el mantenimiento del equilibrio. Contribuye a la regulación del tono, en la coordinación, en función del tiempo de los movimientos.

## SISTEMA PIRAMIDAL

El sistema piramidal es un elemento esencial de la motilidad voluntaria, pero por otra parte, la circunstancia de que los efectos motores de la estimulación de la corteza cerebral dependan de la posición de partida, indica ya que no existe una motilidad piramidal aislada. En realidad, los impulsos -- conducidos por las vías piramidales y el SEP actúan conjuntamente en todo movimiento voluntario. Por la participación activa de las estructuras extrapiramidales, el impulso voluntario cortical inicial es diferenciado de continuo y adaptado inconscientemente a las diferentes condiciones del mundo exterior, así como a las situaciones de partida.

El acoplamiento del SEP no es así, como en un arco reflejo-simple, fijado desde el principio, sino susceptible de aprendizaje, según el principio de las reacciones condicionadas. Los modelos especiales de inervación, desarrollados a consecuencia de la repetición continua de una determinada combinación de movimientos, quedan almacenados en las estructuras del SEP. Este proceso constituye el fundamento de automatización de movimientos.

El almacenamiento de modelos aprendidos de actividad motora, por el SEP, se comprueba en gran número de movimientos voluntarios e involuntarios.

## SISTEMA MOTOR DE ASOCIACION

En la elaboración del modelo de excitaciones, responsable de un movimiento voluntario, además de los sistemas piramidal y extrapiramidal descritos hasta ahora participan también otras estructuras encefálicas.

En otro tiempo se creyó que las actividades coordinadoras de estas estructuras se realizaban exclusivamente a nivel de la corteza cerebral, sin embargo, más adelante se vio que los campos corticales sólo son parte de un sistema de asociación más complejo, en el que también están incluidas diferentes regiones subcorticales del encéfalo.

Los campos de asociación no están tan bien delimitados ni constituidos.

Un importante campo de asociación se halla en el pie de la tercera circunvolución frontal, por delante del área de la cabeza en la circunvolución precentral.

Esta región cortical, que comprende esencialmente el área 44 de Brodmann forma, junto con otras estructuras encefálicas, el modelo especial de inervaciones que coordina la actividad de los músculos participantes en el acto de hablar. Ha sido denominada por ello centro motor del lenguaje. Como la musculatura del lenguaje, también los músculos extrínsecos del ojo se hallan bajo la influencia de un sistema especial de asociación.

## SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO

Bajo el concepto de "Sistema Vegetativo", se incluyen las neuronas sensitivas de los órganos internos, así como todos los nervios efectores que inervan la musculatura de fibra lisa, el corazón y las glándulas.

Esta organización como una red de células ganglionares sirve sobre todo para la regulación del medio interno - pero no actúa en este caso de modo totalmente autónomo. Los estímulos del mundo exterior provocan también reacciones vegetativas. A la inversa, impulsos provenientes por ejemplo, de un receptor visceral, pueden influir también sobre la actividad de la musculatura de fibra estriada y de los órganos de los sentidos superiores.

Las funciones de los sistemas nerviosos vegetativo y somático no están, claramente separadas. Las estructuras vegetativas se pueden dividir, a grandes rasgos, en una porción periférica y otra central.

El sistema nervioso periférico considerado, como parte - distinta del sistema nervioso central formado por el encéfalo y la médula, lo dividimos en tres grupos de fibras.

- 1) Los nervios craneales procedentes del encéfalo, se distribuyen, cuando menos en su mayor parte, en la cabeza.
- 2) Los nervios espinales, procedentes de la médula, se distribuyen por el tronco y los miembros. Al conjunto de estos dos grupos de fibras, se les da el nombre de sistema nervioso cerebro - espinal.
- 3) Sistema Nervioso Autónomo. Que se subdivide en:
  - a) Sistema Simpático.
  - b) Sistema Parasimpático.

Cada uno de estos sistemas tienen una muy amplia distribución y están formados de ganglios y fibras nerviosas. El Sistema Simpático está en íntima conexión con los nervios espinales en las regiones torácica y lumbar superior en tanto que el sistema parasimpático lo está con algunos nervios craneales y con los nervios espinales sacros.

El simpático se diferencia por la estructura de su sustancia transmisora. Mientras que en el parasimpático la acetilcolina es también la sustancia transmisora, la noradrenalina y la adrenalina son liberadas en las terminaciones nerviosas simpáticas.

Hay, sin embargo, algunas excepciones, de importancia práctica, a estas reglas. Las glándulas sudoríparas están inervadas por fibras que proceden del cordón simpático paravertebral, pero la sinápsis postganglionares son empero colinérgicas.

Como ya se ha indicado anteriormente, el sistema nervioso simpático está constituido por neuronas sensitivas y motoras. Las fibras sensitivas proceden de los receptores para el dolor, temperatura y presión de los órganos situados en la profundidad del cuerpo. Atraviesan, sin interrupción, los diferentes ganglios periféricos y, junto con los aferentes somáticos penetran en la medula espinal por sus astas dorsales. Las fibras se dividen en este punto en numerosas colaterales. Está en íntima conexión con los nervios espinales en las regiones torácica y lumbar superior.

En la cabeza, las fibras parasimpáticas van, con diferentes ramas de los nervios craneales, a sus respectivos órganos efectores. Así, las neuronas motoras para el esfínter de la pupila, y el músculo ciliar, van al ojo con el nervio motor ocular común. Antes de su entrada en el globo ocular, tienen su sinápsis en el ganglio ciliar.



Las otras fibras parasimpáticas, que inervan sobre todo las glándulas salivales y lagrimales, se unen a los nervios facial y glossofaríngeo. Por último, el nervio vago es el principal del sistema craneobulbar. Sale de la cabeza e inerva las vísceras torácicas y abdominales, hasta el colon descendente. Las fibras parasimpáticas para las otras porciones del colon y del recto, la vejiga urinaria y los órganos genitales, proceden de la médula sacra, y como nervio pélvico, van al plexo hipogástrico. Las neuronas postganglionares parasimpáticas se distinguen, en general, por su escasa longitud. Como el parasimpático contiene fibras efectoras y sensitivas, pueden ocurrir diferentes reflejos en esta sección, del sistema neurovegetativo.

El simpático y el parasimpático ejercen en muchos órganos - una función antagonista: mientras que un sistema estimula, - el otro inhibe. Así, la estimulación vagal aumenta la secreción y la motilidad del tubo digestivo, que son frenadas por la activación simpática. La estimulación parasimpática provoca la contracción del cuerpo muscular de la vejiga urinaria, a la vez que relaja la musculatura de fibra lisa de su esfínter interno. La activación del simpático ejerce un efecto motor opuesto y va seguida de una mayor reflexión vesicular. La acción antagonista entre el simpático y el parasimpático no es, en absoluto, general. La regulación del calibre de los vasos sanguíneos constituye una excepción importante de este principio. La musculatura de fibra lisa de los vasos sanguíneos está inervada por fibras simpáticas, cuya estimulación origina vasoconstricción. Sólo un escaso número de vasos poseen también vasodilatadores parasimpáticos. En la mayoría de áreas vasculares la vasodilatación sólo puede ser producida por vía neural, como resultado de la disminución del tono vasoconstrictor.

## NERVIOS ESPINALES.

Reciben este nombre en virtud de que proceden directamente en la médula espinal. Existen treinta y un pares agrupados en cervicales, torácicos, lumbares, sacros y cocci-geos, tomando como relación las vértebras de entre las que salen. Cada nervio sale de la médula por medio de dos raíces, una raíz anterior ( raíz motora) y una raíz posterior (raíz sensitiva). Las raíces anteriores y posteriores se reúnen formando el nervio espinal propiamente dicho, el cual es mixto, ya que está formado por fibras anteriores o motoras y fibras posteriores o sensitivas; las fibras motoras se encargan de transmitir los impulsos motores a los músculos estriados o esqueléticos y las fibras sensitivas son las encargadas de recoger de la superficie cutánea, las impresiones del tacto, dolor y temperatura, igualmente transmiten a los centros nerviosos superiores, la sensibilidad propioceptiva inconsciente recogida de las superficies articulares, tendones, fascias musculares, etc.

Una vez constituido el nervio espinal, se divide en una rama posterior y una rama anterior, llamándoseles rama primaria posterior y rama primaria anterior.

Las ramas primarias posteriores están destinadas a inervar la piel, las fascias y los músculos de la región posterior del tronco, desde la nuca hasta la región glútea.

Las ramas primarias anteriores, excepto las dos primarias - cervicales, inervan las partes anterior y laterales del cuerpo, los miembros y el peroné.

### 1.7 Propagación de la Excitación en una Asociación de Neuronas.

Las Células ganglionares, en su asociación natural, están unidas por lo regular con muchas otras neuronas mediante colaterales axónicas. La densidad de los contactos sinápticos varía siempre de una a otra célula. Esta conexión permite que el estado de excitación de una célula ganglionar sea transmitido, en principio, a numerosas otras neuronas. Del mismo modo, diferentes impulsos aferentes pueden llegar a una misma célula.

Una excitación que en un intervalo de tiempo suficientemente largo atraviesa una asociación neuronal de esta clase, puede provocar descargas periódicas en la célula ganglionar activada primariamente.

De este modo, es posible que un solo estímulo origine un estado continuo de mayor actividad en estructuras del sistema nervioso central. Este almacenamiento a corto plazo, por excitaciones circulares, posee una importancia funcional particular. Permite que en las sinápsis de las vías motoras y sensitivas importantes haya siempre un nivel suficiente de facilitación, aún cuando el flujo de impulsos en las neuronas principales varíe dentro de amplios límites. Luego, es probablemente responsable del desarrollo de la denominada memoria fresca o de hechos recientes.

#### REFLEJO NEURONAL.

La naturaleza de la actividad nerviosa es siempre un conjunto de reflejos y un reflejo no es sino la respuesta a una sensación, es la transformación en un centro nervioso de una corriente centrípeta sensitiva, en una corriente centrífuga o motriz. Para que se produzca reflejo son necesarios los siguientes elementos:

- a) Una excitación periférica que es transmitida a un centro nervioso por los nervios sensitivos.
- b) Un centro nervioso donde la corriente centrípeta es transformada en corriente centrifuga.
- c) Un nervio motor por donde camina la corriente centrifuga, la cuál va a terminar a un músculo, cuya - contracción nos hace conocer el reflejo.

Al conjunto de vías sensitivas, centros nerviosos y vía motriz se le llama arco reflejo y al centro nervioso, centro reflejo. Este simple esbozo contiene el gérmen de todas las funciones del sistema nervioso.

Para que el organismo tenga conocimiento de estos impulsos, se requieren tres elementos fundamentales.

- 1.- Una porción periférica o receptora, que directamente recibe el estímulo y está constituida siempre - por una membrana, retina, membrana timpánica, mucosa olfatoria, mucosa de la lengua y la piel para cada uno de los cinco sentidos.
- 2.- Una porción conductora, encargada de transmitir las impresiones percibidas por la parte receptora, a los centros especializados del sistema nervioso -- central para su elaboración y transformarla en fenómeno consciente, los elementos conductores responsables son los nervios sensoriales.
- 3.- Una porción receptora o central a cuyo nivel los diversos estímulos son transformados y elaborados en zonas de la corteza cerebral para que dichos fenómenos sean conscientes, con sentido psicológico.

## 1.8 Memoria y Aprendizaje.

El hecho de que se puede recordartodavía, más tarde, un estímulo o una combinación de estímulos, indica que una excitación que recorre una asociación de neuronas diferenciadas no se extingue en su totalidad.

El almacenamiento de la excitación constituye, así el fundamento esencial de la memoria y del aprendizaje . Debemos partir, en primer lugar, del supuesto de que la propia neurona individual es incapaz de aprender y de que conduce siempre de la misma manera la excitación, aún en el caso de que se la obligue a hacerlo repetidamente. En éstas condiciones el almacenamiento de la excitación sólo puede ser resultado del establecimiento de ciertas conexiones entre las neuronas.

Se plantea entonces el problema de si la memoria humana puede ser explicada exclusivamente por estas conexiones, con retraso, de las neuronas. En la interpretación de este problema hay que tener en primer lugar en cuenta la distinción obligada entre la memoria fresca o a corto plazo, y la memoria duradera.

Lo mismo las experiencias en animales que las observaciones clínicas en el hombre, indican que la memoria fresca está asociada a la capacidad funcional del denominado sistema límbico. Defectos profundos dentro de esta estructura pueden originar trastornos graves de retención, hasta una "memoria de segundos".

Sistema límbico realiza un almacenamiento de tiempo de carga. Es posible, por ello, que la memoria fresca sea debida a tal mecanismo. Concuerda con ello la experiencia, según la cuál, trastornos graves de la actividad de las neuronas, por ejemplo, en una conmoción cerebral, dejan, como secuelas, faltas de memoria, que no se limitan al momento en que el individuo perdió el conocimiento, sino también a los acontecimientos ocurridos inmediatamente antes.

Esta amnesia retrógrada puede abarcar un plazo desde algunos minutos hasta varias horas.

En contraposición de la memoria a corto plazo, la memoria duradera no se puede explicar por un almacenamiento de la excitación, bajo cualquier forma de conexiones con retraso. En primer lugar, el número de neuronas disponibles para ello es ciertamente demasiado pequeño. Además, la memoria duradera persiste sin fallas, aún cuando la actividad bioeléctrica del cerebro cese por completo durante cierto tiempo, por ejemplo en una hipotermia.

De estas experiencias debe deducirse que hay por lo menos numerosas neuronas capaces de aprender, y de fijar, en alguna forma estructural el acontecimiento "excitación".

Un almacenamiento de la excitación abre la posibilidad de que el empleo repetido de unas mismas señales, modifique el modo de reaccionar de las estructuras del sistema nervioso central. Constituye así la condición previa no sólo del desarrollo de una memoria, sino también de todos los procesos reunidos bajo el concepto de aprendizaje.

En el encéfalo y la médula espinal hay gran número de vías de conducción, las cuáles, por la estimulación adecuada de un receptor periférico, encauzan los impulsos y constituyen así en todos los individuos, poco más o menos, un verdadero estereotipo. Esto se debe evidentemente al hecho de que la densidad de los contactos sinápticos, que influyen de modo esencial sobre el efecto de facilitación, está fijada genéticamente con un cierto margen de variación. Un ejemplo típico de tales reacciones predeterminadas son los denominados reflejos propioceptivos, que pueden ser provocados en todo los individuos sanos, sin ensayarlos, y que discurren siempre según una misma forma.

Las respuestas de este tipo a los estímulos, preformadas ya así dentro del plan de conexiones del SNC se denominan reflejos incondicionados.

A medida que aumenta la diferenciación del SNC se desarrollan en particular en el cerebro, un número considerable de otras conexiones, que sólo pueden ser utilizadas directamente como resultado de su puesta repetida en actividad. Su función presupone un entrenamiento especial. Los efectos de esta clase de estímulos, que deben ser aprendidos individualmente, se han denominado respuestas condicionadas. Según el nivel de organización, cabe distinguir también aquí los "reflejos condicionados" de las reacciones condicionadas. Ejemplo clásico del desarrollo de un reflejo condicionado lo ofrecen las investigaciones de P A W L O W sobre la provocación de la secreción de saliva en el perro.

P A W L O W asoció la ingestión de alimento, que es un estímulo secretor no condicionado, con una señal acústica primaria no adecuada, por ejemplo, el sonido de una campana.

Comprobó que el estímulo sonoro, después de un cierto período de práctica, bastaba, por sí sólo, para provocar la secreción de saliva. Junto al reflejo secretor no condicionado, congénito, se había desarrollado un reflejo condicionado, nuevo. Si se asocia luego en estos casos la señal acústica con un estímulo luminoso, se provoca por último una secreción de saliva por una estimulación óptica. Es posible de este modo obtener reflejos condicionados de un orden más elevado similarmente, son susceptibles de ser aprendidas, por una adecuada motivación, como una recompensa o un castigo, también activadas e integradas del SNC.

## II . - EL CRECIMIENTO DEL NIÑO

### Introducción.

#### 2.1 Desarrollo del Niño Preescolar.

#### 2.2 Desarrollo del Niño Escolar.



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

El crecimiento psicológico del niño es una complicada serie de sucesos que se manifiestan al exterior por su conducta.

Un aspecto importante de la conducta del niño tiene que ver con los estímulos que produce su propia conducta y - que son capaces de influenciar su conducta subsecuente. Los estímulos producidos por sí mismos provienen de varias fuentes. Algunos se originan en el funcionamiento - de los músculos lisos, el estímulo de la presión de la vejiga conduce a la relajación del músculo esfínter; otros se inician en la actividad de los músculos estriados finos, tal como en el lenguaje - por ejemplo, el estímulo de fijarnos en lo que el dentista va a introducir a la boca cuando sabemos que anteriormente hubo molestias con determinado objeto. Y otros en los movimientos de los músculos estriados gruesos, tales como la alteración regular de las respuestas de las piernas, estimulando una a la otra al pedalear en una bicicleta. Algunos estímulos - pueden evocar ciertos tipos de conducta, otros pueden - presentarse después de las respuestas del niño y fortalecer o debilitar la conducta precedente, y otros más pueden servir como una indicación para la conducta posterior del niño. Por lo tanto, el niño posee en sí mismo la capacidad para producir estímulos que pueden afectar su conducta del mismo modo en que lo hacen los estímulos que se originan en el medio externo.

Un niño de cuatro años difiere de sí mismo a los dos, tal como el de seis años difiere del de cuatro. Cada período cronológico y cada niño se caracterizan por patrones de - conducta distintos que dependen de su nivel de desarrollo psicomotor, físico y formación de su medio ambiente.

Si el odontólogo sabe conocer que los niños se comportan en determinado modo, tiene mayores probabilidades de comprender por qué se comporta en la forma en que lo hace. Así sabra co nocer las desviaciones de la conducta "normal" a determina da edad, estando mucho mejor preparada para buscar su causa y encarar la situación individual.

## 2.1 DESARROLLO DEL NIÑO PREESCOLAR.

### Desarrollo del Sistema Esquelético.

La estructura ósea del infante cambia también durante el primer año. Los huesos aumentan de tamaño y de número y gran cantidad de los mismos se calcifica. Las fontanelas, o puntos membranosos blandos del cráneo, generalmente se cierran (es decir, los huesos se endurecen y se fusionan) en un momento situado entre las edades de 18 y 24 meses, y la mayoría de los dientes de leche brotan durante el segundo año.

Una cantidad cada vez mayor de cartílagos del sistema del esqueleto del niño se van sustituyendo por huesos; el tamaño y el número de los huesos del cuerpo aumenta, y éstos se van endureciendo. Entre los dos y los tres años, el niño, por lo general, tiene todos sus dientes de leche, por tanto, está dentalmente preparado para tomar alimentos adultos.

### Desarrollo del Sistema Muscular.

Hasta la edad de cuatro años, el crecimiento del sistema muscular es aproximadamente proporcional al crecimiento del cuerpo en su conjunto. Después, los músculos se desarrollan más rápidamente, de manera que cerca del 75% del aumento de peso del niño durante el quinto año puede atribuirse al desarrollo muscular. Durante este período, sin embargo, los músculos más grandes están un poco más desarrollados que los pequeños y delicados, lo cual explica, en parte, el hecho de que el niño de esa edad sea más diestro en la ejecución de actividades que suponen movimientos grandes, que en la de las que requieren coordinaciones más delicadas.

Sobra decir que las diferencias individuales de fuerza y de desarrollo muscular dependerán de muchos factores, como la -- constitución del niño, la salud general y los hábitos de comer, de dormir y de movimiento.

Otros cambios fisiológicos aumentan también la resistencia del niño y le permiten participar en actividades más agobiantes. Durante este período la respiración se vuelve más profunda y lenta; el latido cardíaco se frena también y se vuelve menos variable, de manera que la presión sanguínea aumenta constantemente.

#### Desarrollo del Sistema Nervioso .

El sistema nervioso crece rápidamente en los años preescolares. Por ejemplo, el cerebro del niño ha alcanzado el 75 % de su peso adulto hacia el final del segundo año, hacia la edad de seis años ha aumentado hasta constituir el 90% de su peso adulto.

Su sistema nervioso se vuelve más complejo y más altamente diferencial. Las fibras nerviosas inmaduras que antes no habían estado totalmente separadas quedan aisladas unas de otras al desarrollar vainas grasosas protectoras. A este proceso se le llama mielinización.

La mielinización de las fibras nerviosas, que ya se ha completado casi en las porciones inferiores del cuerpo, se completa, por lo general, en los centros superiores del cerebro durante éste período.

Durante éstos años, la reacción del niño a la infección cambia. Las infecciones, por lo general, producen menos aumento de temperatura que durante la infancia, pero la duración de la enfermedad es, por lo general mayor.

Además, la posibilidad de enfermar del corazón después de haber padecido una enfermedad es menor que durante los -- dos primeros años de vida.

#### Desarrollo Motor.

A los dos años de edad la fuerza del niño aumenta notablemente durante el segundo año, a medida que sus músculos -- se desarrollan más y pasan a representar una proporción -- mayor de peso del cuerpo su capacidad de ejecutar movimientos nuevos, más delicados y precisos.

Hacia los tres años corre con más armonía; aumenta o disminuye la velocidad de su carrera con mayor facilidad, da -- vueltas más cerradas, se puede parar de pronto. Puede trepar escaleras, sin ayuda, alternando el movimiento de los pies. Puede saltar desde cierta altura con los dos pies juntos en tanto que el niño de dos años salta adelantando un -- pie.

Puede saltar hacia arriba, con los pies juntos, y levantarse hasta 30 centímetros..... puede tenerse sobre un pie durante un vacilante segundo o más.... A juicio del propio niño de tres años de edad, su desarrollo psicomotor tiene una ramificación especialmente significativa: está preparado ahora para andar en un triciclo en vez de un simple "carrillo" con su propulsión primitiva.

Se observan otros indicios del aumento del desarrollo psicomotor del niño medio de tres años de edad. Puede construir una torre con 9 o 10 tubos en comparación con la de seis o siete del niño de dos años de edad.

Al dibujar, sus trazos se van haciendo más definidos, menos difusos y menos repetitivos. Puede doblar una hoja de papel vertical u horizontalmente, pero todavía puede correr más armoniosamente y es capaz de descomponer con mayor facilidad los ritmos regulares de su paso.

Al contrario del niño de tres años de edad, que por lo común es capaz sólo de saltar hacia arriba y hacia abajo el niño de cuatro años de edad es capaz de practicar, "saltos de longitud", tomando vuelo, moderadamente buenos.

En éstos, como en otros aspectos, vemos en operación el principio de individualización. Se observa una menor totalidad en sus respuestas corporales; las piernas, el tronco, los hombros y los brazos, reaccionan un poco menos simultáneamente. Esto hace que sus articulaciones parezcan ser más móviles.

Mientras que a la edad de dos y tres años apenas puede arrojar una piedra (con mucha participación del torso), ahora puede echar para atrás con mayor independencia el brazo y ejecutar un lanzamiento fuerte, "por encima del hombro".

Hacia los cinco años de edad, el niño tiene sentido del equilibrio bastante maduro que se refleja en el abandono, más confiado en sí mismo, de su actividad motora. Aunque todavía no puede saltar sobre un solo pie, brinca más armoniosamente. Las destrezas atléticas de la mayoría de los niños de guardería se limitan a combinaciones musculares como los que se necesitan para trepar, mantener el equilibrio, correr, empujar y tirar. La destreza que se necesita para lanzar una pelota es mucho más compleja y requiere "un equilibrio estático y dinámico delicado, saber soltar oportunamente la pelota, una buena coordinación ojo-mano y un funcionamiento adecuado de los dedos, así como el brazo, el tronco, la cabeza y las piernas.

para controlar la trayectoria de la pelota. La mayoría, de los niños no dominan esta combinación de destrezas y capacidades hasta que tienen seis años de edad.

## Desarrollo Psicológico.

### El Niño a los dos años de edad.

El niño a esta edad no es un buen miembro de ningún grupo social, y realmente no está preparado para una relación - de grupo con sus iguales. Todavía necesita a su madre.

"La madre es el sol en torno al cuál gira el pequeño planeta". Tiende a ser rígido e inflexible. Quiere lo que quiere cuando lo quiere, y lo quiere ahora; le resulta - difícil transigir, ceder un poco, adaptarse. Todo tiene que ser justamente como él desea.

Es dominador y exigente le gusta dar órdenes. Actúa como el pequeño rey, como el tirano de la casa. Quizás intente hacer algo que, evidentemente, no puede hacer, pero rechazará furioso cualquier ayuda. Luego cuando compruebe que no es capaz de ejecutarlo, prorrumpirá en llanto y hará una es cena violenta, incluso reprochando por no haberlo ayudado. Es una edad de extremismos. A menudo le es difícil al niño efectuar una elección sencilla y clara, y atenerse a ella. Oscilará de un lado para otro entre sentimientos contrarios. "lo quiero" o "no lo quiero"; "lo haré" o "no lo hare" El niño de dos años y medio es famoso por su rigidez, .

Su capacidad para compartir, esperar y guardar turno es muy limitada.

Desde el punto de vista positivo, el niño en esta etapa es típicamente vigoroso, entusiasta, enérgico, imaginativo y generoso.

En esta etapa de su desarrollo está aprendiendo su propia identidad frente a la conformidad social.

El niño de dos años oscila hacia atrás y hacia adelante de un instante a otro de un día al siguiente, entre su afán de ser independiente y su deseo de prolongar su infantil dependencia de la madre.



Es un continuo balanceo entre el sí y el no. Por esta razón, las normas han de ser flexibles en la primera adolescencia, no puede ser forzado y cada activación debe surgir finalmente de su interior. No debe esperarse que los niños respondan a preguntas u órdenes directas, es todavía muy pequeño para llegar a él solo con palabras, debe organizar su experiencia tocando, manoseando y palmoteando. En niños pequeños, la tensión y la incomodidad emocional se expresan generalmente por canales somáticos. Las infecciones de las vías respiratorias superiores, reacciones bronquiales y trastornos gastrointestinales son las formas más comunes. Cuando éstas son graves y prolongadas, como en el caso de la diarrea, por ejemplo, el metabolismo puede estar perturbado como para interferir con el desarrollo normal de órganos y tejidos (el metabolismo del calcio en la formación de dientes).

El juego en esta edad consiste, en su mayor parte, en practicar habilidades que requieran coordinación muscular. Una y otra vez, el niño subirá y bajará escalones, manipulará cubos y clavijas, pondrá objetos en recipientes y los sacará.

Algunos niños tienen un fuerte sentimiento de posesión de sus propios juguetes, mientras otros se les dan al niño visitante como una especie de ofrenda. Un tipo de juego tiene particular interés; el de tirar algo y recuperarlo una y otra vez.

A los dos años les encanta jugar con sus padres. Gozan toda clase de maniobras corporales: ser balanceados de un lado a otro, cabalgar en las rodillas, jugar a las escondidas, cazar y ser cazados. En los momentos más tranquilos les gusta sentarse en el regazo del padre.

A menudo investigan los rasgos de los mayores, su cabeza y sus orejas; pueden mirar con susto dentro de la boca - de la madre y tocar sus labios y dientes de manera cautelosa. Esta zona es especialmente terrible, porque a través de ella las cosas se despedazan y desaparecen.

Las niñas pueden ser bastante coquetas a esta edad y emplean todos los medios para atraer la atención de sus padres.

La nueva tarea para esta edad, es pues la de que el niño adquiriera un consistente sentido de lo que él es.

No obstante, debe aprender al propio tiempo a conformarse a lo que la sociedad (de ordinario sus padres en esta etapa espera de él).

De dos maneras pueden ir mal las cosas en esta etapa.

En primer lugar, es posible que los padres tengan demasiadas exigencias de control y conformidad, y el niño puede en consecuencia, quedar excesivamente refrenado.

Otra variación posible en el modo de reaccionar del niño que experimenta un control excesivo por parte de sus padres a esta edad es que parezca amoldarse exteriormente, pero que interiormente se consuma de hostilidad. A regañadientes hace lo que se espera de él.

Otro problema referente al control parental que puede surgir a esta edad es el de la madre que se asusta de ejercer su autoridad. Cuando su hijo pide algo, ella siempre se lo da. Si el niño rehúsa atenerse a las normas por ella establecidas, inmediatamente relaja esas normas y le deja obrar a su capricho. Pronto resulta claro que se han invertido los papeles en esta familia. Van a pasar momentos difíciles cuando lleguen al jardín de infancia y comprueben que la maestra y los otros niños exigen un grado razonable de conformidad a las reglas.

Tanto los adultos demasiado conformistas como los demasiado rebeldes, fueron sin duda mal criados en su niñez, empezando de ordinario en esta etapa de la primera adolescencia .

El niño de esta edad al entrar al consultorio dental, desde su altura ve el equipo dental y el dentista con su uniforme blanco, agregándole los ruidos que se oyen desde la sala de espera y los olores extraños, todo esto le provoca miedo, que el profesional debe considerar, para tomarse tiempo necesario para que el niño se sienta seguro.

Se le debe permitir al niño manejar el espejo, probar la pasta, o sentir la taza de hule. El niño estará intrigado con el agua y el lavabo.

El niño de dos años encuentra dificultad para separarse de sus padres, a menudo casi sin excepción deben ser acompañados por sus padres en el consultorio dental.

### El niño de tres años.

A este nivel de edad, el niño ejemplifica, generalmente, el comienzo de la semi-dependencia, trata de agradar y conformar y es susceptible a las alabanzas. Se puede pactar con él, y si se le da una buena razón cooperará con frecuencia en cosas que no le agrada hacer.

Este se encuentra en un equilibrio mucho mayor consigo mismo y con la gente que lo rodea. Ha pasado el intervalo de -- transición entre la infancia y la verdadera niñez. Ya no -- está tan lleno de ansiedad como lo estaba durante el período de transición. Posee un nuevo espíritu de cooperación y un deseo de obtener la aprobación de sus padres, e incluso de sus hermanos y hermanas mayores. Sus accesos de cólera desaparecen y los padres descubren que, en efecto, pueden empezar a razonar con él.

No es tan dominante, exigente y dictatorial. Ha abdicado como "emperador de la casa", como el pequeño tirano que le gusta gobernar a todos los demás. Empieza a manifestar la capacidad de compartir, de esperar, de guardar turno, puede trabajar pacientemente en una faena, en lugar de cansarse en seguida como le sucedía a los dos años y medio.

Esto se debe en parte a una nueva confianza en sí mismo, y en parte a la atenuación progresiva de las ansiedades del período de transición. Está más seguro de sí en su control motor y en su desarrollo muscular. Es capaz de ser más constante cuando intenta vestirse .

El perfeccionamiento de su aptitud lingüística le permite comprender mejor a otras personas y dominar mejor sus propios impulsos . Le encantan las palabras nuevas. A medida que se ensanchan sus horizontes intelectuales, se abre ante él todo un mundo de imaginación y de fantasía.

Ocasionalmente forman grupos, pero su alianza es inestable si el juego de otro niño se ajusta momentáneamente a alguna fantasía propia, se unirán en un juego mutuo mientras dure la fantasía. Existe la admiración y el afecto a ésta edad, pero los celos y las rivalidades juegan un papel importante tanto como el amor.

Un chiquillo que juega solo la mayor parte del tiempo es más probable que tenga un ser imaginario camarada de juegos. Esto no es nada que deba preocupar a los padres. El compañero de juegos acaso anda a su alrededor durante varios años, para luego desvanecerse. Entre tanto, es una especie de dispositivo de seguridad para el niño que lo ha creado.

Los de tres años pueden ser muy generosos hacia otro niño y aprobarlo, pero sólo para convertirse de pronto en desdenosos y tiránicos. Con el objeto de reforzar sus propios esfuerzos por vivir de acuerdo a ciertas normas que creen que los adultos han establecido para ellos, pueden ser muy críticos respecto a un chico que está llorando o se muestra caprichoso en un arranque de mal humor. Con cuánta profundidad sienten su pequeña estatura, trepándose a los árboles o sobre algo parándose con orgullo, pidiendo que le miren y proclamen cuán grande es. Los tamaños y pesos son motivo de frecuente comparación, y una niñita meditando sobre el futuro puede decirle a su madre. "Cuándo yo sea grande y tú pequeña". Los niños de tres años que se deslizan por un tobogán y después de algún cuidado inicial suben a una pared y se balancean en un columpio, sabemos que su sentido de seguridad es firme, los niños temerosos no se atreven a confiar su cuerpo en el espacio. Lenta y bastante groseramente al principio, montan en un triciclo, asustándose cuándo se mueve.

Poco tiempo después el mismo niño andará dando vueltas en uno por el patio, fantaseando ser un bombero, un maquinista o un conductor de camión.

Las niñas quedan ocupadas en tareas de la casa, cuidando a sus muñecas como si fueran bebés reales.

La tierna solicitud hacia la muñeca alterna generalmente con un comportamiento firme, descuido o hasta crueldad.

La mayoría de los niños de esta edad no vacila en expresar de viva voz sus pensamientos hostiles y destructores.

Los otros niños son considerados esencialmente como rivales ya del afecto del adulto o por la posesión de un juguete.

Estos niños, en realidad, están comenzando a luchar para cumplir con las exigencias de su ambiente y hablan de las cosas como buenas o malas. Tienden a concebirlas como dos extremos sin término medio. Rara vez admitirán ser culpables, culpando a algo o a alguien de su mal comportamiento, con frecuencia la persona culpada ni siquiera está presente.

Aunque parecen a veces bastante autosuficiente y ansiosos por emprender nuevas cosas, en verdad son aún muy dependientes.

Puede sentarse en el sillón dental por sí solo. El permitir que la madre se siente donde él pueda verla le dará confianza y lo ayudará a conservar su compostura. Puede aprender a abrir la boca, a sostener la jeringa de aire, a volver la cabeza o a apretar los dientes. Puede comprender las explicaciones sencillas.

El niño atemorizado de tres años pierde contacto rápidamente con los extraños y se vuelve a unir a la madre.

No son firmes sus lazos físicos con ésta, pero aún está fuertemente unido emocionalmente. La separación de la madre en el consultorio dental debe ser encarada con cuidado. El término medio de los niños verá esa separación como una deserción por parte de la madre.

Puede entrar en pánico si siente que su protección y su seguridad se ha ido. Es esencial que el odontólogo tenga -- absoluta confianza en sí mismo y en su capacidad para manejar la situación si ha de calmar al niño y reasegurarle -- que no se le hará un mal.

### El Niño de Cuatro Años.

A medida que los niños se acercan a los 4 años se hacen cada vez más expansivos. Su vocabulario, al igual que sus intereses, aumenta. Más o menos para esta época comienzan a preguntar y pedir explicaciones. Cuando sucede algo que no concuerda con su experiencia pasada, quedan momentáneamente de lado esto les hace sentirse perdidos e indefensos, y se dirigen a cualquier adulto que se encuentre a mano y plantean el ¿por qué? y el "como", éstas preguntas pueden ser extremadamente tediosas y cansadoras, pero están, en verdad, motivadas por un genuino deseo de conocer.

Justo con la curiosidad por la nieve que se derrite, las cañerías y el "cielo", comienzan a interesarse en su propio cuerpo y en las diferencias de sexo.

Esta es la edad en que espían por los ojos de la cerradura y suben hasta los montantes para ver qué pasa en los cuartos - de baño.

Gradualmente la niña de cuatro años se vuelve anhelante hacia su padre. Experimenta intensos sentimientos y a menudo queda de pronto turbada y tímida, casi asustada del padre cercano. Surge un nuevo conflicto: está aún tan profundamente apegada a su madre y depende tanto de ella que cae en un conflicto de lealtad. En determinados momentos quiere echar a la madre de la casa y tener al padre para ella sola, para quedar tremendamente ansiosa en seguida por lo que ha dicho, temiendo haberhecho de su madre una enemiga que en verdad pudiera abandonar la.

Los niños tienen sentimientos igualmente intensos respecto a su madre. Su padre se ha convertido ahora en su rival, y ¡que rival poderoso es; Como sólo muy recientemente ha descubierto la diferencia entre él y las niñas, teme el castigo a manos - de su padre, teme que pueda despojarle de su preciado genital.



El miedo al castigo, a la pérdida de amor y, sobre todo la desilusión por el hecho de que el padre del sexo opuesto - no tome en serio los sentimientos del niño, conduce a una gradual renunciación del objeto de su intenso deseo.

En lugar de querer reemplazar a su padre el niño aspira a ser como él, de modo que algún día su madre, o por lo menos alguien como ella, le amará también. Incorpora, en especial, las normas y prohibiciones del padre, y desde ese momento - en adelante comenzará a aceptar responsabilidad por su conducta. Así nace la conciencia, que en la mayoría de las -- personas siempre continúa teniendo alguna cualidad de venir de afuera. Puede ser rígida y castigadora o firme y benevolente, de acuerdo al éxito con que el niño ha resuelto su -- conflicto parental triangular.

Para la niña, la solución no es tan simple: ha tenido que - pasar de su primer objeto de amor, madre, al padre, y ahora en su desilusión toma algo de cada uno de ellos. El grado - que su personalidad será más femenina o más masculina dependerá de la seguridad que tenía en su calida relación con la madre, antes que quedara separada por sus sentimientos hacia el padre.

Algunos niños son muy expresivos en estos asuntos, y en otros sólo podemos suponer lo que está ocurriendo. Se hacen difíciles de manejar, caprichosos y sensibles sin causa aparente, - trasladan su afecto de un padre a otro, están inquietos, a menudo preocupados y perdidos en fantasías, no pueden concentrar se en un juego verdadero.

Cuando los niños resuelven con buen éxito todos éstos complejos sentimientos de la fase edípica, se hacen más reposados y autocontentidos, más controlados.

La mutua acción entre el niño y los padres en esta edad influye intensamente en su personalidad y en su patrón de conducta en los años subsiguientes.

Una madre excesivamente protectora e insegura, aferrada temerosamente a su hijo, puede retardar su desarrollo y en la adolescencia él siga tomando la manera infantil.

A un padre abusivo puede llevar al niño a agresiones, mentiras y rebeliones antisociales. Si el niño es dócil y la madre agresiva, la conducta de aquél tenderá a ser sumisa (un niño "bueno", "obediente").

Si el niño es agresivo y la madre es insegura y dócil, aquél aprende pronto a dominar la situación y puede presentarse como exigente, quizá destructor, un rebelde.

Si tanto el niño como la madre son personalidades fuertes y agresivas, el ruido y la conmoción trastornarán - al odontólogo.

La edad de cuatro años es un período marcado por el desequilibrio, la inseguridad y la incoordinación. Como las motrices, con resbalones, caídas, o miedo a las alturas las descargas tensionales se acentúan a esta edad. El niño puede parpadear, morderse las uñas, hurgarse la nariz, jugar con sus órganos sexuales o chuparse el pulgar. Hasta puede contraer algún tic facial.

si se trata de cambiarlos expresarán su inseguridad emocional gritando, lloriqueando y haciendo frecuentes preguntas. Los niños de esta edad suelen jugar juntos, peleándose, dando empujones y golpes con abundantes mandatos y exigencias. Suelen ser rudos y directos. Los sentimientos de otras personas les importan muy poco. En su comportamiento motor da golpes, patadas y puñetazos de rabia. Verbalmente le fascinan las palabras y los sonidos de ellas. Ahora está aprendiendo por primera vez que hay toda una clase de vocablos que, de ordinario, no son muy bien acogidos por sus padres. La mayoría de tales vocablos solo tienen cuatro letras. Descubre que puede provocar la cólera de sus padres con solo emplear una de estas pequeñas gemas, en especial si hay visitas. El uso de las palabras del "cuarto de baño" es algo sumamente gracioso para él.

De acuerdo con los principios de refuerzo vistos anteriormente los padres prudentes se abstendrán de reforzar estas palabras enfadándose y dándoles demasiada importancia.

En lugar de esto, se harán los desentendidos. Poco a poco, el chiquillo irá perdiendo su interés por ellas, y ya no se oírán cuando tenga cinco años.

En sus relaciones personales. Le gusta desafiar las órdenes y los ruegos. Se irrita con las restricciones.

A esta edad hay también en él una explosión extraordinaria y súbita de la imaginación.

Es este uno de los factores que le impiden discernir con claridad lo real de lo falso. La frontera entre el hecho y la ficción no es muy nítida para él. Está henchido de cuentos prodigiosos, que relata con el mayor descaro.

Los padres no deben cometer la equivocación de llamarlo embustero a esta edad. Obrar así sería ignorar que lo que en

rigor está intentando hacer es distinguir la realidad de la ficción, sin embargo, su fantasía se halla sin control en este proceso.

No tiene ningún sentido de los derechos de propiedad, salvo en lo que se refiere a su peregrina creencia de que to do lo que ve es suyo. Pero un niño de cuatro años no es - "un ladrón," como tampoco es un "mentiroso". A esta edad, piensa que la posesión equivale a pertenencia legítima. Un juguete del domicilio de un vecino le "pertenece" porque estuvo jugando con él, se lo metió en el bolsillo y se lo trajo a su casa. Tal es la lógica sobre la propiedad en un chiquillo.

Estos niños requieren de firmeza. Los padres débiles o vacilantes se ven dominados por sus hijos. "¡no puedo hacer nada con él!"; , se queja una madre desesperada de un crío de cuatro años. El niño de esta edad progresa en la variedad. Necesita un cambio.

Una madre avisada tendrá en la mente alguna nueva actividad para interesar a su hijo y sacarlo de una situación potencialmente molesta.

El juego y el comportamiento del niño pueden degenerar fácilmente en la bobería y la simpleza si no se controlan. Los padres tienen que anticipar cuándo está a punto de suceder esto, y presentarle una nueva e interesante actividad. Debido a que su impulso social es más fuerte y la importancia que concede a la amistad, el aislamiento del grupo es una medida disciplinaria eficaz a esta edad. La madre ha de decirle algo así al niño: "Hoy no estás capacitado para jugar muy bien con tus amigos. Necesitas jugar solo. A lo mejor puedes volver pronto a jugar con ellos. "Yo te diré Cuándo".

De esa manera, la madre le está dando una oportunidad de 'salvar su dignidad'. También lo está incitando a que — quiera moderar su conducta para poder regresar al grupo. En lo posible, ha de procurar decirle esto en un tono — despreocupado, sin que haya en su voz inflexiones emocionales de castigo o reproche.

Asimismo cuando presenta una extremada susceptibilidad en relación a su cuerpo. Puede llamar la atención por la reacción histérica ante cualquier raspadura o picadura insignificante. Sin demasiada preocupación, un padre puede tranquilizarlo aplicando una tira adhesiva y recordando al niño la extraordinaria capacidad de reparación que tiene el cuerpo. Esa sensibilidad cede, generalmente, y desaparece en estos años, siempre que sea posible, las visitas al consultorio odontológico deben hacerse durante un período de relativa calma.

Las explicaciones y demostraciones ayudan al niño a manejar la situación, a mantener controladas las fantasías que provocan susto. A menudo la participación activa en algún aspecto del procedimiento le alivia el sentimiento de ser una víctima pasiva. Puede gustarle llevar un banquito o — una pequeña plataforma al sillón para subir a él y luego usarlo como apoyapiés. ( El elogio por sus esfuerzos de cooperación y una recompensa cuando se va, dan al niño la sensación de algo logrado).

Algunos niños se comportan mejor con anestesia local que — sin ella. Otros están ya tan asustados de las "agujas" — que esto constituye un trauma adicional. A los niños debe siempre decirseles qué va a suceder: que se va a pellizcar la encía para que su diente se duerma un pequeño momento.

Sin embargo, a menudo ayuda a distraerlos en el momento de la inyección y evitar ver la aguja o la jeringa.

## El Niño a los Cinco Años.

Está listo para aceptar las actividades en grupo y la experiencia en comunidad. En esta edad las relaciones personales y sociales se definen de una manera mejor, será bastante posesivo.

A esta edad, es amante de la alabanza y seguridad de sí mismo.

Miran al mundo real que les rodea con renovado interés. Se hacen concretos, dejando de lado el mundo de los cuentos de hadas y la magia. Son capaces de tiernas y amables uniones con los adultos: el varón desarrolla rasgos de -- coraje, hidalguía y protección, mientras que la niña se hace más dócil y busca protección.

Los niños son más cautos ahora para acercarse a las cosas y más organizados; consolidan sus capacidades y ordenan su información sobre el mundo que les rodea. Les encanta recibir pequeñas tareas y son capaces de cumplirlas. Gozan mucho aceptando, recibiendo instrucciones de los adultos, y probando las cosas lentamente. Su juego imitativo y dramático continúa, a menudo en grupos pequeños, jugando juntos como iguales varones y mujeres. Gradualmente se hacen más independientes, pero esto puede desbaratarse a veces, y con frecuencia necesitan ayuda al final de una comida y para terminar de vestirse. A pesar de su gran amor por el hogar y la madre, su casa ya no le basta.

Está maduro para experiencias con comunidales más amplias. Le gusta jugar con los amigos de la vecindad. De ser posible, este es el momento ideal de llevarlo a un jardín de infancia, al que estará ansioso por ir, y en donde sacará

un gran provecho intelectualmente, bajo la guía de una maestra especializada. Si no hay ocasión de ingresarlo en un -- Kindergarten, es menester prestar una particular atención a sus días de asueto en la escuela. Están interesados por aprender a leer números, decir la hora. Comienza a tomar forma un concepto del tiempo más allá del ayer y el mañana, -- las distancias tienen también más significado y, generalmente, les intriga, sobre todo a los varones de dónde viene el tiempo.

Les gusta que se les lea, especialmente cosas referentes a otros niños que tienen experiencias similares a las propias. Les encantan las historias sobre locomotoras y edificios, -- los cuentos simples sobre la naturaleza y los animales. Generalmente confían bastante en otras personas y están dispuestos a decir lo que están por hacer y a pedir permiso. Solo intenta aquello que cree poder realizar, y, por tanto, de ordinario puede realizar lo que intenta.

El control motor suele ser bueno para esta época, ya pueden manejar triciclos y los pequeños camiones y máquinas que pedalean. Emocionalmente está bien equilibrado. Desde el punto de vista intelectual está lleno de curiosidad y de entusiasmo por aprender.

Cuando se va a perder el primer diente lo toma como una sensación de orgullo y poca ansiedad sin embargo, si el niño se encuentra todavía en un estadio de preocupación por el daño que se hace a su cuerpo, en el momento en que el primer diente comienza a aflojarse, esto mismo puede provocar mucha ansiedad. O si el niño no está firmemente atrincherado en su nueva posición, el ofrecimiento del padre a sacar el diente de su hijito y terminar con la prueba puede tener para él una significación que va mucho más allá de la situación real.



El ritual aceptado de poner el diente bajo la almohada por la noche y reemplazarlo por una moneda, muestra que este diente tiene verdadero significado para el niño.

Necesita el reaseguro que un diente más grande y fuerte crecerá en lugar del que perdió.

La mayor parte de los niños de cinco años desean ser libres y separarse de sus madres... pero no demasiado. Suelen aceptar bien los procedimientos simples. Pero cuando son amenazados con procedimientos dolorosos, los niños reaccionan vio lentamente, como bebés, pero ahora mucho más grandes y fuertes. La tolerancia al dolor es mejor que a los 3 años, pero aún de violentas reacciones talámicas y comportamiento cortical no controlado. Dicen ; No me gusta ese turno; Han aprendido a discriminar entre los procedimientos e instrumentos frente a las personas. Cuando no puede dominar una situación, lucha o se viene abajo, llora y quiere a la madre. El desagrado temporario por procedimientos odontológicos -- tiene que ser aceptado, pero la reafirmación constante combinada con una tolerancia por sus desagrados ayuda al niño a pasar sus crisis y le enseña a aceptar el procedimiento.

## 2.2 DESARROLLO DEL NIÑO

### ESCOLAR

Hacia la edad de seis años, el crecimiento físico, que se ha ido efectuando con rapidez notable, ha comenzado a desacelerarse. En término medio su estatura aumenta durante los años de la niñez intermedia a razón de un cinco o seis por ciento al año, aproximadamente, y su peso a razón de un poco más del 10% al año. A la edad de 12 años, su estatura se ha elevado a cerca de un metro y medio y su peso es de aproximadamente 38 kilos.

Hasta la edad de 10 años, los muchachos, por término medio, son ligeramente más altos que las niñas. Lo mismo puede decirse por lo que respecta al peso. Hasta la edad de 11 años aproximadamente, los niños son ligeramente más pesados que las niñas.

Las proporciones del cuerpo del niño se asemejan ya mucho a las del adulto. Los cambios ligeros de constitución que se efectúan en este período son consecuencia, en gran parte, del alargamiento de las extremidades del niño.

También se producen otros cambios. Debido a los depósitos de diversas sales minerales, especialmente de fósforo de calcio, los huesos de los niños de 12 años son más duros, pero más frágiles, que los de los niños de tres años de edad. A los seis años, aproximadamente, los niños suelen perder sus dientes de leche, pero a los doce tienen la mayoría de los dientes y muelas permanentes. Desde los seis hasta los doce años, la presión sanguínea aumenta y la velocidad del pulso disminuye.

El niño necesita comer más y come más.

El tejido muscular aumenta en proporción, y el niño se va haciendo más fuerte. Las diferencias sexuales en lo que respecta a la proporción de grasas y de tejido muscular, anteriormente mencionados subsisten.

Los niños tienen una mayor masa muscular en tanto que las niñas tienen una mayor proporción de grasa en el cuerpo. Aunque diversos aspectos del crecimiento (es decir, la tasa de desarrollo por lo que toca a la dentición, la estatura, el peso y el endurecimiento de los huesos) generalmente están correlacionados entre sí, no todos los niños se desarrollan de la misma manera o a la misma velocidad.

Algunos aumentan relativamente más de estatura, otros de peso, y así se producen las variaciones de tipo general de cuerpo que se suelen llamar alto y delgado o bajo y rechoncho, es decir los tipos corporales están comprendidos en tres categorías principales:

- 1) Endomorfo, que son generalmente blandos y redondos con tejido muscular óseo relativamente poco desarrollado.
- 2) Mesomorfos, que tienen músculos y huesos fuertes y cuerpos fuertes y recios, resistentes a la lesión.
- 3) Ectomorfos, que tienden a ser altos y delgados, frágiles y de músculos no muy desarrollados.

## Desarrollo Psicológico.

A medida que el niño se vuelve hacia personas fuera de su ambiente familiar, a la escuela, parece correr una cortina sobre lo que ha sucedido antes.

La mayoría de nosotros tenemos pocos recuerdos de los primeros cinco años de nuestra vida; los entusiasmos, conflictos, ansiedades y desilusiones de los primeros cinco años, prácticamente se han olvidado. Mientras que los niños hasta los cinco ó seis años están principalmente ocupados en sus fantasías, que son mucho más reales de lo que pensamos como realidad, de los seis en adelante se vuelven más y más a lo que en verdad está sucediendo afuera de ellos mismos. Muchas niñas continuarán por un tiempo llenas de fantasías de ser madre; piensan y hablan de pocas otras cosas. Un varoncito y una nena de seis años, a menudo compañeros de clase y vecinos, pueden establecer una fuerte unión y - su comportamiento recuerda en muchas formas a la corte que hace un adolescente.

No importa el anhelo ni la valentía que aparentan los niños por comenzar la escuela, la verdad es que se acercan a ella con un temor interno y temblando, ansiosos por saber si serán aceptados por la nueva maestra, por sus compañeros, si serán capaces de hacer lo que se espera de ellos. Ir a la escuela impone severas restricciones a su actividad. Se les requiere, además, que hagan un esfuerzo consistente, que perseveren en una tarea. Como resultado, los niños pueden estar indebidamente excitados, activos, inmanejables, cuando terminan las clases.

A pesar de su aparente independencia y espíritu aventurero, los niños en esta edad necesitan la continuada seguridad con sus padres en el hogar.

Necesitan que sus madres y padres se sienten y hablen, toda vez que las cosas no andan tan bien afuera; el mejor momento para las confidencias es por la noche, antes de ir a dormir.

A esa hora los niños de 6,7 u 8 años dejan el gran mundo fuera de la puerta de casa y se sienten felices de poder hablar de sus intereses y problemas con un padre afectuoso y simpático.

Al principio la niña y el niño se apoyan en su maestra como lo hacían en su madre. Los niños que han tenido dificultades para resolver sus sentimientos de posesión y rivalidad, las expresarán en el aula, en relación a la maestra y los compañeros, pero en forma atenuada.

El niño encuentra apoyo en el grupo para su independencia física. Hacia el segundo, y especialmente el tercer grado, se desprecia una maestra maternal; los niños de 8 ó 9 años quieren una maestra que imponga controles y normas.

A medida que se da cuenta del hecho de que otros adultos tienen ideas y opiniones diferentes a las de sus padres, gradualmente se hace algo crítico. Los padres comienzan a perder el lugar que hasta entonces conservaban. A menudo se idealiza al maestro, adjudicándole rasgos que se considera no tiene la madre; esto lleva a una ampliación de ideales. Más aún, la maestra debe ser compartida con otros niños, en su identificación con la maestra, los chicos adquieren un sentimiento de solidaridad de grupo.

Pronto llega a la edad de los clubes secretos, con códigos y reglas, en los que resulta muy importante tener cargos. Esta es la edad en que les gusta competir con los adultos, pero son malos perdedores. La aceptación por el grupo puede estar determinada por una cantidad de cosas: algunos

niños de imaginación muy activa, que sugieren el juego para el grupo y, sin embargo, están dispuestos a cambiar según los deseos de los otros, son muy populares; los niños generosos son considerados con simpatía. A veces, un niño inseguro robará para comprar golosinas y ganar así el favor del grupo.

La lealtad a los individuos y al grupo ya está siendo apreciada.

El número de amigos humanos puede aumentarse con un animal amigo, un compañero íntimo y querido, cuya comprensión, simpatía y devoción nunca se ponen en duda.

Los niños en el período de la dentición mixta, entre -- las edades de 6 a 12 años, son más razonables que los niños más pequeños, consecuentemente, los problemas son menores y por lo tanto el cuidado y su manejo .

El refuerzo de una conducta aceptable en el consultorio dental es algo que el odontólogo debe de realizar, especialmente si se llevan a cabo procedimientos complicados que requerirán de cooperación del paciente niño.

El dentista abrirá la conversación con temas de interés de acuerdo a la edad; la escuela es un tópico favorito en niños escolares. Coméntarios de ropa es apropiado para niñas, mientras que a los niños les interesa los deportes -- y los hobbies.

Un niño no cooperativo puede dar más dificultades para -- manejar que un preescolar. Es muy importante en estos casos permitir más tiempo para llegar a poder y ganar la confianza y respeto del paciente.

Es conveniente explicar la importancia de conservar sus dientes, con el tratamiento a seguir, señalando las consecuencias que traerá la falta de cooperación.

En niños aprensivos los tranquilizantes frecuentemente son beneficiosos. En algunos casos, donde el miedo a la inyección es el tema arduo de resolver, se sugiere el tratamiento sin anestesia local. Utilizando analgesia con protóxido u óxido nitroso y oxígeno. El uso del nuevo anestésico por presión es otro medio útil. Rara vez es necesario recurrir a la anestesia general para éstos niños. Puede incluirse en niños muy rebeldes, o mentalmente retardados o niños que se requiera de un tratamiento muy extenso.

### III.- INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL DESARROLLO

#### DEL NIÑO

##### Introducción.

- 3.1 Las Necesidades Fundamentales del Niño
- 3.2 Relación Padre - Hijo
- 3.3 Relaciones entre Hermanos
- 3.4 Respuesta del niño a las Actitudes Paternas.
- 3.5 Orientación Odontológica a los Padres
- 3.6 Comportamiento de los Padres en el Consultorio Dental:
- 3.7 Instrucciones a los Padres.



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

Las relaciones entre padres e hijos se cuentan entre las principales relaciones interpersonales. Las actitudes de los padres, por lo tanto, pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde.

En la mayoría de los casos, el comportamiento del niño en el consultorio odontológico es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él.

Nunca se dará suficiente importancia a la necesidad que tienen los niños de vivir con adultos emocionalmente maduros. Puesto que los niños adquieren madurez emocional de sus padres, no se puede esperar comportamientos emocionales maduros de niños que han sido educados por padres inmaduros emocionalmente. No se puede esperar que los niños desarrollen personalidades aceptables por sí solos si sus padres están tratando de resolver conflictos emocionales propios a través de ellos. El niño en crecimiento y desarrollo aprende a través de ejemplos, y si los padres no les proporcionan éstos modelos necesarios, puede adquirir otros menos convenientes por otro lado. Pero si los padres son emocionalmente maduros y viviendo una vida coordinada y feliz, el niño generalmente llegará a ser un adulto centrado.

Frecuentemente, los padres adoptan una actitud hacia sí mismos y otra hacia sus hijos. Esta falsedad no es eficaz. Los niños tienen poderes de observación muy agudos y no se les puede engañar mucho tiempo.

No hace falta ser perfecto para ser buen padre. Si ambos padres muestran una perfección irreprochable, el niño no tendrá oportunidad de observar equivocaciones y su rectificación. Si ambos padres son perfectos, el niño no tendrá experiencia para combatir las vicisitudes de la vida y será incapaz de alterar satisfactoriamente con miembros de la no tan perfecta familia.

### 3.1 Necesidades Fundamentales del Niño.

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

Es necesario amor para darle al niño la sensación de que se le desea. Le da confianza en sí mismo y en su capacidad para hacer frente al medio que lo rodea. La disciplina, por otro lado, indica al niño hasta dónde puede llegar. Impone límites a los confines de su libertad, pero dentro de esos límites será completamente libre. El niño indisciplinado no tiene esa libertad de acción porque no sabe en qué punto sus actos pueden crearle problemas.

Cuando no existen restricciones al comportamiento de los niños a menudo se producen sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos. El primer contacto del niño con la autoridad son los padres. La manera en que es manejado determinará su comportamiento en general hacia la autoridad. De aquí que conviene distinguir dos formas primordiales de autoridad: La autoridad Racional y la Autoridad Irracional.

La Autoridad Racional.

Se funda en la necesidad que tienen los seres humanos durante su inmadurez de ser orientados y dirigidos en su aprendizaje, es válida únicamente en tanto que el niño necesita de ella, — representa una situación provisional que tiende a decrecer — conforme el niño adquiere experiencia y capacidades críticas y discriminativas. El propósito de la autoridad racional es favorecer el despliegue de las potencialidades del niño y el fortalecimiento de su voluntad.

La Autoridad Irracional.

Por el contrario, tiene un carácter de permanencia; su propósito es mantener al niño supeditado a los intereses de sus padres y para ello es necesario impedir el desarrollo de su —

voluntad y hacerle sentir al máximo su debilidad y su impotencia. Se trata de una forma de autoridad que no sólo no favorece el desarrollo, sino que interfiere con él y lo limita.

Cuando los padres ejercen sobre el niño esta última forma de autoridad en que el niño es visto como un objeto de explotación y de dominio, es inevitable que ésta experimente hostilidad hacia sus padres, hostilidad y rebeldía que son tanto más peligrosos cuanto que están dirigidas hacia las mismas personas de las cuales el niño depende.

La Hostilidad experimentada en estas condiciones suscita angustia y culpabilidad que hacen necesaria su represión.

En lugar de hostilidad el niño puede sentir admiración ciega por sus padres, lo que contrarresta su sentimiento de culpabilidad pero incrementa su dependencia. Las consecuencias de una autoridad irracional son la quiebra de la espontaneidad y la aniquilación de la voluntad. Dejan una huella en el carácter lo que se manifiesta por actitudes y modos de reacción relativamente fijos que condicionan su relación con personas que los rodean; cuando se presentan al consultorio odontológico en la que el odontólogo se debe de mostrar comprensivo y justo para que tenga una función compensadora de gran importancia para un niño que en casa ha estado sujeto a la autoridad irracional de un padre tiránico. Pero al iniciarse la relación dentista - niño, éste estará propenso a reaccionar en forma análoga a como reaccionaría hacia su padre y esto puede ser desde el principio un obstáculo para el tratamiento odontológico.

La autoridad debe ser ejercida de manera protectora y amorosa, nunca de manera excesiva. La autoridad ejercida adecuadamente dará confianza. La autoridad consistente y cariñosa es preferible a la rígida, inconsistente.

### La Disciplina.

Como los niños no nacen con el conocimiento del bien y del mal, deben adquirirlo gradualmente hasta llegar a tener la conciencia madura del adulto. El medio ordinario para enseñar al niño el sentido del bien y del mal es la disciplina, que hace posible el desempeño de las actividades de todos - sin conflictos innecesarios .

La disciplina revela al niño de responsabilidades que es in capaz de asumir para que tome las propias de su edad, porque él no tiene la preparación, el juicio maduro ni la experiencia para manejar muchas situaciones. El peso de la demasiada responsabilidad puede aplastarlo y hacerlo sentirse inn cesariamente inútil.

Con demasiada frecuencia pretendemos enseñar algo a los niños cuando no se hallan en condiciones de aprender pensemos, por ejemplo: en los "sermones" que a menudo se dan - cuándo están llorando como consecuencia de una trastada o de una crisis familiar. No se debe de enseñar a un niño cuando esté cansado, molesto o malhumorado, rehuendo de algún modo la situación de aprendizaje. Es tonto intentar enseñar algo a un niño si no está en condiciones de aprender. Así, cuándo presenta sentimiento de ira, es irrazonable esperar que controle el sentimiento de ira, pero es razonable esperar que - aprenda a refrenar las acciones que expresan ese sentimiento mediante un comportamiento antisocial, como pegar, arrojar - arena o morder.

Lo primero que se ha de hacer con un niño pequeño es ayudarlo a fijar límites razonables a sus acciones. Los padres deben permitir que los niños expresen sus sentimientos tanto - los negativos como los positivos pueden llegar a ocupar su - puesto.

### Métodos de Extinción y Reforzamiento.

El método de reforzamiento se basa en que reforsemos las actitudes que querramos lograr del niño con palabras amigables mostrando interés en su comportamiento.

En las primeras etapas del adiestramiento es conveniente reforzar cualquier respuesta deseable. Una vez que el aprendizaje este bien encauzado, podrá espaciarse el refuerzo. Recordando que el más importante refuerzo es el amor y atención hacia ellos, es menester que se pase con los padres un tiempo agradable y divertido.

### Método de Extinción.

Este método se basa en ignorar lo que el niño hace en forma indeseable, como decir palabras groseras o hacer berrinches, mostrando indiferencia a su comportamiento, el niño no tendrá interés en seguir actuando así, lo que modificará a la postre su actitud.

### El Castigo como Función Educativa.

No es posible dejar sin corregir la mala conducta del niño, resultado del conflicto de sus impulsos. Es necesario enseñarle a refrenarlos para que sea feliz. El Castigo desempeña dos funciones en la educación:

- a) Actúa como preventivo para impedir la repetición de actos indeseables.
- b) Recalca lo que se considera como responsable.

La eficacia del castigo se basa en el hecho de que se produce sentimientos de desagrado, medio poderoso para eliminar la conducta indeseable. Así, el castigo puede aplicarse para persuadir al niño a obedecer, a decir la verdad y a respetar lo ajeno.

No debe amenazarse sólo con el castigo. La eficacia de ésta amenaza dependerá de la noción que el niño tenga del castigo, de la cercanía del mismo a la falta y de la exactitud con que él recuerda sus efectos.

Sí se desea que el castigo surta el efecto apetecido, debe estar proporcionado a la mentalidad del niño, distinta de la mentalidad del adulto. Se presupone que el adulto que falta lo hace a sabiendas. No puede suponerse lo mismo del niño.

El ignora lo que debe hacer en la mayoría de los casos y en otros muchos falla por olvido. El castigo debe acomodarse también a la falta. Castigar de la misma manera faltas serias y faltas leves es provocar confusión en su mente. Debe haber también alguna relación entre la falta y el castigo. Por eso es desaconsejable emplear un solo tipo de castigo que varía en severidad, por ejemplo, regañar o enviar al niño a dormir sin cenar, o pegarle, porque; aunque estas sanciones son fáciles de administrar, no guardan relación directa con la falta que se requiere corregir.

Sobre todo, el castigo debe ser aceptado por el niño. Esto significa que ha de tener en cuenta el motivo del niño. Hay que hacer, pues; el esfuerzo por analizar su conducta de modo que pueda descubrirse el motivo que lo indujo a portarse mal. Desde el punto de vista del niño, lo correcto y justo es decirle porqué se le castiga, una vez que es capaz de darse cuenta.

Esta práctica no solamente se basa en la justicia, sino también subraya el valor educativo del castigo, ya que elimina la posibilidad de que el niño lo considere como explosión de ira de parte del adulto. Si se impone al niño un castigo que él no acepta, se le expone a perder la noción de la justicia y también la confianza en los mayores y se ahonda así la distancia que separa a ambos.

El castigo no debe aplicarse en público, cuándo la falta ha

sido privada. Es injusto este proceder, porque no deben enterarse los demás de un asunto que concierne sólo a los padres y al hijo.

Deben evitarse los castigos humillantes como vestir de mujer a un varoncito y otros parecidos que envilecen al niño. Mucho menos deben usarse castigos que atemorizan, como el robachicos, el cuarto oscuro o bien frases como "eres un incorregible", "me matas a disgustos", "es imposible quererte".

Los ejecutores del castigo deben ser únicamente los padres. Permitir que otra persona, además de los padres, amenace con castigos y los ejecute es rodear al niño de una serie de juces que causan confusión en su mente.

El castigo puede consistir en una represión, cuando realmente se advierte que el niño tiene conciencia de culpa. Si ha faltado por ignorancia, habrá que darle alguna explicación.

En otros casos, la privación es medio eficaz para lograr que el niño modifique su conducta.

Por ejemplo, si dejó de cumplir sus tareas escolares, puede privársele de un rato de recreo, o de dinero, si es descuidado en su uso.

El castigo corporal es poco satisfactorio como sanción, porque enseña al niño métodos impropios de hacer frente a la frustración, además entorpece, asimismo el desarrollo de la conciencia del niño. Como lo alivia fácilmente de su culpabilidad, se siente libre para cometer otra travesura.

El castigo siempre es un mal menor, porque se basa en motivación negativa de desagrado. Por tanto, es necesario motivar la buena conducta haciéndola agradable.

El gozo que sorprende él en los ojos de sus padres, cuando se esfuerza por complacerlos, basta muchas veces para que no ejecute acciones desagradables.

En cambio, el rostro enojado, la palabra hiriente y las amenazas no dejan nada de constructivo, como se vió anteriormente en los métodos de refuerzo y extensión.

Frecuentemente se usa el soborno para que el niño deje de portarse mal. El soborno consiste en la promesa de una golosina o de un regalo cualquiera, si el niño se porta bien.

Por ley ordinaria, el soborno es inconveniente, porque desvirtúa el fin de la disciplina, que es lograr que el niño gobierne sus impulsos. Al sobornarlo, se busca que el niño no moleste y se impide así su desarrollo emocional.

El soborno difiere del premio que se otorga sin contrato — previo con el niño. El castigo es necesario, porque los niños no siempre eligen el bien. Sin embargo, no debe olvidarse que más se consigue a largo plazo., haciendo atractiva la senda del bien, que imponiendo castigos, los cuáles suelen expresar muchas veces mal humor reprimidos.

Cuándo los padres satisfacen exageradamente las necesidades emocionales, el niño tiende a crecer con conflictos emocionales, y creará problemas a sus padres y a las personas con quienes entra en contacto. Si el niño llega al consultorio dental con padres aturridos y desaliñados, que se quejan de su hijo no quiere cooperar a pesar de que han sido padres ideales, se puede ver que gran parte de la dificultad se debe a la atmosfera emocional que existe en su casa.

Todo niño tiene derecho a tener en casa una atmósfera que le lleve a desarrollo emocional normal, ya que el comportamiento humano se determina más por factores emocionales que por intelectuales. Para que un niño crezca y se comporte de manera normal, el medio emocional que le rodea deberá estar dentro de los límites de la normalidad.



### 3.2. Relación Padre - Hijo.

En éstos últimos años se han producido grandes modificaciones en las actitudes de los padres hacia los hijos. Dichos cambios se han realizado en el sentido de la liberalidad y la tolerancia, con un intento de entender al hijo y sus necesidades. Sin embargo, los padres no siempre actúan con eficacia en sus actitudes; tienden a mostrar favoritismo hacia alguno de los hijos, a ser a veces demasiado indulgentes y otras veces demasiado estrictos.

Esta contradicción de los sentimientos o "ambivalencia" con frecuencia no es el resultado de la conducta o las actitudes del niño, sino que se produce porque los padres consideran a veces, al hijo como una gran carga económica, un obstáculo para sus diversiones o, en el caso de la madre una interferencia con el trabajo de que disfrutaba antes de que llegará el hijo. La actitud de los padres hacia el hijo puede ser incluso reflejo de su propia adaptación o inadaptación en la vida.

Los padres difieren ampliamente en sus actitudes hacia los niños. Quienes después de casados han tenido que esperar mucho tiempo para tener hijos, o se han casado tarde, tienden a ser demasiado cariñosos y protectores.

Esos niños están preparados inadecuadamente para ocupar su puesto en la casa o en la escuela, y les falta valor en el consultorio odontológico.

### El Rechazo.

Es común cuando la concepción no fué deseada, o cuándo el niño ha nacido de padres demasiado jóvenes, no muy maduros emocionalmente, para aceptar las muchas responsabilidades de la paternidad.

Existen Rechazo Pasivo y Rechazo Activo.

#### Rechazo Pasivo.

La vinculación afectiva entre la madre y su hijo es sumamente débil o no existe por ser pobre la efectividad de la madre, esto puede deberse a factores predominantes constitucionales. En otras ocasiones, se trata de mujeres superficiales y vanidosas cuyos efectos son insustanciales y falsos: dedican muy poco tiempo al niño y generalmente racionalizan su desapego escudándose en otras ocupaciones que de cualquier modo no tendrán, si, verdaderamente quisieran a sus hijos.

El padre como ocupa la mayor parte de su tiempo en el trabajo, llega a su hogar cansado, regularmente transfiere las responsabilidades de cuidado del niño a su madre, mostrando indiferencia al chico a sus necesidades afectivas y educativas.

#### El Rechazo Activo.

Algunos niños son activamente repudiados, a veces aún antes de su nacimiento. El niño repudiado no es sólo descuidado, sino constantemente tratado con brutalidad. El rechazo activo del niño puede ser estimulado por factores tales como la identificación del niño con el marido detestado, envidia de su dependencia, celos porque el niño absorbe el interés de su padre o madre respectivamente.

No es de extrañar que estos niños desarrollen carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad que los lleven a ansiedades profundas, desarrollan resentimientos, se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie.

Puesto que el niño no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, desobediente, poco popular, nervioso y demasiado activo. A causa de -- esta actitud, los miembros del grupo de su edad lo en---cuentran poco agradable, y esto le hace buscar la compañía de otros parecidos a él. Muchos de los delincuentes infantiles actuales vienen de ésta categoría.

En el consultorio odontológico, este niño puede ser difícil de manejar. Está claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia manifestada por el niño, no con rechazo, sino esforzándose en ser amigable y en comprenderlo. Estos niños generalmente demandan mucho, y deberán respetarse sus peticiones en lo posible, porque están necesitados de atención y bondad.

En muchos casos, el niño rechazado se porta mal para atraer la atención,. Este niño deberá recibir la atención deseada cuándo se porta bien, y no cuándo se porta mal.

Debe enseñársele que cuándo se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

#### El Favoritismo Parental.

No es infrecuente por un niño determinado en la familia y ello puede conducir, ya sea la madre o el padre que lo haga, a una variedad de problemas de conducta no sólo con el niño infortunado que recibe esa atención especial, sino también con los hermanos y hermanas, sometidos a tñ in justificable trato.

A veces los padres no le niegan al niño la menor cosa o deseo dentro de los límites de la entrada económica de la familia, ni se lo restringe en ninguna de sus actividades.

Los padres y madres cuya infancia ha sido poco satisfactoria, plenas de penurias económicas y estrecheces, son, con frecuencia, demasiado indulgentes. Los abuelos tienen también a prodigar favores especiales y regalos al nieto.

El niño demasiado caprichoso, muchas veces considerado como el niño "dafiño", es preguntón y se lleva mal con los otros niños o personas que no le den el gusto.

Un acceso de llanto, o un arranque de mal humor suelen ser comunes y ésta exhibición, en el hogar le recompensa en todo cuanto pide. Esta misma técnica será empleada en el consultorio odontológico, a la menor molestia.

#### Ansiedad Excesiva.

Expresada por el padre muchas veces cuando ha habido alguna enfermedad seria, o muerte en la familia, o cuando se trata de un hijo único.

El padre manifiesta entonces un efecto exagerado y un exceso de protección, y se opone generalmente a que su hijo alterne con los otros niños. Se exageran mucho las enfermedades de poca importancia y frecuentemente se les hace guardar cama sin necesidad, y se impide al niño concurrir a la escuela o cumplir su cita con el odontólogo. Muy pronto el niño pasa a depender de los padres para todo y son generalmente tímidos, huraños, temerosos, reservados y cobardes.

Se preocupan cada vez más por su salud, y les falta capacidad para tomar decisiones por sí mismos.

Son generalmente buenos pacientes si se les instruye para que lo sean.

Sin embargo, es posible que el dentista tenga algo de dificultad en vencer sus temores. Pero si se alienta y asegura al niño, este generalmente reaccionará de manera satisfactoria.

#### Padres Posesivos.

En algunos casos, la madre identificada desmesuradamente con su hijo olvida que se trata de personalidades separadas; de ahí su sobreestimación, su protección exagerada, las demandas excesivas de afecto y respeto y la frecuencia con que estas madres resienten que el niño establezca relaciones afectivas fuera del hogar, sin permitirle jugar con otros niños.

Los síntomas prominentes, expresados en un niño así, son la negativa a alternar con otros y un comportamiento irresponsable. Generalmente intenta controlar cada situación, y se niega a someterse a cualquier autoridad.

Imprudencia, rabietas, fanfarronería, son características comunes, se niega a jugar con otros niños en un pie de igualdad

Conviene distinguir entre dos formas de posesividad:

una basada en la necesidad exagerada de dominio por parte de la madre y otra en la que la retención del hijo se produce por la sumisión de su madre a él.

##### a) Dominio.

Los padres que son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica. No aceptan al niño como es, sino que lo forzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Al entrenarlo forzan al niño y son por lo general extremadamente críticos, estrictos, y a veces incluso lo rechazan.

La madre dominante es con frecuencia una persona de carácter autoritario y rígido. Se trata de personas tiránicas e intransigentes, ante cuya presencia el niño tiembla, que intentan dominar al niño abiertamente, no admiten su rebeldía, lo castigan severamente por pequeñeces, y con frecuencia tratan activamente de modelar al niño de acuerdo con su concepto rígido de la virtud.

La madre de este tipo enfatiza prematura y exageradamente la limpieza, los buenos modelos, etc., protege a sus hijos en forma inadecuada, resolviéndoles sus problemas, coartando su iniciativa, etc., y a cambio de ello demanda afecto, sumisión y respeto. El elemento esencial es que el niño es tomado por un objeto siempre susceptible de ser explotado.

Una variedad bastante frecuente es la de aquella madre que domina a sus hijos adoptando "actitudes de mártir", es decir, haciéndoles sentir que "mamá es tan buena y se ha sacrificado tanto por ellos", que al niño no le queda más remedio que someterse ante el sentimiento intolerable de culpabilidad que le provoca cualquier impulso normal hacia la independencia y la autonomía.

Las consecuencias de una situación excesiva de dominio materno en el carácter del niño pueden inferirse fácilmente. El niño se siente impotente para separarse de la madre y éste sentimiento de impotencia tiene frecuentemente como base el sentirse malo, inferior, culpable así como una necesidad que puede permanecer como una fuerza motivante poderosa por el resto de su vida., la de complacer a su madre puesto que tienen miedo a resentirse abiertamente, obedecerán las órdenes despacio y con el mayor retraso posible, puede ser común el negativismo.

Si se les trata amable y consideradamente, estos niños generalmente llegan a ser buenos pacientes odontológicos.

b) Sumisión.

Se manifiesta por indulgencia y consentimiento maternos exagerados. Una mujer, generalmente poseedora de una organización caracterológica de tipo masoquista, cree que adora a sus hijos, no se despega de ellos, los cuida y los protege aún en su adolescencia como si fueran lactantes. Muchas veces estas actitudes pueden estar estimuladas por privaciones que la madre misma sufrió en su infancia.

En general, las madres sumisas no sólo quieren a sus hijos "los adoran" y exigen de ellos en respuesta demostraciones excesivas de afecto, éstos se habitúan a tratar de satisfacer siempre sus deseos y posteriormente están dispuestos a satisfacerlos por cualquier medio. En ocasiones se forman una imagen engrandecida de sí mismos y desarrollan sentimientos de omnipotencia cuya falsedad el mundo se encarga de demostrarle en cuanto se despegan de las faldas de su madre, si es que llegan a hacerlo. En el consultorio dental, deben de ser tratados en forma amable pero a la vez demostrándole que es necesario el tratamiento dental.

Al considerar las actitudes de los padres se considera que en general, es necesario cierto grado de dominación por parte de los padres y de sumisión por la de los hijos para que éstos se ajusten a los patrones culturales actuales. Los niños que sufren algo de presión en casa parecen aceptar las experiencias exteriores con más animación e interés. Si la dominación de los padres es justa y se administra adecuadamente, el niño tenderá a ser un buen paciente dental y encajará en un mundo en el que los ajustes son siempre necesarios. Es claro que el grupo que carece de presión paterna crecerá con deficiencias para adquirir la capacidad de ajustarse a las situaciones de la vida, de las cuáles el tratamiento dental es solo una.

Si el dominio es más evidente en el padre o en la madre, el más severo es el que debería traer al niño al consultorio odontológico. A causa del miedo que pueda experimentar, ningún niño muy joven deberá venir al consultorio odontológico sin compañía.

El tratamiento odontológico es una nueva experiencia para el niño. Por lo tanto, necesita la confianza y seguridad que solo un padre o una madre puede dar.

#### Papel de la Angustia en la Relación Materno - Infantil.

La angustia es una emoción desorganizante y cuando es excesiva puede condicionar en tal grado la relación de la madre con el niño.

La mujer angustiada carece de fe en su capacidad misma de ser madre y de fe en las potencialidades del niño para su crecimiento y desarrollo, la angustia es captada tempranamente por el niño, cuyo drama es sentir que su madre es incapaz de protegerlo. A causa de su angustia, la madre exagera los peligros a que cualquier niño está expuesto y lo priva de toda



expansión por temor a que algo pueda ocurrirle, en caso de enfermedad, la madre exterioriza en tal forma su preocupación que el niño se siente en peligro de muerte. Al no encontrar seguridad en su madre, el niño se experimenta a sí mismo como un ser débil e insignificante en un mundo de peligros y amenazas.

Los adultos angustiados transmiten al niño sus propias aprensiones, sus miedos y sus fobias.

En torno del niño se crea una atmósfera continua de inseguridad. Por otra parte, las personas angustiadas son con frecuencia inestables, cambian de un plan educacional a otro, creando confusión en el niño, que encuentra dificultades adicionales en su desarrollo a causa de la confusión que lo rodea.

Las actitudes que unos niños tienen hacia otros están formados principalmente por los padres. Estas actitudes pueden variar según el número de hijos y su posición en la familia .

El hijo mayor, ha nacido para una posición de mando, porque aunque los padres pueden carecer de experiencia, tienen el entusiasmo y el aguante juvenil que es a veces tan necesario para administrar una disciplina adecuada y justa. El hijo mayor , es a menudo conservador y de comportamiento - moderado. Se portará bien si sus padres son inteligentes y comprenden sus propias actitudes.

El primer hijo crece en un medio completamente adulto, hasta que nace el segundo vástago, gracias a él los padres aprenden a educar a sus restantes hijos. El segundo hijo siempre tiene ante él alguien a quien imitar, que de ordinario es más fuerte y sabe más por ser mayor. Si nace un tercer hijo, el segundo se convierte ahora en el intermedio. No tiene las ventajas que lleva emparejadas el ser el mayor ni las de ser el ''Benjamin'', es el segundo. El tercer hijo será entonces el ''bebe'' de la familia, con una serie especial de actitudes por parte de sus padres, en virtud de su situación Y así sucesivamente: por muchos hijos que haya en la familia cada uno crecerá en un ambiente peculiar y exclusivo.

La combinación de genes más la posición familiar hará que cada uno de los hijos sea diferente. Por lo tanto, se tendrá que emplear diferentes métodos de enseñanza con cada uno. Se habrá de manejar de modo distinto a un niño nervioso que a otro apasible, por desgracia, la mayoría de los padres no obran así. Buscan métodos de disciplina universales y absolutos que puedan aplicarse a todos los niños.



¿ HA VISTO ALGUIEN POR AQUÍ LA  
PASTA DE LOS DIENTES?

El conceder a un niño la libertad para explorar su entorno y asumir su autorregulación tan pronto como sea capaz en cada etapa de desarrollo, produce en él un concepto positivo de sí mismo. Como tan pronto como sepa vestirse o limpiarse los dientes, déjale que haga éstas cosas por sí solo.

Permitir que un niño realice tales actividades requiere paciencia.

Los niños y los adultos ven el acto de cepillarse los dientes de forma completamente diferente.

Nosotros pensamos que un cepillo de dientes, junto con pasta dental y agua son instrumentos que sirven para mantener los dientes limpios. Para él la pasta es un dulce, que en vez de enjuagarse con el agua se la toma junto con la pasta y el cepillo dental es un juguete que chupan saboreando el sabor de la pasta dental.

Permitir que el niño efectúe las cosas por sí mismo requiere por nuestra parte un auténtico deseo de que él crezca y progrese.

El apoyo emocional de los padres ayuda al niño a superar sus sentimientos de inadaptación y a formar un sólido concepto de sí mismo.

### 3.3 Relaciones entre Hermanos.

Las relaciones entre hermanos, aunque no son tan importantes como las relaciones con los padres, también influyen en el comportamiento del niño. Entran a formar parte de la personalidad del niño la dominación de un hermano mayor o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño. La rivalidad que puede existir entre hermanos por el afecto de sus padres o de algún otro miembro de la familia puede influir en el patrón de comportamiento del niño.

Intelectualmente, los padres saben que sus hijos son únicos. No obstante, en la práctica, a menudo intentan aplicar los mismos métodos de disciplina a todos sus hijos, como si fueran idénticos. Es obvio que los hijos no son iguales. Nacen ya con diferentes combinaciones de genes. Biológicamente, un niño es más excitable, otro es más tranquilo.

Aún cuando varios niños se crien en la misma familia, su medio ambiente será distinto debido a su posición en ella.

Existen muchos factores, además de las relaciones con padres y hermanos, que forman la personalidad del niño. Entre estos podemos mencionar cualidades de personalidad innatas, relación en la familia, juegos, esparcimiento, moralidad, etc. Todos ellos tienen influencia sobre el modelo final de personalidad.

Pueden constituir la diferencia entre un niño feliz y uno confundido.

Un hogar armonioso es aquel en donde los hijos son queridos.

Un hogar excelente para la formación de carácter y personalidad es cálido y amistoso, donde se busca continuamente la felicidad.

El niño necesita sentirse protegido por sus padres y tener confianza en ellos y en la estabilidad de su hogar para experimentarse capaz de enfrentar a cada paso situaciones desconocidas. Interés en lo que hace, en sus pequeños logros, en sus indecisiones y en sus fracasos. Conocimiento de sus limitaciones y de sus capacidades específicas, de sus talentos y de sus vulnerabilidades. Aceptación y respeto de su individualidad, sus intereses y sus deseos.

Los hogares deshechos pueden ser dañinos para una buena personalidad. Pueden llevar a sentimientos de inseguridad, inferioridad, apatía y depresión.

Sin embargo, los hogares deshechos son menos destructivos para la formación del carácter que los hogares con conflictos crónicos y desajustes completos.

### 3.4 Respuesta del Niño a las Actitudes Paternas.

Los padres que presentaron más caos de exigencias y trabas impuestas a sus hijos, eran los que recibían más expresiones de hostilidad de ellos.

Los padres que más ejemplos dieron de acusar, urgir, castigar, amenazar y estorbar a los niños, tenían hijos que lloraban frecuentemente.

Los padres que presentaron muchos ejemplos de no hacer caso de sus hijos y apartarlos, estaban entre los que recibían muchas molestias y fastidios por parte de ellos.

Los padres que con más frecuencia ponían obstáculos a sus hijos estaban entre los que encontraban resistencia en ellos.

### 3.5 Orientación de los Padres.

Es importante la atención de su hijo porque....

- 1.- Que la dentición del niño, base de una buena función masticatoria, y por consiguiente, de una buena función digestiva, es susceptible de ser afectada por una serie de factores locales y generales, que alteran su integridad.
- 2.- Que las enfermedades derivadas de dichos factores, por sí solas o en conjunto, conducen a la pérdida parcial o total de la dentición temporal o permanente joven, con sus respectivas consecuencias.
- 3.- Que por presentarse dichas enfermedades en una edad temprana, deberá ser ésta la época en que se instituyan las medidas preventivas y curativas.
- 4.- Con ello se llegará a una edad adulta, en la que el individuo tendrá una dentición sana y bien balanceada, lo cual constituirá una de las bases para su buena salud.

El tratamiento dental es ideal para comenzar lo alrededor de los dos años de edad.





- Mmm... SOPLO CARDIACO  
Y ABSCESO PULMONAR. LE  
RECETARÉ .... ETC....-

- Ayyy... DIOS MIO!!-

### 3.6 Comportamiento de los Padres en el Consultorio Odontológico.

Se puede hacer que los padres comprendan que, una vez en el consultorio, el odontólogo sabe mejor cómo preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario. Los padres deberán tener confianza total en el odontólogo y confiar su hijo a su cuidado. 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 o d o n t ó l o g o les invite a hacerlo. 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 en que la sola presencia de los padres infunde confianza en el niño, especialmente si tiene menos de cuatro años - de edad.

Si se invita al padre de un niño mayor para que pase a la - sala de tratamiento, deberá desempeñar el papel de un huésped pasivo y permanecer de pie, o sentarse alejado de la un i d a d. No deberá hablar al dentista o al niño, a menos que á q u é l se lo pida, ni deberá tomar al niño de la mano ni mirarle con simpatía y expresión asustada. No hay nada que trastorne más el éxito del manejo de un niño que una situación en que la ma d re está comunicando información falsa al niño, o le está - transmitiendo su simpatía.

Esta división de obediencias llevará a desconfiar del dent is t a y también creará temor a los procedimientos dentales.

Es importante que cuando esté presente el padre o la madre - se haga la revisión bucal general en silencio pues ellos no entenderán la terminología médica y creerán una información errónea teniendo sentimiento de ansiedad demostrándose especialmente en expresiones faciales que causarían temor y desconfianza en el niño para con el tratamiento dental.

### 3.7 Instrucciones a los padres.

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni desconfianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. El dentista 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. Para los padres, será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremadamente de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. La madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño, y tenderá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental. De esta manera existirá una relación más satisfactoria entre el dentista y la familia. Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas.

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

Se ha avanzado enormemente en el alivio del dolor en odontología. Generalmente, se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño.

2.- Se les debe instruir a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables. Darle a conocer al niño que el dentista es su amigo y evitar el decir: "El doctor no te hará doler", sino, el Dentista será muy suave al trabajar.

3.- Se le pedirá al padre que familiaricen a su hijo con la Odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo, es esencial que se discuta la odontología en el hogar de modo que el niño comprenda que está siendo llevado a un consultorio odontológico dándole a entender la importancia de su tratamiento para su propio bienestar.

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

5.- Un niño bien centrado es generalmente un paciente dental bueno, es menester hacer incapié a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas -- por su parte para llegar a formar niños bien centrados.

6.- Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes por eso se les debe recalcar el valor de obtener servicios regulares, no sólo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales.

7.- El niño en ciertas ocasiones, se niega a cooperar durante la entrevista inicial, el examen o la primera cita para -- tratamiento. Las madres entonces recurren a menudo al soborno.

a avergonzar, regañar y aún ridiculizar al niño, pero éstos métodos carecen de valor le hacen sentir al niño que puede enfrentarse con algún peligro.

A veces la madre, en un esfuerzo por ser útil, tiene la mano del niño, pero tal supervisión protectora termina frecuentemente en la pérdida de toda la auto-confianza por parte -- del chico. Si el niño prefiere seguir llorando, o persiste en continuos movimientos alrededor del sillón dental, aún cuando se haya demostrado suavidad y consideración, pueden hacerse a la madre los siguientes comentarios:

'Llorar es un mecanismo normal de defensa. Los niños temen a todo lo nuevo o extraño. Por lo tanto, pueden llorar cuando nada les duele.'

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

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

10.- El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer ó no el odontólogo. El dentista no debe ser colocado en una - situación comprometida donde se limita lo que puede hacer - para el niño. Tampoco deberán prometer los padres al niño - que el odontólogo no les va a hacer daño. Las mentiras solo llevan a decepción y desconfianza.

11.- Varios días antes de la cita, se le comunicará al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentis-ta. Los padres nunca deberán forzar las cosas, mostrar al -- niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

12.- Los padres deberán encomendar al niño a 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. Cuando lleguen a la sala de tratamiento, deben actuar tan sólo como espectadores invitados.

No hablando cuando el odontólogo lo hace. Si es de lo contrario, el niño no escuchará a ninguno de los dos.

El profesionista discutirá después los problemas en el momento oportuno.

¿Cuándo debe el odontólogo pedir a la madre que se retire - del consultorio y cuándo será su presencia útil, .?

En general, la madre es una ayuda en el trato con el niño - de menos de cuatro años o con el emocionalmente dependiente e inseguro. Si tanto el niño como la madre son dependientes y temerosos, es mejor pedirle a la madre que se quede para que el odontólogo pueda dar al niño la seguridad que necesita y reafirmar a la madre con su actitud calma y seguridad. Es mejor la separación de la madre cuando es agresiva e intenta dominar la situación odontológica.

La decisión sobre si la madre permanecerá en el consultorio o fuera de él debe estar basada en la intuición y en lo que sea mejor para el niño, no sobre normas y reglas rígidas.

El escolar rara vez es realmente dependiente de los padres en la situación odontológica; se debe de apoyar al niño y ayudarlo a desarrollar su independencia. Hay que hablar directamente con el niño, será él quien decida si se le aplica o no una inyección, no la madre.

## IV .- MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

### Introducción.

#### 5.1 Actitud del Profesional

#### 5.2 La Primera Visita

#### 5.3 Conclusión de la Primera Visita

#### 5.4 Diferentes Actitudes de los Niños

El niño sociable

El niño muy activo

El niño desafiante

El niño miedoso

El niño tímido

#### 5.5 Estados Físicos que repercuten en el comportamiento del niño

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

La Odontopediatría para mejor conocimiento del niño ha recurrido a la psicología infantil.

Esta Psicología, en parte se basa en la observación y en parte es intuitiva para tratar médicamente a los niños. El niño al nacer comienza a respirar y, poco después -- a comer.

Son necesidades biológicas, que sin ellas el niño no -- subsistiría.

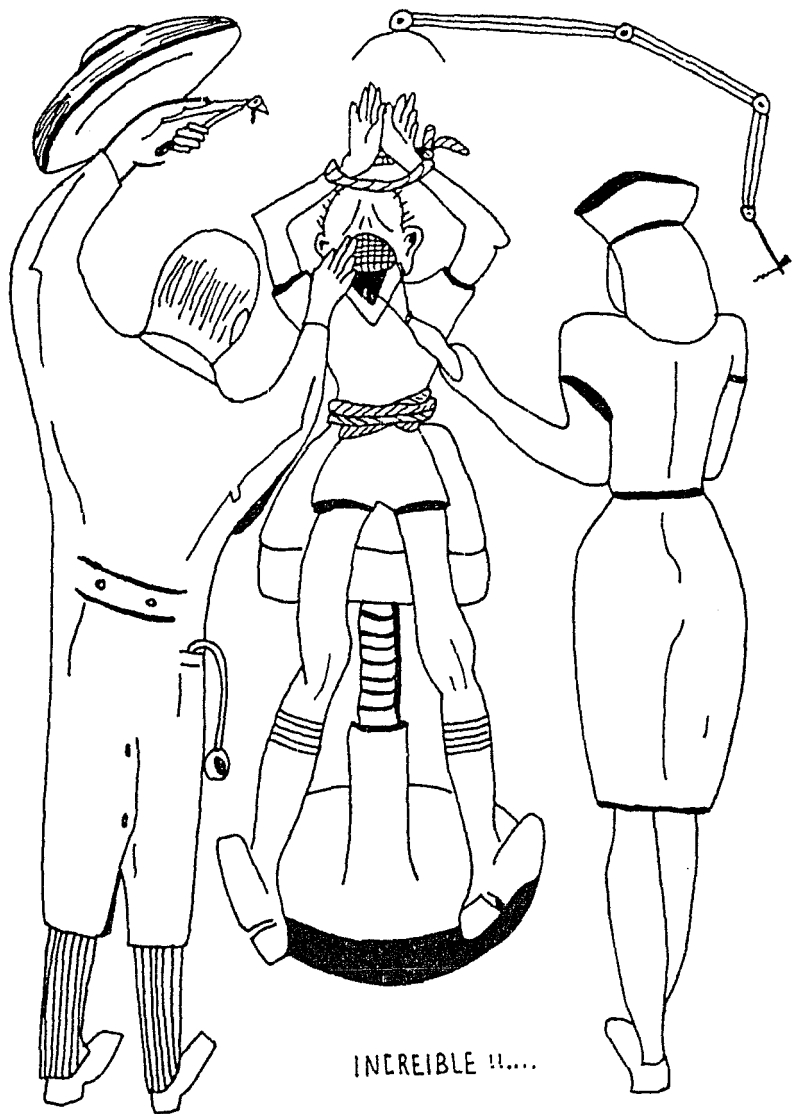
Así también el miedo es una respuesta de defensa del organismo, como nivel emocional que determina en diferentes maneras el comportamiento a situaciones nuevas para él o que han sido desagradables.

La función del profesional en parte será encaminada a -- quitar estos temores por medio de la educación y confianza, para con el tratamiento odontológico.

Con frecuencia veremos diferentes actitudes de respuesta a la presentación del gabinete dental y por énde al o--  
dontólogo .

Por lo que considero necesario hacer incapie en la relación adecuada del odontólogo con el niño.





INCREDIBLE !!....

PERO OCURRE CON FRECUENCIA

#### 4.1 Actitud del Profesional.

La odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando con organismos en período de formación.

El dentista en su consultorio dental al atender a niños, - sin ser especialista en ellos ayudará a producir estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

Al emprender el tratamiento en niños, sin ser odontopediatras en el consultorio, rara vez los odontólogos lo realizan por pura vocación, sino que sí lo hacen es por ser el mejor comienzo que se le ofrece en su carrera o porque necesitan aceptar cuantos clientes se les presenten, esto en lugar de ayudar al niño le crea problemas psicológicos -- que repercuten estomatológicamente.

El dentista deberá tener la suficiente honestidad para su evaluación propia y prestar el mejor servicio de que sea capaz. Nunca tomar responsabilidades a la ligera, reconociendo sus fallas, emocionales, evitará causar un trauma -- en el paciente niño, deberá cederlo a la odontopediatría -- a sabiendas que le va a proporcionar, lo que el niño requiere.

Cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar -- con niños, debe prever que la tarea le resultará algo difícil, ya que practicar una odontología modelo para niños no es fácil.

El dentista ha de tener paciencia y respeto para la personalidad del niño. La conducta del niño se modifica mejor -- con sugerencias que con exigencias.

Es importante tener noción de la personalidad y de los sentimientos de los pacientes. Un dentista competente -- debe ser capaz de contestar inteligentemente las preguntas de los pacientes y sus padres con conocimientos correctos.

El niño va al consultorio dental guiado por los adultos que a su vez van por la fé y confianza que le tienen al odontólogo en su habilidad. Al no dárseles su oportunidad de elegir, los niños pueden no sentir la necesaria estimación por el profesional, de modo que éste debe -- ganar esa posición de confianza y respeto.

El profesional debe transparentar seguridad y autoestima si ha de proyectar esas cualidades en sus pacientes.

No deben permitirse sentimientos desagradables que se -- vean reflejados en la fasia o en las actitudes para con el paciente. Aunque a veces es difícil, esto debe ser eliminado o por lo menos dominado para alcanzar el éxito en el tratamiento. Tratar al niño con sentimientos de -- bondad y comprensión es establecer un vínculo común con él.

Si se desea calma y cooperación, hay que tener comprensión empática de los sentimientos del niño, entendiéndose por comprensión empática, la comprensión emocional -- del paciente con quién tratamos. Difiere de la simpatía porque no experimentamos una reacción emocional con ellos. Aunque poseemos la comprensión del individuo y sus problemas en realidad estamos emocionalmente "apartados".

Tiene gran importancia la manera de hablar, la sinceridad expresada por los pensamientos e ideas, y contestar a -- todas sus preguntas con respuestas correctas como se mencionó anteriormente.

El niño es un investigador nato, por eso mismo busca y trata de encontrar la respuesta a toda una serie de interrogantes que le plantea su propio ser y todas las cosas que constituyen "su mundo".

"Los niños hacemos preguntas y esperamos una respuesta. Nosotros todavía no sabemos distinguir entre eso que los 'adultos' llaman oportunidad e inoportunidad. Descubrimos algo y al momento queremos saber el por qué. Una de las cosas en que me han insistido mucho - mis padres es que 'nunca diga mentiras', constantemente me están hablando de sinceridad y de rectitud. Yo no entiendo toda la profundidad de estas palabras, pero me imagino que sólo piden que uno diga lo que piensa o lo que hace.

En otras palabras, exigen que uno sea como es.

El otro día le oí decir a mi maestro que todos tenemos derecho a la verdad y que por eso no se debe mentir, pero que a veces se dicen mentiras piadosas porque todavía no eramos capaces de comprender las respuestas.

Yo todavía no se diferenciar cuándo una mentira es piadosa y cuándo no, porque, para mí mentira es no decir la verdad. Me imagino que 'piadoso' puede ser semejante a 'humildad' y, entonces, es una virtud. Por eso mismo, juntar una virtud con un vicio, como es no decir la verdad, me parece absurdo, lo cuál lleva a pensar que, tratándose de la verdad, o se dice o no se dice. Yo más bien creo que a la mentira le llaman 'piadosa' porque lo hacen con la mejor voluntad del mundo y no tienen intención de mentir, pero pienso que la 'buena voluntad' y la 'intención' no le quitan la mentira a la mentira; el problema está no sólo en decir la verdad, sino a quién, cómo, cuándo y donde decirla.

Otra cosa que no quieren aceptar los adultos es, que los niños nos damos cuenta cuándo nos están mintiendo, y no decimos nada para no contrariarlos, pero ya no les tenemos confianza''.

En todo momento se requiere de sinceridad, en todo lo que se va hacer para el tratamiento con el niño, para que tenga confianza.

La Conversación debe estar siempre en el nivel del niño,--- con los pensamientos e ideas dirigidos siempre a conductas que sean de interés para él. Si se eligen con cuidado las - palabras e ideas de conversación, se podrá llegar a compren- der más rápido al niño sin perder mucho tiempo. El dentista debe trasmitir al niño que hay comprensión en relación a -- sus problemas. Cuando se está estableciendo la relación, la conversación deberá alejarse de problemas emocionales y di- rigirse a objetos familiares del niño. Se hablará de amigos de animales o de la escuela. 'El dentista contará lo triste que se encuentra porque su perro no puede acompañarlo al -- consultorio. Si el niño ama a los perros, pronto florecerá entre ambos una comprensión compasiva. El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños. Puede observar que cuándo era niño tuvo que ir al dentista porque era nece- sario componer sus dientes.

Se puede determinar el éxito alcanzado en esto observando - la respuesta del niño y su entusiasmo en ciertos momentos. Es importante converzar con palabras de su nivel cronológi- co.

El profesional jamás debe elevar su voz ni gritarle al pa- ciente, ni le debe hablar de manera condescendiente.

Con una oratoria de carácter monótono suave pero expresiva y no abrumadora, está orientada en primer término al interés del niño y después a la tarea en vista, sin cambio de inflexión ni desviación de la dicción.

Si durante la plática se afirma que no experimentará ninguna incomodidad grave. Si el niño estuvo llorando, con frecuencia se verá tan superado por la calidez, amistosidad y suavidad de la voz y la ausencia de desagradado abierto por su llanto, que dejará de llorar y se sentirá amigo e interesará por lo que se está tratando de hacer.

El odontólogo deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño. Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como "aguja" o "fresa", y sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si se llama de otra manera al procedimiento.

Como se mencionó antes, cuando tratemos con niños deberán evitarse engaños, pero cuando sea posible, se usarán palabras que no despierten miedo, palabras que conocen y usan diariamente. La substitución exacta de palabras deberá guiarse por la edad del paciente.

En vez de palabras como "inyección," "aguja", "pincho" se podría decir. "vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como el piquete de un mosquito". Saben que los piquetes de mosquito son molestos, pero el dolor no es suficientemente grande o duradero para producir ansiedades definidas. En vez de la palabra "fresa, que para un niño significa hacer hoyos en un diente, dígame que va a cepillar los insectos malos y sacarlos de sus dientes.

De este modo, el dentista ha informado al niño de lo que va a hacer sin que se produzca miedo. Así la inyección - será aceptada como una cuestión corriente, completada la misma sin un dolor excesivo, el niño cooperará para la futura labor. Si el odontólogo considera que va a infligir un dolor considerable, puede explicárselo pero evitando asustarlo utilizando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

Cada niño deberá recibir la atención completa del dentista. Siempre trate al niño como si fuera el único paciente que se ve en ese día. No se le debe de dar un nombre poco familiar como "muchachito", sino llamarlo por su nombre - de pila.

El odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, - rapidez y mínimo de dolor. Debe poseer razonable habilidad de manera que una cavidad pueda prepararse y obturarse sin vacilaciones o procedimientos operatorios largos, (esto se detallara en la primera visita del niño al consultorio dental).

La correcta elección de fresas e instrumentos afilados, como también la eficiente aproximación a la preparación de la cavidad, harán mucho para acortar el tiempo operatorio. Al trabajar con niños el odontólogo debe ser muy cauto, tanto en su aspecto personal como en el de su consultorio. La vista de instrumentos, manos, toallas o delantales manchados de sangre, no es favorable para los niños.

El número de cinceles, fresas y forceps. a la vista debe ser en todo momento el mínimo necesario para la operación.

Cuando se arreglan los instrumentos adecuadamente, no será necesario buscarlos y perder tiempo cuando ya ha empezado la operación.

Un niño puede ver claramente cuándo hay ineficiencia, aún después de pocas visitas al consultorio.

Los niños son más observadores que los adultos, tal vez porque son más inquisitivos y se interesan por lo que les rodea.

A los niños hay que tratarlos como personas mayores, al tratar a un niño como hombre y pedirle su opinión excitará su amor propio. Hay que intentar inculcar la imagen del niño de más de seis años que es un hombre y que sus dientes son su propiedad personal; si éstos se destruyen o se pierden por no cuidárselos, el saldrá perdiendo y será el único que se resienta de ello.

Le diremos que si sus dientes continúan así en mal estado, él sufrirá las consecuencias durante toda su vida y nunca llegará a ser hombre fuerte y robusto.

La ambición que casi todos los niños tienen de llegar a ser atletas, le mueve a hacer cuanto pueda para poseer un cuerpo sano y fuerte. De igual modo pueda darse a entender a las niñas pequeñas que, por hermosas que sean en otros aspectos, es decir, por bellas que sean sus ojos, pelo, etc., si tienen feos los dientes nunca podrán ser bellas de veras, que es generalmente lo que ambicionan. Se persisten en comer caramelos, que les destruyen los dientes, hay que decirles que esto estropea el estómago, que les llenará de manchas y arrugas el cutis y que los ojos y los cabellos perderán su brillantez.

Las anécdotas contadas durante una operación producen un



efecto muy favorable. Con niños menores de tres años bastan simples anécdotas para retener su atención, pero si pasan de dicha edad, dan mejor resultado los cuentos. La atención sostenida tiene la salivación, que en un niño nervioso puede ser tan abundante que perjudique el éxito de la operación. Es muy fácil convencer a un niño de que si escucha tranquilamente una historieta no sentirá daño alguno.

## 4.2 La Primera Visita.

Es buena política conocer al paciente infantil antes de que llegue a la silla dental.

Cuando los padres llaman por primera vez para pedir cita, puede obtenerse información sobre el niño.

¿ Sí, sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales? ¿ teme el niño ir al dentista? ¿ Es nervioso? -- ¿ Se lleva bien con adultos? ¿ Ha estado en el Hospital? ¿ Tiene miedo a su médico?. Estas preguntas pueden dar idea del comportamiento futuro del niño. Se puede aprender mucho sobre el comportamiento emocional del niño observándolo en la sala de recepción. Si está sentado en el regazo de su madre o abrazado a ella, se puede anticipar dificultades en el primer encuentro. Sin embargo, si el niño se sienta solo y lee un libro o juega alejado de su madre, se puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir tratamiento odontológico.

Es importante también tener información completa sobre las características de la identidad del paciente y su historial clínico durante la primera visita.

La primera visita al consultorio la hace generalmente el niño en compañía de sus padres. Es posible que las siguientes visitas las haga el niño solo, y por lo tanto, no podrá facilitar la información requerida.

Para evitar dificultades durante el transcurso del tratamiento dental, es esencial obtener un historial clínico del paciente, lo más completo y significativo posible.

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

También debe averiguarse si el niño recibe exámenes médicos regulares, y el nombre y la dirección de su médico. Si el

niño ha sido recomendado por un pediatra, deberá consultarse con este último antes de empezar el tratamiento.

Después de que se ha obtenido esta información se procederá a familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que se produzca alarma excesiva.

Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se cambia en curiosidad y cooperación. Puede uno acercarse a la mayoría de los niños si se despierta su curiosidad. A todos les encanta los instrumentos nuevos. Cualquier equipo o mecanismo les interesa y los llena de gozo. Y ¿qué mejor lugar que la sala de tratamiento para encontrar instrumentos que estimulen el interés del niño?. Puede disminuirse el miedo permitiendo y alentando al niño sutilmente para que pruebe cada pieza del equipo.

El dentista deberá explicar como funciona cada pieza, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio. Se hace rodar el motor sobre sus uñas, para que pueda sentir la inofensividad de una copa pulidora de caucho. Se hace demostración con la jeringa de aire, y después, como por descuido, se deja en el regazo del niño para que la pruebe. Se explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa no está descontrolada.

Se le enseñará a expectorar y luego se le presentará el evacuador bucal.

El odontólogo procede a continuación al examen de los dientes, encías y toda la cavidad bucal con un espejo. La introducción del explorador debe realizarse con cuidado. Una presión excesiva con el mismo puede asustar al

paciente o la colocación de la punta en una lesión de caries obvia podría tender a dolorosa. También es importante el uso prudente del espejo. El paciente podría tener un afta sumamente dolorosa que este sensible al menor toque. El paciente aprensivo puede experimentar náuseas al menor estímulo.

Al término del examen clínico, el odontólogo podría querer proseguir con la profilaxis.

Se instruye sobre el cepillado de dientes.

Se informa al paciente que van a cepillarle los dientes con la copita de caucho con la que jugó antes.

El primer paso de la profilaxis es la aplicación de la tiza de goma blanca de los dientes superiores anteriores, seguida de colutorio y expectoración. Los dientes anteriores inferiores son pulidos de la misma manera. El elogio por su ayuda en el logro de lo que antecede permitirá el pulido de los dientes posteriores del paciente. La tartrectomía necesaria podría ser iniciada después de los pasos antes mencionados y se podrá encarar un pulido más minucioso si fuera necesario.

### Exámen Radiográfico Completo.

Al termino de la profilaxis y de un enjuagatorio bucal, correcto, se puede tomar una visión radiográfica completa. ( Es importante recordar que los agentes de enjuague deben ser seleccionados cuidadosamente. Lo que podría ser de gusto agradable para algunos, podría ser extremadamente desagradable para otros. En las primeras etapas, el agente de elección podría ser el agua). El aparato de rayos X podría ser un dispositivo atemorizante a menos que le explique apropiadamente al niño.

El niño deberá ser informado de que no habrá un deslumbramiento inesperado con luces brillantes, se puede explicar la unidad de rayos X como una enorme cámara fotográfica, y la película como el lugar por donde aparecerá la fotografía. Cuando el niño vea las radiografías reveladas, se enorgullecerá de lo que se logró. Hay que plantearle la necesidad de que se quede quieto durante este trabajo y que la asistente presionará el botón que hace funcionar la máquina.

La primera película debe ser colocada en forma de obtener una radiografía de los dientes superiores anteriores.

El niño podrá mantener la película en un plano ocluyendo con sus dientes sobre ella. De la misma manera se puede obtener una radiografía de los dientes anteriores inferiores.

Las películas posteriores podrán ser tomadas entonces mediante el uso de bloqueo de mordida o con algún otro dispositivo sostenedor de película. Hay que poner cuidado al tomar las radiografías del arco inferior para que sea respetada la curvatura del mismo.

### Tratamiento de Emergencia.

Completado el exámen radiográfico total, se podrá tratar al paciente en caso de emergencia, desafortunadamente -- los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso. Al niño deberá decirse de manera natural, que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor. También puede explicársele que si avisa cuándo le duele demasiado, el dentista parará, o lo arreglará de manera que no duela tanto, o lo hará con más suavidad. Esta sinceridad deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras, y deberá recordarse esto al niño antes de cada operación dental. Rara vez está indicada la extracción de un diente en la primera visita y a menudo puede contribuir a problemas de manejo en sesiones subsiguientes.

### Modelos de Estudio.

Para un estudio adecuado de los problemas del paciente, y para poder trazar un programa preventivo ortodoncico, así como un mejor diagnóstico y tratamiento es necesario obtener modelos de estudio.

Hay que tener a mano una amplia selección de cubetas, para poder elegir la adecuada que, con un mínimo de dobleces, permita espacio correcto para los dientes y los tejidos blandos, a veces es útil agregar cera blanda a la cubeta para asegurar una impresión completa de las estructuras óseas de soporte.

Se mezclará el material de impresión en las proporciones sugeridas por el fabricante, cuidando de que no haya aire en el material de impresión.

Alisar el material contra el costado de la taza con el la do plano de la éspatula. Calcular el tiempo de la mezcla. El paciente se enjuagará la boca antes de tomar la impresión. Se sentará al paciente derecho, con el plano ojo oreja paralelo al piso. Primero se tomará la impresión inferior para introducir al niño en lo que es la toma de impresiones, cuando se toma ésta rotar la cubeta en la boca manteniéndola paralela con el plano oclusal. Haciendo que el niño saque la lengua para empujar cualquier exceso de material hacia adelante. Manteniendo la posición colocando cada dedo índice sobre la parte oclusal de la cubeta y cada pulgar debajo de la mandíbula.

En la impresión superior se respetará el reflejo del vómito, poniendo la cantidad apropiada de material en la cubeta, cerrándola en la parte posterior del paladar para que el exceso de material sea extruído en el vestibulo labial y no hacia la garganta, esto ayudará a prevenir el vomito. Para la impresión superior, colocarse detrás del paciente y mantener el nivel de la cubeta con el plano oclusal.

Después de retirada la impresión de la boca, el material - debe ser manejado de acuerdo a las instrucciones del fabricante. Es muy importante evitar la exposición del material de impresión al aire libre.

Ocluir los dientes con una mordida de cera es útil para no perder la relación de oclusión del paciente.

Los modelos de trabajo pueden correrse en yeso de laboratorio, yeso piedra o una combinación de dos.

La presentación de éstos modelos a los padres del niño ayudará a ejemplificar la explicación del tratamiento que requiere su hijo.

Las primeras sesiones no deben durar más de quince minutos y, cuando menos, las dos o tres primeras han de ser indoloras; porque en cuanto se grace bien en la imaginación del niño la impresión de que las operaciones odonto lógicas no hacen daño, se tropezará con muchas menos dificultades, su actitud la determinarán las primeras sesiones y, después, una sesión dolorosa no será más que un simple accidente; mientras que si la experiencia dolorosa se produce en la primera sesión, ( a menos que sea tratado en caso de emergencia).

Cuándo el niño se ha acostumbrado a el tratamiento, puede aumentarse el tiempo de consulta, aunque rara vez sea prudente tratar durante más de media hora a un niño pequeño, que se fatiga con rapidez. Con el cansancio interviene un sentimiento de temor, y de ahí una mayor dificultad para el trabajo en la sesión siguiente.

Es preferible tratar a los niños por la mañana, pues entonces es mucho mayor su resistencia que cuando se hallan fatigados por un día de juego o de escuela, y más aún si se trata de niños nerviosos o delicados, a los que conviene tratar en las horas en que su valor y resistencia no se hayan debilitados. Un trabajo difícil como la preparación de los dientes permanentes para incrustaciones de oro o el tratamiento de los conductos radiculares en dientes permanentes nunca deberá emprenderse después de las horas de escuela, ya que entonces se ha debilitado en alto grado la resistencia.

Constituye un hecho muy conocido que las horas más oportunas para conducir al niño a un gabinete odontológico son entre las diez y las doce de la mañana y entre las trece y media y las quince de la tarde.



Es importante considerar el período normalmente dedicado a la siesta en niños que todavía no van a la escuela. Los niños que vienen a la hora de la siesta están generalmente adormilados, irritables y son difíciles de manejar. Lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades de soportar molestias. Un niño que niega totalmente su cooperación cuando viene en la hora de su siesta, puede cambiar radicalmente su actitud si se le trae a otra hora. Los niños no deberían ser traídos al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermano, o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento - traumas emocionales, y la visita al dentista solo añadiría más ansiedades y desconcierto. En estos momentos será muy difícil lograr cooperación, y pueden encontrarse dificultades emocionales. En estos casos se atenderá al niño solamente en una emergencia.

#### 4.3 Conclusión de la Primera Visita.

Se puede invitar al padre al consultorio, donde se le manifestará que el hijo cooperó muy bien y se le explicará brevemente lo obtenido en esa visita.

Se le aclarará a los padres que no es posible un diagnóstico completo en el momento; pero que en la próxima cita, se le dará una amplia explicación de la situación odontológica existente del niño.

Se ha visto que en procesos de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista. Por lo tanto, que el dentista reconozca la conducta ejemplar del niño influye para que éste se porte bien. Los regalos son muy buenas recompensas. Darle al niño algún regalo cuando se ha portado bien forma parte de un manejo adecuado.

Existen muchas variedades de regalos. Algunos odontólogos dan pequeños objetos o juguetes. Que es muy diferente a los sobornos ya que causarían que el niño siga portándose mal para obtener sobornos y concesiones. Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación. Un niño perceptivo pronto se aprovechará de la mala situación del dentista. Es conveniente distinguir entre soborno y recompensa.

Una recompensa después de la visita puede servir para reconocer que hubo buen comportamiento después que se terminó la operación, sin que anteriormente se hubiera prometido.

El soborno, en general se promete para inducir buen comportamiento. Los sobornos no tienen lugar en odontología. La despedida del paciente puede ser llevada a cabo en forma rápida y eficiente. La cita próxima tiene que ser planeada estudiando previamente las radiografías y los modelos de estudio, reservando el tiempo adecuado para la explicación completa a los padres. El esquema detallado de un diagnóstico y plan de tratamiento debe incluir la correcta educación y cooperación que se requerirá de los padres y el niño.

Los padres pueden ser informados en ese momento del número de visitas requeridas para completar el tratamiento recomendado. Se les debe advertir la necesidad de las sesiones matutinas para el niño muy pequeño.

El debido respeto por el descanso del niño convencerá al padre del total interés del odontólogo por el bienestar y el cuidado del niño.

#### 4.4 Diferentes Actitudes de los Niños.

##### El Niño Sociable.

Ya desde los dos años y hasta el comienzo de la pubertad, este niño dado normal tiene deseo de relacionarse con -- quienes se ponen en contacto. La interacción se produce -- fácilmente; conversa pronto, y muestra un alto nivel de -- curiosidad respecto al dentista, de lo qué piensa realizar y de cómo lo hará. Es fácil de tratar y de responder a sus preguntas, pues generalmente son pertinentes y no están mo-- tivadas por temor.

A este niño se le pueden mostrar los instrumentos, cómo ac-- tuán y cuál es su propósito, todo esto para reforzar la re-- lación que se intenta establecer con él. El exámen se con-- vierte en una aventura grata. No es raro que este niño quie-- ra mirar la boca de su dentista para "ver cómo es por den-- tro". Como cada nueva tarea es para él una especie de aven-- tura y una experiencia en su aprendizaje, se le puede dele-- gar parte de la responsabilidad por su cuidado dental. Has-- ta el caso de pasar por algún procedimiento ligeramente do-- loroso, este niño está muy dispuesto a comportarse como un joven colaborador.

### El Niño muy Activo

Su presencia en la sala de espera no necesita ser anunciada por la asistente dental. Cuando llega, el profesional se da rá cuenta pronto. Su conducta en el consultorio es explora dora, investigadora, siempre expresándose en tono alto y to cándolo todo.

Es el niño de quién la madre, típicamente declara: "No pue do hacer nada con él ". Muy a menudo se resiste a entrar - en el consultorio y, en especial, a cualquier trabajo en la boca, se oye el siguiente comentario "Esa cosa no me gusta (señalando la pieza de mano y la fresa), y no quiero que me la ponga, o el chico comienza a retorcerse, resistirse y -- gritar. En este momento debe hacerse todo lo posible, despa cio y con calma, para explicar al niño las razones para el procedimiento y, además, que se tomarán todas las precauciones para completar el tratamiento con la menor incomodidad posible.

Muchos niños menores de tres años suelen gritar; pero la ma yoría de ellos se sosiega rápidamente en cuanto se le des piert: la atención.

A los niños de tres a seis años hay que calmar sus temores y más aún, si alguna operación quirúrgica u odontológica ante rior les ha dejado un recuerdo doloroso. Si el niño no quie re obedecer y continua gritando y resistiéndose, puede em plearse un método que casi siempre ha dado resultado: deci mos a sus padres que nos quedaremos con él hasta que deje de llorar y le enviaremos a la sala de espera: después se sos tiener firmemente sus manos y sus pies.

La mano derecha del operador se coloca contra la boca del niño con una servilleta doblada, colocada en forma que no le tape la nariz, y se le pasa el brazo izquierdo alrededor de la cabeza y con la mano izquierda le mantenemos cerrada la boca con suavidad, pero también con firmeza. Los gritos aumentan su estado de nerviosidad, pero si se le mantiene la boca cerrada no saldrá más que un débil sonido. Mientras que realiza ésto, se le deberá hablar al oído con voz normal y suave, diciéndole que quitará la mano cuando pare de gritar. No deberá haber malicia en la voz. Cuando ha gritado bastante y empieza a calmarse se le ruega que se porte como un hombre, y si está conforme, se le suelta inmediatamente. Colocar la mano sobre la boca del paciente es medida extrema y solo deberá usarse como último recurso en un paciente ya histérico, cuando hayan fallado todos los demás medios.

En general, esos niños son luego los mejores pacientes, - cuando se percatan de que no les hace daño, a menudo hay que decir al niño que estará así hasta que sea bueno, aunque haya de permanecer todo el día, y es casi seguro que no tenga ganas de obligar a su madre a esperar tanto tiempo. En muchos casos se requiere de un cuarto de hora a media hora para conseguir la calma y poder quitarle definitivamente la servilleta. Hacerle comprender al niño que sólo se desea su bien y que no está enfadado el dentista con él.

### El Niño Desafiante.

Algunos chicos demasiado protegidos por sus padres, en particular los varones, desafían al odontólogo a que intente hacerle cualquier trabajo. Esos niños no lloran y raramente dicen mucho. Una de las expresiones comunes es: "No abriré la boca". Algunos han agregado: "No quiero que me haga ningún trabajo y no me importa si mis dientes tienen cavidades. Esta conducta refleja una maniobra defensiva, aún queda al odontólogo la posibilidad de inventar un juego en el cual cada "no" significa un "sí", que da permiso al profesional para proseguir su tarea. La mayoría de los niños de este tipo, cuando tienen la edad escolar, pueden estar dispuestos a aceptar que les hicieran una buena jugada y desde este momento cooperarán.

Otra alternativa es que cuando se ha obtenido la confianza y consentimiento del padre para ver al niño a solas, el problema está resuelto, ya que se impondrá la capacidad del profesional para modificar la conducta del paciente, sin la presión conductiva ejercida por los padres hacia el hijo.

### El Niño Miedoso.

La Odontología tiene uno de los mayores obstáculos en las injustificadas historietas y comentarios en diarios, revistas y películas. Tal publicidad que intenta crear risa desanima a mucha gente para visitar el consultorio odontológico.

El niño miedoso, que se somete al exámen con apenas algún gemido. Con toda seguridad va a sufrir un alto grado de stress a lo largo de las etapas del tratamiento. Es casi como si irradiara miedos y preocupaciones. Quizá esa preocupación tenga por base experiencias previas con odontólogos y médicos. Pero con mayor frecuencia deriva del tipo de disciplina paterna como se mencionó en capítulo anterior.

En razón de los muchos temores y preocupaciones de estos niños, tiene especial importancia conversar cada paso por realizar. Debe el niño estar bien informado de todo lo que se hará y del porqué.

El miedo sólo puede ser vencido estableciendo confianza - en los niños a través de un interés positivo en sus preferencias, sus gustos y disgustos, sus amigos, o aún en su religión.



## El Niño Timido.

El profesional debe hacer toda clase de esfuerzo para que el niño y la madre se sientan cómodos lo más pronto posible.

En estos casos puede frecuentemente llegarse al niño a -- través de su madre.

Lo antes posible, debe aprenderse el nombre de pila del - niño y después algo sobre su "'hobby'".

Cada niño tiene su cosa favorita, juego o proyecto que le gusta y es precisamente este interés particular el que se debe conocer .

Esos niños responderán favorablemente, si se les demues-- tra un interés sincero, demostrándole confianza y dándole seguridad en el consultorio.

#### 4.5 Estados Físicos que repercuten en el comportamiento del Niño.

Los niños que han sido hospitalizados y mantenidos en las salas con otros niños durante tratamientos cortos son, casi siempre, buenos pacientes dentales. Se acostumbran pronto a las maneras corteses de los asistentes del hospital y ven a los otros muchos niños en tratamiento. El espíritu del 'yo también puedo tomarlo' es común en casi todos -- los niños que han estado en una institución durante algunas semanas o más.

Las varias deficiencias vitamínicas y minerales, conducen a muchos problemas complejos, inclusive de conducta. Irritabilidad, fatiga e inquietud, son nada más algunos de síntomas relacionados con la mala nutrición y pueden afectar la visita dental y la oportunidad para completar una determinada preparación de cavidad.

##### La Fatiga Física y Mental.

La falta de sueño, al margen de la causa, produce un estado de fatiga física y mental, incompatible con una buena conducta en el Consultorio Odontológico. Los niños pueden también estar muchas veces, física y mentalmente cansados, -- luego de un arduo día de juegos y trabajos en la escuela y, por esta razón, es preferible la cita durante las horas de la mañana.

##### Hipocondría.

La hipocondría suele encontrarse cuando los padres la padecen y cuando en la casa se conversa demasiado sobre cuestiones de salud, enfermedad y medicación.

Si hay un antecedente semejante, una enfermedad seria, un susto o un fracaso en la escuela pueden precipitar tales síntomas clínicos. Este estado puede también iniciarse luego de un largo período de invalidez, consecutivo a una operación o una enfermedad, durante la cual el niño era consentido y había demasiada indulgencia de parte de los padres. Los síntomas, cuando se presentan, son: palpitación retorcijones en el estómago, jaquecas, dolores en el pecho, abdomen y piernas, debilidad, fatiga y vómitos. El exámen físico sin embargo, es negativo. No hay tratamiento para esto sin hacer comprender a padres y niños que no existe enfermedad orgánica.

## V. - P R E V E N C I O N

### Introducción.

#### 5.1 Nutrición.

#### 5.2 Factores que influyen en los Hábitos de Alimentación.

#### 5.3 Placa Dental

#### 5.4 Higiene Bucal.

a) Técnica de Cepillado

b) Tipos de Cepillado

c) Seda Dental

#### 5.5 La función de los Fluoruros como Medida Preventiva.

#### 5.6 Programa Preventivo en el Consultorio Dental.

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

La misión del profesional no debería consistir en obturar dientes, sino en evitar que sea necesario obturarlos, y - podrá decir que ha triunfado plenamente cuando sus pacientes puedan gloriarse de que nunca han tenido una mancha - ni una caries en los dientes, desde la infancia a la vejez.

En eso consiste la verdadera odontología y no en la obturación fatigosa y dolorosa de la caries.

La odontología preventiva es la suma total de los esfuerzos destinados a fomentar, conservar y/o restaurar la salud de la persona por medio de la promoción, mantenimiento y/o restitución de su salud bucal. Actuando lo más temprano posible para evitar la evolución de la enfermedad.

Por lo que es primordial considerar al paciente como una entidad total, y no solamente como un conjunto de dientes huesos y tejidos blandos que pueden ser atacados por la enfermedad. Tratando de conservar la salud en personas sanas o detener lo antes posible el progreso de cualquier enfermedad presente, con rehabilitación física, psicológica y social proporcionándole la oportunidad de adquirir el conocimiento, y motivación necesarios para que pueda mantener su salud bucal.

Considerando que la prevención comienza en la infancia -- creando hábitos adecuados para una buena salud bucal, por medio de la educación al paciente niño. Formará adultos - con conocimientos suficientes para mantener su salud y - a su vez relegará lo que sabe a su futura familia.

## 5.1 NUTrición.

### Promoción de la Salud.

#### Nutrición.

" La vida de los animales puede dividirse en dos actos: procreación y alimentación, porque en estos dos actos se concentran sus intereses - y su vida. Su alimentación consiste principalmente en la substancia de la que están individualmente constituidos; porque la fuente de su crecimiento en todos los casos será esta substancia".

Aristoteles 384 a.c.

La nutrición es la ciencia del alimento y su relación con la salud. La nutrición humana se ocupa del papel del alimento - en el crecimiento, mantenimiento, reproducción y bienestar - de las personas. Un objetivo práctico consiste en establecer la cantidad de cada nutrimento que, en determinadas circunstancias, es necesaria para la salud óptima. Practicamente esto involucra la selección de alimentos en las debidas proporciones para que las cantidades deseadas de nutrimentos esenciales se obtengán sin ingerir nada en gran exceso.

Los elementos nutricios se dividen en seis grupos: proteínas lípidos, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua. Las tres primeras categorías proporcionan calorías; las vitaminas y - los minerales, a pesar de no hacerlo, cumplen varias funciones vitales en el metabolismo y son, asimismo, componentes - importantes de los tejidos. El agua constituye alrededor del 70 % del cuerpo y es esencial para transportar los elementos nutricios a las células y remover de ellas los materiales de desecho.

Para una buena salud se recomienda tener una dieta de alimentos fundamentales que incluyen los elementos nutricios que requiere el organismo para subsistir. Los alimentos fundamentales comprenden cuatro grupos:

#### Grupo Lácteo.

Incluye leche, crema quesos y helados.

Las cantidades diarias de alimento lácteo recomendadas para grupos de distintas edades y estados fisiológicos.

Niños: 3 ó más tazas ( una taza= 1/4 l)

Adolescentes: 4 ó más tazas.

Adultos: 2 ó más tazas.

Mujeres embarazadas: 3 ó más tazas.

#### Carnes y Derivados.

Este grupo incluye carne, pescado, aves, huevos y quesos. Asimismo, frijoles, habas, nueves y manteca de maní. Estos alimentos constituyen una adecuada fuente de proteínas, hierro, y vitaminas.

La recomendación ideal es de dos porciones diarias, como las proteínas de los frijoles, habas y maníes no son "completas" estos alimentos deben formar parte de comidas que incluyen proteínas de más alto valor biológico, como leche, huevos etc. Para facilitar la comparación de los equivalentes nutricios de éstos alimentos, conviene estimar que una porción consiste en 100 g de carne magra, ave o pescado, ó dos huevos; ó una taza de frijoles, habas, o lentejas ó cuatro cucharas soperas de manteca de maní.

### Verduras y Frutas.

Este grupo comprende los vegetales verdes y amarillos, papas, tomates y frutas de todas clases. Estos alimentos son ricos en vitaminas y minerales. La recomendación es de cuatro o más porciones, (una porción es igual a media taza o más de verduras o frutas), incluyendo verduras (verdes) de hoja, vegetales amarillos y frutas amarillas por lo menos tres o cuatro veces por semana para asegurar el suministro de vitamina ( los vegetales verdes constituyen también una óptima fuente de hierro y calcio). Asimismo debe comerse, - por lo menos una vez por día, una fruta cítrica, tomate, - melón .

Las frutas desecadas, aunque ricas en azúcar y, por lo tanto, cariogénicas, son una buena fuente de hierro.

### Pan y Cereales.

Este grupo está constituido por los alimentos derivados de los distintos cereales: trigo, avena, arroz, maíz, centeno etc. Entre sus componentes pueden citarse el pan, en sus diversas variedades, los cereales cocidos o listos para comer galletas secas, pastas y fideos y toda otra comida preparada con granos enteros o harinas enriquecidas (las harinas enriquecidas son aquéllas a las que se añade hierro y vitaminas para restablecer las cantidades de estos agentes nutricios existentes en los granos enteros antes de su refinamiento).

Los cereales o pan deben ser consumidos simultáneamente con otros alimentos que contengan proteínas de mayor valor biológico, como carne, leche, queso o huevos.



Los alimentos de éste grupo son los que con más frecuencia se reemplazan con productos similares, pero sobrecargados de azúcar, como masas, bollos, churros, galletas dulces y tortas. Estos substitutos proveen muy poca proteína, minerales y vitaminas a la dieta, y, sólo proporcionan las denominadas calorías vacías ( es decir, sin valor nutritivo) y producen caries.

En lo que se refiere a la Odontología éstos substitutos - sobrecargados de azúcar, tienen la propiedad de retenerse - en los dientes favoreciendo el contacto prolongado de la sa carosa en éstos y son más cariogénicos que los que son remo vidos rápidamente en la boca. Si los alimentos ricos en azú car son consumidos únicamente durante las comidas, el ries go de caries es mínimo, la cariogenicidad se incrementa -- prácticamente en forma lineal en función de la frecuencia de la ingestión en particular fuera de las comidas principa les.

## 5.2 Factores que Influyen en los Hábitos de Alimentación.

Lo ideal sería que la gran mayoría de nuestros pacientes - que van al consultorio dental; tuvieran la dieta alimenticia descrita anteriormente; porque tendrían una buena salud. Muchas veces aunque se sabe que es lo mejor para estar bien alimentado y los beneficios que causa., no se lleva a cabo. Los factores a inclinarse por calorías vacías - son sumamente complejos, puesto que son la resultante de - numerosos factores sociológicos, fisiológicos, psicológicos, económicos y culturales. Por lo que cada paciente debe ser estudiado como un individuo, y que los cambios dietéticos que se programen deben adaptarse a las características personales que surjan de ese estudio.

La información necesaria debe ser obtenida escuchando con empatía y paciencia las respuestas del paciente a preguntas y comentarios cuidadosamente planeados.

Entre los factores que es indispensable averiguar se pueden citar las razones múltiples que inducen a una persona dada a comer lo que come, o no comer lo que no come.

Los hábitos de alimentación han sido definidos como pautas culturales, con raíces profundas en la herencia y la tradición y, por lo tanto, muy difíciles de cambiar. Por ejemplo los mexicanos consumen gran cantidad de derivados porcinos y los italianos consumen grandes cantidades de hidratos de carbono ( pastas). Si se intenta modificar drásticamente esta alimentación, lo más probable es que se fracase.

Más que cambios "al por mayor" de hábitos alimentarios culturalmente importantes, lo que debe hacerse es proponer cambios menores dentro de los patrones culturales y alimentarios existentes.

### 5.3 Placa Dental.

La placa dental puede ser definida como la película adherente que se forma sobre la superficie de los dientes y tejido gingival cuando una persona no se cepilla los dientes, la placa resiste el desplazamiento cuando se la somete a una corriente de agua a presión, en ese sentido se diferencia de la saburra y restos alimenticios que son removidos o desplazados por tales corrientes.

Desde un punto de vista patológico, la placa es un conjunto de colonias bacterianas que se adhieren firmemente a la superficie de los dientes y tejidos gingivales.

Los efectos nocivos de la placa no se deben a la presencia directa de los microorganismos, sino a determinados productos metabólicos de éstos. Con respecto a la caries dental, la situación es bien conocida: los organismos metabolizan carbohidratos fermentables y forman ácidos y, a su vez estos ácidos disuelven los tejidos dentarios mineralizados.

Para que la caries se produzca, estos ácidos deben permanecer en contacto con el diente por tiempo suficiente para provocar un grado perceptible de descalcificación. El medio que permite dicho contacto es la placa dental. Los organismos bucales son capaces de sintetizar diversos polisacáridos adherentes (dextranos, levanos), los cuales constituyen el adhesivo que une las colonias a los dientes entre sí.

La primera etapa en el proceso de caries es la formación de placa.

En lo que concierne a la enfermedad periodontal, y en particular a la gingivitis, son también ciertos metabolitos microbianos los que causan la inflamación.

La naturaleza de estos productos no es totalmente conocida en términos generales se acepta que son tres los tipos de sustancia implicados:

- 1) enzimas capaces de hidrolizar compuestos celulares e intercelulares.
- 2) Endotoxinas bacterianas capaces de desintegrar células del conectivo y así liberar productos celulares inflamatorios.
- 3) Compuestos resultantes de la reacción entre antígenos bacterianos y anticuerpos texturales.

Todos estos productos son por supuesto el resultado, en una u otra forma, del metabolismo de los organismos de la placa. Los efectos nocivos de la placa pueden ser prevenidos no sólo por su remoción total, lo cual es bacteriológicamente im posible, sino evitando que las colonias alcancen el grado de desarrollo metabólico, ya que los organismos deben concentrar su limitado potencial enzimático en la tarea de colonizar, juntar y preparar substratos y precursores metabólicos, etc. de tal manera que no les queda capacidad enzimática disponible para producir los ácidos o agentes inflamatorios periodontales.

El método más eficaz para causar esta desorganización y ruptura de las colonias es el denominado control de placa, o control mecánico de placa, que comprende básicamente la higiene bucal. Por supuesto que es el paciente el encargado de llevarlo a la práctica; el dentista por su parte debe demostrarle al enfermo la presencia de placa en su boca, definir su significado y potencial patológico, instruirlo en la manera más eficaz para remover la placa y motivarlo a practicar el control de ésta con escurpulosidad, regularidad y constancia.

### Reveladores de Placa.

Al decirle a nuestro paciente que tenga buena higiene bucal, es recomendable darle a conocer los procedimientos - para tener los dientes sanos.

Los compuestos reveladores nos indican la deficiencia de - limpieza y existencia de placa dental, puesto que la placa; a menos que sea abundante, es transparente y clínicamente invisible.

En el mercado existen muchos de estos compuestos; uno que puede recomendarse porque colorea óptimamente la placa es la fucsina básica, que se prepara en una solución al 0.5% a la cuál se añade un edulcorante y unas gotas de una esencia adecuada ( o se la mezcla con un enjuagatorio dental)

Para preparar la solución debe disolverse primero la fucsina en alcohol 96°, luego agregar el agua y demás ingredientes. Utilizando un hisopo se pintan los dientes, o se hacen buches con una pequeña cantidad después se enjuaga la boca con agua una o dos veces. Esta solución se recomienda para los adultos por el inconveniente de que tiñe la ropa.

Otras soluciones reveladoras muy populares son la eritrosina (colorante alimenticio) al 1.5% y la tintura de yodo.

La eritrosina puede prepararse con 0.2% de sacarina y una esencia al gusto del paciente. Estas soluciones son recomendables para el paciente - niño; se usan de la misma manera que la de la fucsina básica.

En el mercado existen también soluciones reveladoras ya preparadas, así como tabletas reveladoras, casi todas ellas preparadas sobre la base de colorantes alimenticios de distintos colores, la mayoría de las veces son de color rojo, aunque asimismo hay púrpura, fluorescentes, etc..

Algunos odontólogos prefieren colorantes azules o verdes porque, en su opinión, son más "agradables a la vista".

Estos reveladores indican la caries, los depósitos y la placa dental, de manera que la madre puede ver si el niño se cepilla completamente los dientes.

#### 5.4 Higiene Bucal.

Al hablar a los niños de los cuidados que han de observar en sus casas con los dientes, se les debe explicar en detalle como realizar la limpieza bucal como se les enseña la tabla de multiplicar.

Es indispensable, para obtener mejor resultado, insistir acerca del valor de los dientes, de lo necesarios que son para la salud, para la comodidad y hasta para tener éxito en la vida, e indicar el mejor método de cepillarlos.

La infancia es el período en que pueden contraer con -- más facilidad hábitos correctos de higiene bucal.

Cuanto más pronto se adquirieran en la vida esos hábitos tanto más tiempo han de durar, un niño que adquiere la costumbre de no acostarse sin cepillarse los dientes, se levantará de la cama para reparar su olvido el día que no lo haya hecho, y aunque sea muy difícil conseguirlo de los niños, el objeto del odontólogo ha de tender a formar semejantes hábitos.

Muchos niños y también muchos padres son muy indiferentes en lo que a la limpieza de la boca se refiere.

Tampoco hay que confiar a un niño de dos años con la seguridad de que va a limpiarse completamente los dientes, como no se le puede dar una toalla y decirle que se limpie las orejas, y, no obstante, eso es lo que hacen muchas madres.

Hasta que el niño tenga cuando menos seis años, la limpieza de su boca al acostarse ha de practicarla la madre o la sirvienta. Se debe mantener la vigilancia al niño cuando hace el aseo de su boca; porque muchos niños hacen el ademán de limpiarse, pero no se limpian; a no ser que se les haya enseñado cuidadosamente, el niño va al cuarto de baño, coge su cepillo, lo moja, lo pasa horizontalmente por los bordes cortantes de los dientes dos o tres veces, y piensa: "ya basta por hoy". Se debe insistir a los padres en que contraigan sus hijos el hábito de cepillarse los dientes antes de acostarse y después de las comidas.



### Cepillado.

El niño debe de tener dos cepillos de dientes, uno para las mañanas y otro para la noche.

Con el primer cepillo seco, se frotará, colocando siempre el cepillo sobre las encías dirigiendo su cepillado hacia los bordes cortantes de los dientes; esto es, hacia abajo si se trata de los dientes superiores, o hacia arriba si de los inferiores. Así, las encías se cepillan en las inmediaciones de los dientes, lo cuál les da consistencia y salud. Terminando este a cepillado, se mojará el cepillo en agua fría y frotará otra vez bien dientes y encías. Al principio sin polvos, ni pastas o en su caso usar Crest o Colgate MFP, o Glem II.

Hecho esto, el cepillo tendrá que estar expuesto al sol para que se seque. La vez siguiente se empleará el otro cepillo por lo que se recomienda tener dos cepillos.

Se conocen un número considerable de técnicas, sosteniendo que cada una es la mejor de todas ellas, aunque no hay mucha diferencia entre ellas en relación con la remoción de placa.

Es importante recordar que, con la excepción de las técnicas que por su vigor traumatizan los tejidos - las cuales deben ser descartadas - , la escrupulosidad es lo que cuenta, y que cualquiera de los métodos corrientes, siempre que se los practique minuciosamente, dará efectivos resultados. En algunos casos, sin embargo, es necesario hacer indicaciones de orden técnico debido a problemas de alineamiento, -- presencia de espacios (desdentamientos), reabsorción gingival cooperación y destreza manual de nuestros pacientes. A veces es indispensable indicar combinaciones de más de un método. Por ejemplo, cuando un diente está en linguoversión, y los dos contiguos han cerrado parcialmente el espacio que les correspondería en la arcada, habrá de buscar la mejor manera de remover la placa de dicho diente, con frecuencia esto implica colocar la punta del cepillo en el espacio y - barrer la placa con un movimiento vertical. Esta técnica raramente es adecuada para el resto de la boca, y por ello habrá que combinarla con cualquier otra técnica de rotación.

Es importante enseñarle al niño como tomar el cepillo para mejor control de los movimientos. La colocación del pulgar cerca de las fibras y sobre la cara plana del mango en uno u otro lado según el lado de la boca que se cepilla. Los errores más frecuentes en el cepillado, son los que presentan un grado de dificultad como en las partes linguales y palatinas, a causa de la posición del cepillo sobre estas superficies. Por lo que es conveniente tener un tipodonto grande para explicar de manera sencilla al niño la técnica antes descrita de cepillado dental. Existen gran variedad de cepillos, el odontólogo deberá -- transferir sus conocimientos a los padres para comprar el cepillo adaptado a los requerimientos del niño.

## Características de el Cepillo Dental.

Por lo general la tendencia actual es la de usar cepillos de dientes relativamente pequeños y rectos, con dos o tres hileras de 10 a 12 penachos de fibras sintéticas cada una. La consistencia debe ser blanda, y los extremos libres de las fibras redondeadas. Las razones de estas características son las siguientes:

- 1) El cepillo debe ser pequeño y recto para poder alcanzar todas las superficies dentarias.
- 2) Las fibras sintéticas no se gastan tán pronto como las naturales y recuperan su elásticidad mucho más rápidamente después de usarlas.
- 3) Los penachos separados permiten una mejor acción de las fibras, puesto que pueden arquearse y llegar a zonas que no alcanzarían con un cepillo totalmente cubierto de fibras, en que la proximidad entre éstas y su gran número impedirían el libre juego individual de las mismas.
- 4) Las fibras deben ser blandas y los extremos redondeados con el fin de no lastimar la encía. Recuérdse que lo que se busca no es realmente "barrer" - los dientes, sino remover la placa.

## Cepillos Eléctricos.

Existen, en general, tres tipos de cepillos eléctricos de acuerdo con el movimiento que imparten a las cerdas: horizontal ( ida y vuelta), vertical en el arco y vibratorio.

Se han hecho estudios comparandolos con los manuales en términos de:

- 1) La Efectividad de los cepillos eléctricos en relación con la remoción de placa.
- 2) La probabilidad de que los cepillos eléctricos estimulen la queratina del epitelio gingival.
- 3) La posibilidad de que los cepillos eléctricos - puedan causar daño a los tejidos bucales, tanto blandos como duros.

El conjunto de éstos estudios demuestra que no hay grandes diferencias entre ambos tipos de cepillo.

Aunque en lo personal; para adiestrar a un infante en la técnica de cepillado es conveniente que lo haga con el cepillo manual. Y si sus padres tienen la preferencia por el cepillo eléctrico, se le aconsejará que supervicen a su hijo al usarlo las primeras veces.

¿Por qué recomende que el niño se cepillará los dientes sin dentrífico al principio o en caso de usarlo mencioné las pastas Crest, Colgate MFP y Glem II?

En el proceso de cepillado de los dientes el papel principal corresponde al cepillo, cuyas cerdas remueven o desorganizan las colonias bacterianas que se acumulan sobre aquellos.

Por medio de sus componentes tensioactivos y detergentes, los dentríficos ayudan a remover residuos alimenticios y placa, y, mediante sus agentes abrasivos, a remover manchas y pigmentaciones. Los dentríficos modernos contienen esencias que imparten una sensación a veces no muy agradable a nuestro paciente-niño, otras veces les acrecienta la sensación de vomito al ver la espuma del dentrífico, además la espuma hace que pierda la visibilidad al cepillado de los molares no prestando el cuidado necesario.

Es diferente cuándo el niño ya ha sido adiestrado en la técnica de cepillado, lo hará mecánicamente, en donde - será útil usar la pasta dental, acondicionándolo al dentrífico de su preferencia.

Los dentríficos para el control de caries están basados en el empleo de fluoruros, como preventivos eficaces de la caries, siempre que se usen con regularidad.

Los dentíficos Crest, Colgate MFP son recomendables porque contienen fluoruro, y en niños en edad escolar, con caries activa, en la que la remoción de pigmentaciones - y depósitos es menos importante.

Otro problema que no existe es el de abrasión dentinaria puesto que no hay raíces expuestas.

Ya que los dentríficos en general están compuestos de abrasivos, agua, humectantes, ligadores, detergentes, agentes terapéuticos (fluor), ingredientes varios (colorantes, esencias, edulcorantes etc.)

Encontrándose en los productos de referencia que Crest - tiene su potencial abrasivo alto, en cuanto a su capacidad por pulir y limpiar es regular. En colgate MFP también su potencial abrasivo es alto; su capacidad de pulir es -- pobre y su limpieza es regular. Por lo que se presta estas condiciones para usar éstos dentríficos en niños.

La pasta Glem II es recomendable para adolescentes que -- tienen un índice bajo la caries para mantener una higiene adecuada.

### La Seda Dental.

El uso de la seda dental no es universalmente recomendado por la profesión: algunos odontopediatras, por ejemplo, consideran que el empleo de la seda en la dentición primaria puede causar daño gingival, que conduce luego a la periodontitis con frecuencia debido a la forma de los dientes primarios y a los espacios interproximales más llenos y dientes en tan íntimo contacto, que aseguran que no puede incrustarse en ellos la comida, contando con la dificultad que tienen los niños al utilizar adecuadamente la seda dental.

La tendencia actual es, sin embargo, hacia el uso de la seda en la dentición primaria una vez que los contactos se han cerrado. Los dentistas que recomiendan esta conducta aseguran que ellos jamás han notado daño gingival como consecuencia del empleo de la seda por parte de sus pequeños pacientes.

Es recomendable que las madres aprendan el uso de la seda dental y seguramente esta será eficaz hasta que los niños adquieran la coordinación muscular y madurez que son indispensables para usar eficazmente la seda dental.

Esto es alrededor de 12 a 13 años de vida en donde la incidencia de gingivitis empieza a incrementarse acentuadamente.

Existe una técnica para usar la seda que está particularmente indicada en el caso de los niños, es la denominada técnica del círculo. Esta técnica consiste en preparar con la seda un círculo de aproximadamente 5 a 10 cm de diámetro atándose los extremos con tres o cuatro nudos. Para que el círculo no se expanda, o desate, se tira de los -

extremos simultáneamente con los lados del círculo. Luego se le enseña al niño a poner sus dedos, excepto los pulgares, dentro del círculo, y a tirar fuertemente hacia afuera. Una vez realizado esto, la seda es girada hacia los -espacios interdentarios con los índices, para el maxilar-inferior, y los dos pulgares, o un pulgar y un índice, para el superior. A medida que se van limpiando las superficies proximales, el círculo se rota de tal modo que cada espacio recibe seda no utilizada antes. Durante la instrucción de los niños es conveniente que éstos sostengan el círculo y coloquen los dedos en su posición correcta varias veces, así como también que pongan los dedos en la -boca, de nuevo en la posición debida, pero sin la seda, -porque dicha práctica les facilita el aprendizaje.

Se recomienda el uso de seda dental en niños con problemas de caries o gingivales, y deben hacerse todos los esfuerzos para que los padres acepten la indicación y la lleven a la práctica.

En caso de niños sin patología aparente y, con poca susceptibilidad a las enfermedades bucales, el profesional puede ser más tolerante. Sin embargo, debe tenerse en cuenta, el alto valor, en cuanto a la formación de hábitos, de prácticas comenzadas precozmente en la vida.

## 5.5 La Función de los Fluoruros como Medida Preventiva.

Se ha demostrado que el método más eficaz para hacer los dientes más resistentes a la caries dental es incorporar un fluoruro a las estructuras de hidroxapatito de aquellos durante su desarrollo y exponer a los que ya han hecho erucción a un ambiente que contenga fluoruro constantemente. La mejor fuente de fluoruro y la más económica, es el agua fluorada de los servicios públicos.

Existen otros medios de administrar el fluoruro. La aplicación tópica de fluoruros (soluciones, geles, pastas y combinaciones) también protege las superficies dentarias. Según los informes publicados, la reducción en la incidencia de lesiones de caries nuevas logradas con la aplicación tópica de fluoruro en las zonas en que el agua no contiene flúor ha sido de hasta 65%.

Sin embargo, esta protección es transitoria y hay que aplicar los fluoruros a intervalos frecuentes y regulares. También se ha observado que la aplicación tópica de fluoruro mejora en 17 % la protección de los dientes desarrollados en zonas con aguas fluoradas. Este hallazgo es importante, porque muchos dentistas y padres que viven en comunidades con agua fluorada no tienen en cuenta los beneficios adicionales de las aplicaciones tópicas de fluoruros y, en consecuencia, los niños no reciben tal tratamiento.

Es responsabilidad del dentista informar a los padres acerca de las ventajas de las aplicaciones tópicas de fluoruro. A los padres incumbe la responsabilidad de llevar al niño al dentista para lograr dicha protección.



Si bien hay que resaltar el papel de los fluoruros como factor en el control de la caries, no hay que dejar — que los padres crean que con sólo los fluoruros, sin — otras medidas profilácticas, eliminarán o reducirán drás ticamente la incidencia de nuevas lesiones de caries.

#### Mecanismos de los Fluoruros sobre la caries.

Dos mecanismos se han sugerido como hipótesis respecto a la manera en que los fluoruros reducen la frecuencia de caries. Uno, es que los fluoruros se combinan de algu na manera con la porción inorgánica del esmalte dentario haciendo a este tejido menos soluble a los ácidos inorgá nicos producidos por la desintegración bacteriana de los hidratos de carbono en la boca.

El otro, es que los fluoruros envenenan o inhiben los sig temas enzimáticos bacterianos específicos, permitiendo así la existencia de una flora bacteriana que no elabora áci dos suficientes para descalcificar la estructura dentaria. Es importante considerar, entonces, qué efectos pueden tener los fluoruros sobre las enzimas en general y, es pecíficamente, sobre las enzimas que intervienen en la calcificación.

Mc Clure ha mostrado que concentraciones de fluor como las que podrían encontrarse óptimamente dentro de la boca no limitan la actividad diastásica, y que la saliva de ni ños que usan agua con 1.8 partes por millón de fluor, no difiere en su capacidad para hidrolizar el almidón de la de los niños que usan agua con poco fluor. La demostración de que las concentraciones bajas de fluoruro interfieren con la fermentación de los hidratos de carbono, es de par ticular interés. La mayoría de los estudios sobre esta acción inhibitoria se han ocupado de la fermentación en te jidos animales o levadura, pero queda poca duda de que el mecanismo fosforilador de las fermentaciones bacterianas está también afectado.

## 5.6 Programa Preventivo en el Consultorio Dental

### Aplicación Tópica de Fluoruro.

Los preparados tópicos de fluoruro se han de aplicar a los dientes después de haberlos limpiado y pulido. A los pacientes libres de caries y los que la presentan con poca actividad se les debe aplicar solución de fluoruro al menos una vez al año y de preferencia dos veces. Los niños con caries más activas deben ser tratados con aplicaciones tópicas de fluoruro hasta -cuatro veces al año y a ser posible más, según el número de sesiones requeridas.

### Análisis de la Dieta.

Como muchas pruebas de la actividad de la caries no merecen confianza, cuando un paciente presenta una actividad de este tipo superior a la mínima es necesario proceder al análisis de la dieta. Este análisis es recomendable en todos los casos porque en muchas ocasiones, incluso cuando la caries es poco activa, el descubrimiento de que el paciente consume gran cantidad de azúcares refinados a intervalos frecuentes puede ser útil predecir futuros ataques de caries.

El análisis de la dieta sirve también como instrumento educativo, puesto que alerta a los padres sobre la cantidad de azúcares refinados que se han consumido y la posibilidad de futuras caries.

### Exámenes Repetidos.

Los niños sin lesiones de caries y los que presentan una actividad de ésta ligera o moderada deben ser examinados de manera regular con intervalos de seis meses,

Los que han padecido caries muy activas o graves serán examinados cada tres o cuatro meses.

Se debe de tener presente que aún siguiendo este programa cabe la posibilidad de que no se eliminen totalmente las lesiones de caries en todos los niños.

Las deficiencias cuantitativas o cualitativas de la sa liva, las formas anormales de los dientes y los factores hereditarios desfavorables, desempeñan un papel im portante en la susceptibilidad de los dientes a las le siones de caries. Hay que profundizar en los conocimien tos acerca de éstos factores antes de que se pueda err dicar totalmente dicha enfermedad.

## CONCLUSIONES

La función del profesional en la carrera odontológica debe considerar al paciente en forma global y no solamente estomatológicamente. Pues si bien uno de los grandes temores dentro de la sociedad a nivel mundial es precisamente el tratamiento odontológico, causado en su mayor parte por las primeras impresiones al tratamiento dental. Por lo que teniendo una relación adecuada del odontólogo con el paciente se evitará los problemas subsecuentes del tratamiento.

El Cirujano Dentista deberá estar capacitado psicológicamente conociendo el nivel emocional que determina el comportamiento a situaciones nuevas o que ya le han sido desagradables al paciente.

También dentro de su misión como profesional dedicado a la salud y bienestar del ser humano, es trascendental encaminar al paciente a conservar su salud deteniendo lo antes posible el progreso de cualquier enfermedad presente, concientizando al paciente del problema dental presente o futuro de su enfermedad por medio de la Odontología Preventiva tan importante en la práctica de la profesión.

## B I B L I O G R A F I A

- 1 .- Anatomia Humana para Odontología  
Dr. Ignacio Alcaraz del Rio  
Libreria de Medicina. Editor y Distribuidor  
Francisco Méndez Oteo. Segunda Edición.
- 2 .- Compendio de Histologia Humana  
Dr. S. Schumacher - Marienfrid  
Editorial Nacional.
- 3 .- Tratado de Histologia  
Arthur W. Ham  
Editorial Interamericana. Cuarta Edición 1963.
- 4 .- Fisiologia  
W.D. Keidel  
Salvat Editores, S.A. Barcelona - Madrid
- 5 .- Embriologia Humana.  
Bradley Patten .  
Editorial el Ateneo.
- 6 .- Odontología para Niños  
Brauer Demeritt  
Editorial Mundi, Cuarta Edición 1959.
- 7 .- Odontología Pediatrica  
Cohen, Meyer Michail  
Buenos Aires 1957.

- 8 .- Cerebro y Conducta.  
La inducción como mecanismo Fundamental de la  
Actividad Neuropsíquica.  
Ischlonsky, N.  
Editorial, Mundi.
- 9 .- Psiquiatría Clínica Moderna.  
Arthur P. Mayer  
La Prensa Médica Mexicana.  
Edición Segunda 1961
- 10.- Odontología Clínica.  
Sidney Finn  
Editorial Mundi, Buenos Aires 1957
- 11.- El Niño de uno a cinco años y de cinco a diez  
años.  
Arnol Gesell  
Editorial Paidós  
Cuarta Edición 1963.
- 12.- Síndromes Neurológicos  
José Nava Segura  
Literaria Lazalde  
Primera Edición 1963
- 13.- Manual de Psicología Infantil  
Leonard Carmichael  
Editorial "El Ateneo"

- 14.- Desarrollo de la Personalidad en el Niño  
Paul Henry Mussen  
John Janeway Conger  
Jerome Kagan  
Editorial Trillas  
México, D.F.
- 15.- Psicología del Desarrollo Infantil  
Teoría Empírica y Sistemática de la Conducta  
Sidney W. Bijou  
Donald M. Baer  
Editorial Trillas  
México, 1977
- 16.- Simposio sobre Paidodencia  
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.  
Junín 895 Paraguay 2100  
Buenos Aires.
- 17.- Psicología Aplicada en Odontopediatria  
William R. Cinotti., Arthur Grieder.  
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.  
Junín 395 Buenos Aires  
Paraguay 2100 Argentina.
- 18.- El Odontopediatria  
Tesis Profesional  
Mercedes Orozco Ruiz Velasco  
U.N.A.M. 1960

- 19.- Psicología del Desarrollo Infantil  
Lecturas en el Análisis Experimental Vol-2  
Sidney W. Bijou  
Donald M. Baer.  
Editorial Trillas  
México 1977.
- 20.- Manual de Ortodoncia  
Robert E. Moyers D.D. S.P.H.D.  
Editorial Mundi S.O.I.C. y F  
Buenos Aires, Argentina.
- 21.- Psicología de las Actitudes  
K. Young. J.C. Flugel y Otros  
Biblioteca del Hombre Contemporaneo
- 22.- Odontología Infantil e Higiene Odontologica.  
Floyde Eddy Hogeboom  
Editorial Hispano Americana
- 23.- Atlas de Odontopediatria  
Lau K.  
Editorial Mundi.
- 24.- Crecimiento y Desarrollo del Niño  
Watson E.H. Lowrey G.H.  
Editorial Trillas.  
México 1965.



- 25.- Clinicas Odontológicas de Norteamérica  
Dr. Elaine A. Stuebner  
Editorial Interamericana  
México 1973.
- 26.- Manual de Pediatría  
Henry K. Silver  
C. Henry Kempe  
Henry B. Bruyn.  
7a. Edición 1975  
Editorial. El Manual Moderno S.A.
- 27.- Infancia y Sociedad  
Erikson, E.H.  
Editorial Horme, 1969.
- 28.- Desarrollo Psicológico del Niño  
Normal y Patológico.  
Cuarta Edición. México 1974  
Editorial Interamericana.
- 29.- Psicología Aplicada en Odontología  
Diagnóstico y tratamiento entre las  
relaciones Familiares.  
Editorial Horme, Buenos Aires, 1961
- 30.- Odontología Preventiva en Acción  
Ketz Mc. Donald Soockey  
Editorial Interamericana. Cuarta Edición.

**31.- Psicología**

Tratado sobre las Ciencias de la Conducta

Henry Clay Lindgren

Donn Byrne

Editorial Labor, S.A.

**32.- Las Especialidades Odontológicas en la  
Práctica General.**

Alvin L. Morris, D.D.S., Ph D.

Harry M. Bohannon, D.M.D., M.S.D.

Editorial Labor, S.A.