

2E  
197



V N A M

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA UNAM

TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAM

PSICOLOGIA DEL PACIENTE EN EL CONSULTORIO  
DENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :

Alma Rosa Piedracruz Carreto

San Juan Iztacala, México. a 7 de Septiembre de 1979



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## I N D I C E.

	Pag.
INTRODUCCION	
CAPITULO I	
Importancia del Estado del Paciente.....	1
CAPITULO II	
Desarrollo Psicológico del Niño.....	4
CAPITULO III	
Estados Emocionales.....	20
CAPITULO IV	
Origen de los temores.....	26
CAPITULO V	
Fisiología del Temor.....	33
CAPITULO VI	
Influencia de los padres en el niño.....	38
CAPITULO VII	
Conocimiento del Estado Psicológico del paciente en sus diferentes etapas de la vida.....	46
CAPITULO VIII	
Tratamiento Psicológico del paciente de acuerdo a su edad mental.....	50
CONCLUSIONES .....	65
BIBLIOGRAFIA.....	67

## INTRODUCCION.

Es importante para mí realizar este trabajo, no con el único fin de elaborar un requisito para obtener el título de Cirujano Dentista; sino el poder ayudar a mis compañeros que lleguen a leer este trabajo, en el manejo de sus pacientes, y crear en ellos la idea de que los pacientes no son seres de práctica, sino personas que sienten y tienen problemas como nosotros, que al tratar de comprenderlos, lograremos obtener un buen paciente y por lo tanto, un mayor éxito en nuestro tratamiento.

Hemos visto que para tener éxito en cualquier tratamiento, es necesario tener un buen paciente que pueda y deba cooperar con nosotros. Por ello, es para mí necesario poner especial atención a los niños, que al igual que el adulto siente el temor común a la Odontología sin embargo, el niño debe tener mayor atención porque no sabe dominar sus sentimientos, y lo demuestra, haciendo imposible para algunos odontólogos el tratamiento de estos pacientes.

Es imposible creer que existan tantos odontólogos egresados de diversas Universidades y todavía lleguemos a encontrar a algunos pacientes sin saber una buena técnica de cepillado; a pesar de tener varios años consultando a un dentista y también, a algunos padres de familia que por descuido o falta de información, todavía responden al preguntarles por la salud dental familiar: que " todos en mi familia han tenido muy mala dentadura, pero por los niños no nos preocupamos, porque van a mudar ".

No es concebible que en esta época nos hayamos materializado tanto, y que los compañeros que practican la Odontología no quieran perder un poco de tiempo para poder platicar con sus pacientes y lograr hacernos de su error. Es comprensible que algunos de esos dentistas, por su gran cantidad de pacientes no quieran perder tiempo que para ellos es ganancia y pongan muy poca atención a los niños, sobre todo en los casos difíciles.

Es frecuente ver en muchos niños el demerido tan grande al que -  
llegan sus padres que no se percatan de, ¿cómo van a comer sus hijos?. Ese  
problema que creen simple, puede crear su desnutrición y con el tiempo aso-  
ciarse a una infección, que puede llegar a ser generalizada.

Es por ello necesario, hacer especial hincapié en la Psicología-  
Infantil, por lo importante que es el tratamiento y la atención del niño,-  
para mejorar en muchos aspectos el bienestar infantil del país. Para ese -  
tratamiento, se debe tomar en cuenta la influencia de los padres en la edu-  
cación y comportamiento del niño en el consultorio dental; puesto que el -  
comportamiento del niño, es la consecuencia de la personalidad de sus pa-  
dres. Tratar de educar a los padres para mejorar el tratamiento del niño, -  
es una tarea difícil que trataremos de vencer, ampliando la información so-  
bre el cuidado dental y la conducta infantil, logrando con su ayuda condi-  
cionar al niño para que acepte de buen agrado el tratamiento dental.

Sólo ayudados por la Psicología, ciencia de la conducta, tan im-  
portante y tan necesaria en nuestra época; podemos comprender, las exigen-  
cias de nuestro tiempo, las necesidades de cada persona y hasta el enten-  
dernos nosotros mismos. Así, el conocimiento de los estados emocionales y-  
la comprensión de nuestros pacientes en sus distintas etapas de la vida, -  
nos ayudará a influir en ellos, para que en forma consciente, nos ayuden a  
eliminar los temores al dentista, comprendiendo que uno de los métodos más  
eficaces para combatir las enfermedades dentales es el cuidado temprano y-  
minucioso del niño.

## C A P Í T U L O I

### IMPORTANCIA DEL ESTADO DEL PACIENTE.

La persona que nos visita generalmente se encuentra en un estado de aprensión y angustia, motivada por la influencia de su medio, la educación y características de sus padres; así como por su edad y la gravedad de la lesión que presenta. Por lo tanto, el enfermo necesita, además de nuestra habilidad y conocimientos, de nuestra comprensión como ser humano. Es necesario tomar en cuenta que, en muchos casos, no es la causa tan importante la que propicia su situación, sino la forma como la percibe el propio individuo y lo que significa para él.

El estado del paciente varía con la edad; en los niños por su falta de madurez no pueden controlar sus emociones y hacen difícil su atención. Cuando el niño es pequeño, siente miedo a lo desconocido, a lo inesperado, a lo no familiar y sólo si se conoce y comprende el estado emocional del niño y el de los padres, se logrará tener éxito.

Para el adulto, a diferencia del niño, en su estado de angustias es fácil poder racionalizar su comportamiento y acceder de buen modo al tratamiento; pero no hay que olvidar que " en los adultos, los miedos y las ansiedades, tienen mayor duración y se encuentran generalmente latentes o escondidos " (1) y la situación que experimentan se origina desde su infancia.

Es de especial importancia conocer la naturaleza del estado del paciente en su primer visita, porque el estado de angustia estimula a reacciones de defensa y de excitación. Este estado puede exagerar cualquier experiencia dolorosa real, llegando a disminuir el umbral del dolor y a aumentar la tolerancia a los medicamentos.

Algunas veces el estado de angustia suele denominarse estado de Stress, en donde las experiencias pasadas influyen en la interacción de

los estímulos externos y los del organismo para dominar la situación; esta respuesta global del organismo es presentada en situaciones que el individuo percibe como peligrosas para su integridad. Esta situación provoca una respuesta fisiológica, en donde hay cambios bioquímicos, acción del Sistema Endócrino, del Sistema Nervioso de la vida de relación y principalmente del Sistema Nervioso Vegetativo; (2) estas respuestas provocan en el organismo " una descarga masiva, con aumento de la actividad de diversas funciones corporales como, mayor presión arterial, mayor riego sanguíneo a los tejidos, metabolismo más intenso de las células de toda la economía, aumento de la coagulación sanguínea y aumento de la actividad mental." (3)

Al tener conocimiento de la reacción que se provoca en el organismo, debe tomarse en cuenta los factores que determinan el comportamiento del paciente en el consultorio dental:

- 1.- Características propias de sus padres.
- 2.- Influencia de los padres en el desarrollo de su personalidad.
- 3.- Información de su medio ambiente.
- 4.- Naturaleza propia del niño.
- 5.- Edad del paciente.
- 6.- Causa de la visita.

Podemos decir, que la causa principal de la presencia de angustia es la preocupación que presentan principalmente los niños sobre el dano o mutilación que se le pueda hacer a su cuerpo.

En el adulto maduro, su visión es más objetiva, tiene cierto control emocional, confia en su fortaleza y en su capacidad de recuperación ; pero pueden presentarse ciertas perturbaciones psicologicas al hacerle extracciones y colocarle una prótesis, porque se agreda su integridad corporal. Estas personas inmaduras que continúan teniendo esa preocupación constante, respecto a su integridad corporal y con solo la idea de una aguja -

o una leve herida, despertán imágenes vividas de las lesiones corporales que impedirán la realización de un buen tratamiento porque no asistirán a las citas con regularidad o llegarán al consultorio en situaciones deplorables.

Debido a esto se puede deducir que el sentimiento más precóz y arraigado del hombre está asociado con la imagen de los padres que educan y castigan durante el período de desarrollo de su personalidad y crecimiento.

Para tener un mayor éxito en tratamientos infantiles podemos vernos de que en los niños, sus sentimientos no son ambivalentes, "no pueden temer a alguien y a la vez sentir afecto por él. No pueden estar enfadados con alguien y sentir cariño por la persona. Por lo tanto si se está tratando con un niño asustado y temeroso él deberá primero eliminar el miedo y sustituirlo por sensaciones agradables y afecto al dentista." (1)

Una vez que hemos visto la importancia del estado psicológico y fisiológico del paciente podemos decir, que para lograr dominar la situación será necesario ponernos en el lugar de nuestro paciente, pero siempre demostrarle nuestra seguridad para no aumentar su angustia, y en caso de niños, con mucho más razón, tratar de pensar como ellos para entenderlos y si es posible lograr eliminar su miedo y obtener su cooperación.



## C A P I T U L O   I I

### DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.

Se ha visto a través de la vida misma, las diferencias tan marcadas que existen en todos los individuos y los comportamientos tan variados, por lo cual es necesario tener una imagen general de las causas que influyen en la formación de la personalidad; entendiéndose como personalidad, las características individuales de una persona por las cuales actúa de una manera determinada que la identifica.

Muchas veces hemos escuchado, la comparación de los niños con una cinta sin grabar, que capta todos los estímulos que el medio donde se encuentra le permite percibir. Los estudios que se han hecho, permiten corroborar esta comparación, pues se ha visto que desde el período prenatal el feto es sensible y reacciona a estímulos intensos con actividad motora notable.

El desarrollo psicológico del niño se inicia en el período prenatal, desde donde empieza a actuar los factores hereditarios y ambientales, afectando al individuo de manera importante en su conducta futura. Los factores hereditarios contribuyen en las limitaciones y potencialidades del individuo, aunque los factores ambientales son en demasía determinantes, debido a las interacciones del ambiente con los factores transmitidos que dan por consecuencia las características esenciales de la personalidad del individuo.

Algunas veces se piensa que el ambiente prenatal es constante y parecido en todos los fetos; pero se encuentran diferencias entre el ambiente de uno y otro feto, debido al Estado Físico de la madre como: desnutrición, enfermedad, traumatismos y medicamentos ingeridos; así también de su Estado Emocional como:

1) Personalidad de la madre.-Las experiencias de la madre al haber sido criada, las relaciones con sus padres, su identificación femenina y su re-

relación con el padre del niño.

2) Actitudes específicas de la madre hacia el embarazo y su reacción psicológica.- Motivos y causa de embarazarse, situaciones de tensión y preocupación consigo misma ( temer cierta lesión a su cuerpo ), provocando reacciones psicológicas que repercuten en el hijo en el momento del nacimiento.

3) Esperanzas latentes de la madre en cuanto a su hijo.- Puede recurrir al niño para expresar sus deseos conscientes o inconscientes y corregir las tendencias equivocadas en las que se desarrolló ella misma. (4)

Todo esto, contribuye a preparar en buena o mala manera al niño para enfrentarse a un mundo nuevo, y dependiendo de esto, será más fácil o más difícil su adaptación, porque su vida prenatal lo condicionará para resistir un cambio brusco de medio ambiente, en el que logrará sobrevivir si está mejor preparado.

Después del Período Prenatal sigue la infancia, cuya primera etapa es el período de Recien Nacido. Este período abarca los primeros 7 días, donde el niño se está recuperando del trauma fisiológico del parto y empieza a establecer un equilibrio con su ambiente.

Segunda Etapa.- Dura de la 1ª hasta la 8ª semana de edad. El niño se vuelve más atento visualmente al mundo que lo rodea, los ruidos que produce o oírte aumentan y la cantidad de tiempo que pasa llorando se reduce.

Tercer Etapa.- De los 2 a los 4 meses, comienza a apreciar la profundidad y percibe los objetos en tres dimensiones, mira durante más tiempo, sonríe y produce sonidos vocales, además de perder interés en un mismo estímulo.

Cuarta Etapa.- De los 4 a los 6 meses y se caracteriza por el aumento de sonrisas al oír voces humanas o ver rostros de personas; entre los 3 y 5 meses se produce el punto más alto de sonrisa. Además se produce la coordinación de los movimientos ojo-mano y la coordinación visual motora para tratar de alcanzar objetos.

Quinta Etapa.- Abarca de los 7 a los 12 meses, presenta exhibiciones fre-

cuentos de ansiedad en respuesta a estímulos inesperados o a un extraño. -  
Sexta Etapa.- De los 12 a los 18 meses, empieza a caminar y aumenta la movilidad, los principios de comprensión y su expresión por medio del lenguaje. Puede comprender peticiones sencillas, puede usar el lenguaje para obtener las cosas que desea y puede reaccionar a los objetos en función de sus nombres simbólicos.(5)

El Recien Nacido es un organismo capaz, puede respirar, ver, oír y oler, es sensible al dolor, al tacto y al cambio de posición, el gusto - en sus inicios se desarrolla rápidamente, aunque en él no esté manifiesto. Está biológicamente preparado para experimentar la mayoría de las sensaciones fundamentales de su especie, porque posee una serie de reflejos necesarias para la supervivencia. A las dos horas de edad sigue una luz móvil - con los ojos, sus pupilas se dilatan con la oscuridad y se contraen con la luz; chupetea un dedo o un pezón que le pongan en la boca; vuelve la cabeza en la dirección en que le toquen la mejilla o la comisura de la boca. Es capaz de llorar, de toser, de darse vuelta, de vomitar, de levantar la barbilla cuando esté en posición prona, y de aferrar un objeto colocado en su palma. Su cuerpo reacciona a sonidos fuertes, puede doblar o extender las extremidades, chasquear los labios y mordisquearse los dedos.

Podemos explicarnos todas estas reacciones, debido a que su conducta está controlada, en gran parte, por los procesos del tallo cerebral más que por los de la corteza. El tallo contiene centros que se encargan de las funciones biológicas fundamentales, así como de los reflejos esenciales.

La corteza que se encarga principalmente de la percepción, la memoria y el pensamiento, no funciona plenamente en el Recien Nacido y se activa después gradualmente, empezando a ejercer control en la conducta del niño durante las primeras semanas de vida.

Debido a que el niño presta atención a un solo canal sensorial -

por vez; el mundo del Recien Nacido está constituido por percepciones aisladas y por lo tanto es menos confuso y ruidoso que el nuestro, facilitándole que responda a un solo estímulo y su conducta sea más sencilla. Aunque su naturaleza y su herencia biológica limitan las clases de respuesta, el niño tiene la capacidad de aprender desde el primer día de vida, haciendo asociaciones entre estímulos externos o sensaciones internas y una respuesta manifiesta. Estos tipos de respuesta se establecen más fácilmente a medida que el niño madura, por lo que es evidente la importancia del aprendizaje en el desarrollo del niño, porque gracias a él la potencialidad de la conducta y la conducta se modifican a consecuencia de la experiencia, ayudando al niño a madurar.

La etapa que sucede al período de la Infancia es el Período del Niño Maternal, de 1 a 3 años, que se caracteriza por un aumento firme de las habilidades motoras. El niño se puede sostener en pie, bailar y saltar, es hábil y puede construir torres de 10 cubos, usa ambas manos y el predominio de una de ellas no es firme, aunque da paso a la lateralización.

Al año y medio es capaz de hacer una raya con lápiz de cera; a los dos imita una raya circular y a los tres una cruz. A los 3 años se comunica con claridad, aunque los tiempos de los verbos no siempre son correctos y a veces le faltan las conjunciones; empieza la autonomía, pueden ir al baño, y alimentarse solos, así como también empiezan a vestirse solos.

Hacia el final del segundo año las manifestaciones de conducta ambivalentes empiezan a ser claras. Un niño que se siente seguro con la presencia y amor de sus padres, ahora siente libertad para devolver su agresividad hacia el mundo externo, y conforme se siente más autónomo, aumenta la conducta negativa, sintiendo a otras personas como intrusos en sus relaciones con la madre o el padre.

El niño, en un principio busca a otros niños nada más como compa

ñeros de juego y de los 2 1/2 a 3 años, empieza a compartir con los demás. Al final del tercer año juega dentro de sus propias fantasías y se observa que sus juegos son más o menos aislados, jugando en actividad paralela, -- uno al lado de otro pero no entre ellos.

Durante el período Maternal, se observa que empieza a tener percepción y conocimiento de su cuerpo, aparece la imagen corporal y el peligro de mutilación o pérdida. Ocurre la identificación temprana del sexo y a los 2 1/2 se establece el papel sexual. En el transcurso de este período aparece y se expresa el sentido de autoconfianza y autocontrol, que permite un sentimiento de adquisición y orgullo, contrastando con vergüenza y duda de sí mismo cuando tiene un accidente y pierde el control. Además, busca las causas externas de los movimientos y distingue con claridad y exactitud entre sí mismo y un objeto.

El niño construye sus palabras y supone que expresan exactamente lo que él quiere decir; es incapaz de ponerse a sí mismo en el sitio de otro, por lo que se dice que es egocéntrico. Es capaz de comprender los símbolos de las palabras y puede usarlos; puede resolver los problemas por inventiva y utiliza objetos para obtener otros. Durante este período logra controlar sus esfínteres, éste dominio que logra de su cuerpo puede usarlo para descargar su agresividad hacia fuera ensuciándose u orinándose encima, además de patear y golpear; pero también puede existir agresividad hacia dentro y entonces se lastimará o se golpeará.

La agresividad que se aprecia durante esta etapa es necesaria para la adaptación y maduración del pequeño; entendiendo como maduración el desarrollo en estatura y la aparición de capacidades específicas. Por lo tanto, es necesario utilizar la agresividad para encausar esa energía a algún buen propósito que pueda lograr su neutralización.

En esta edad, los niños son más expresivos en cuanto a mostrar ira y miedo, cuando sus padres se separan de ellos, sufriendo ansiedad fren-

te a extraños, manifestando su estado depresivo con llanto y aislamiento - de la gente. Además presentan hiperactividad y pataleo; conducta regresiva, (como descontrol de esfínteres y se niegan a masticar alimentos sólidos,) y trastornos físicos como diarreas y vómitos.

Durante este período se deben considerar, los motivos que tienen importancia en el desarrollo de la personalidad del niño:

- 1.- El motivo de contacto físico.- Se expresa en conductas tales como las de abrazar a otro y pedir un contacto corporal estrecho.
- 2.- El motivo de evaluación positiva por parte de otros.- Es el deseo de obtener aprobación, reconocimiento y elogio.
- 3.- El motivo de ayuda instrumental o auxilio por parte de otros.- Es el deseo de recibir ayuda para solucionar problemas.
- 4.- El motivo de reducción de incertidumbre.- Es el deseo de evitar o de hacer menos penosa cualquier situación en la que el niño no está seguro de lo que ocurrirá después, o de como debe comportarse. El niño, lo mismo que el adulto, desea reglas y señales conocidas que le avisen de los acontecimientos futuros. Este motivo, por supuesto, está estrechamente relacionado con el deseo de reducir la ansiedad, ya que ésta encierra una incertidumbre respecto al futuro.
- 5.- El motivo de la autonomía.- Es el deseo de poder controlar las propias acciones y verse exento del control impositivo por parte de otros.
- 6.- El motivo de dominio de otros.- Relacionado con el deseo de autonomía está el deseo de desempeñar el papel dominante, en vez del sumiso, en las relaciones con otros; puede observarse en las luchas por el poder en casi todos los grupos de niños.
- 7.- El motivo de causar daño o ansiedad a otros.- ( Llamado comúnmente hostilidad ) es el deseo de que alguna desgracia le ocurra a la persona que frustra los motivos del niño o amenaza.
- 8.- El motivo de estimulación genital.- Es simplemente el deseo de las cues

lidades sensoriales agradables de la estimulación genital.

9.- El motivo de suficiencia.- Es el deseo de perfeccionar algunas destrezas y puede observarse en el juego constructivo de los niños. El intento de perfeccionar algunas destrezas es, en parte producto de aprobación o un deseo de evitar castigo. Le produce satisfacción aprender o realizar tareas nuevas por sí mismo.

10.- El motivo de elevar al máximo la congruencia entre la conducta, los motivos o los pensamientos propios y normas adquiridos previamente.- El niño establece normas de conducta y de creencias a las que da un valor. A la edad de 6 años, muchos niños han aprendido que su conducta debe coincidir con la que se considera propia de su sexo; así, también, que deben ser amables con otros y que deben decir la verdad. Una vez que ha hecho propias tales normas, el niño está muy motivado a que sus acciones y pensamientos coincidan con ellas. Cuando no ocurre así, tiende a sentir preocupación y una de las causas principales de la ansiedad es el apartamiento respecto de las normas. (5)

Para poder comprender mejor, la acción de estos motivos en la vida y personalidad del niño, es importante mencionar que por motivos, se entiende, el deseo adquirido de alguna meta que provoca la acción o conducta dirigida del individuo. Dependiendo de la satisfacción o insatisfacción de estos motivos puede causar frustraciones y en determinado momento desviarse o dirigirse hacia la agresividad, o bien actuar como reforzador para facilitar el aprendizaje.

El siguiente período que sucede al Maternal es el Período Preescolar, el cual abarca de los 3 a los 6 años. Está caracterizado por el aumento de peso y estatura gradual y continuamente, al igual que las destrezas psicomotoras, volviéndose la percepción visual más diferenciada precisa y exacta. Aumenta la memoria, se establece la identificación con modelos de los padres, aparece la conciencia y se inicia el establecimiento de

conductas defensivas en relación a situaciones provocadoras de ansiedad.

A los 3 años se manifiesta la edad del 4 por qué ? con una intensa curiosidad que expresa a través del lenguaje; su vocabulario aumenta notablemente, lo mismo que el tamaño de las oraciones, su manera de hablar es más comprensible y la estructura gramatical más compleja por lo que hace un mejor uso del lenguaje. Hacia la edad de 4 años la mayoría de los niños domina claramente las reglas de la gramática, realiza juegos de simulacro, adquiere su función simbólica, comienza a distinguir entre significadores y significados, de tal manera que puede pensar acerca de objetos y de actividades, y manipularlos simbólicamente.

Su pensamiento es más concreto que abstracto y continúa siendo todavía egocéntrico; aún no entiende la naturaleza de las categorías y al tratar de resolver problemas atiende sólo a un aspecto sobresaliente y omite otros importantes, deformando de esta manera su razonamiento.

Esta es la mejor época de adquirir y aprender los hábitos diarios por el aumento de la memoria y la habilidad motriz. En esta época su imaginación está enriquecida por sus descubrimientos y los cuentos que le relatan, con lo que inventará juegos, donde vivirá intensamente lo que imagina y con sus juegos logrará el aprendizaje de su existencia. Crece su necesidad de autonomía, al tener conocimiento de sus capacidades y tono ello disminuye el temor a los estímulos anteriores que provocaron miedo, como movimientos repentinos e inesperados, objetos ambientes y personas extrañas. Sin embargo los miedos a los peligros previstos, imaginarios o sobrenaturales (tales como posibles accidentes, la obscuridad, las pesadillas y los fantasmas) aumentan, debido al aumento de su imaginación y fantasías.

La edad preescolar es el período donde se desarrolla con mayor facilidad la ansiedad, tal vez por la falta de control de sus impulsos agresivos, sexuales y dependientes; pérdida de los padres u la llegada de



un hermanito, o el rechazo de las personas de las que pide su aceptación.

Se ha visto que la ansiedad tiende a disminuir la ejecución de tareas verba les en los niños, perjudicando algunas características como: la calidad de la voz, el grado de comprensión, así como el uso de conceptos abstractos.- Cuando la ansiedad es mínima, puede llegar a ser útil, actuando como impul so de la creatividad, de la inventiva y del centro motor para la solución de problemas; pero si aumenta, puede ser emocionalmente paralizadora y hacer caer al individuo en un estado de ineficiencia y desesperación. Debido a los trastornos que causa la ansiedad el propio individuo adquiere técni cas para defenderse de ella, tales como:

**RETRAIMIENTO o RETIRADA.-** Es la defensa más usada en el período preescolar en la que el niño huye o evita una situación amenazante.

**REGRESION.-** En ella adopta una respuesta correspondiente al período anterior como, chuparse el dedo y orinarse en la cama.

**NEGACION.-** Existe cuando el niño insiste en que no es verdad la situación que lo angustia.

**REPRESION.-** El niño se niega a recordar lo que le produjo ansiedad.

**PROYECCION.-** El niño desplaza sus acciones censurables a otra persona para librarse de la ansiedad. (5)

En esta etapa es cuando los niños juegan a ser adultos, imitando las formas representativas que ven en sus padres e identificándose con ellos. Aunque esta identificación es directamente proporcional al afecto y atención que reciban de ellos. Si alguno de ellos se presenta al pequeño en forma de modelo agresivo y además, recompensa la conducta agresiva, entonces el niño aumentará su nivel de agresión y por lo tanto su agresión dependerá de su experiencia social.

Conforme aumenta su edad, su propia experiencia ensena al niño a expresar su agresión de manera aceptable culturalmente y a inhibir respues tas socialmente inaceptables. Este aprendizaje que logra con la identifica

ción y respuestas favorables de sus padres, en cuanto a sus actos, va formando el desarrollo de la conciencia, tan importante en el desarrollo de la personalidad y en el equilibrio de su vida; puesto que está sujeto a todo lo que le rodea, va creando y formando en su mente un conjunto de normas de conducta aceptables, dentro de las cuales tiene que actuar y si sale de esas normas se sentirá culpable.

Es en esta época cuando se puede fortalecer algún tipo de conducta y eliminar otros más fácilmente, utilizando los elementos indicados de reforzamiento o indiferencia y castigo; debido a que ahora, conforme aumenta su edad, el niño pasa más tiempo en interrelaciones sociales con sus compañeros y menos tiempo en la ociosidad o en el juego solitario y es en este momento cuando necesita como reforzamiento la atención, aprobación, aceptación y el afecto. Es frecuente en esta etapa que la agresión y el miedo se contagien o aumenten, por la conducta expresada de sus compañeros; pero también, puede reducirse, mediante la observación de modelos altruistas o modelos semejantes que no reaccionen con miedo ante estímulos temidos.

El niño continúa creciendo y después del período Preescolar pasa a la Niñez Intermedia o Período Escolar Elemental, contenido entre los 6 a los 11 años de edad. El niño sigue desarrollándose físicamente y sus capacidades cognitivas se vuelven más complejas y mejor diferenciadas, su crecimiento físico ha comenzado a desacelerarse, quedando sujeto a una serie de influencias extrafamiliares que producirán un desequilibrio en el pequeño porque necesitará adaptarse nuevamente a un tipo distinto de clima afectivo. A partir del primer año de primaria, la escuela se convierte en el centro de la vida extrafamiliar del niño, y en ella se pasa casi la mitad de sus horas de vigilia. La clase de maestros que tenga, los métodos de enseñanza que experimente y las clases de libros de texto que use, ejercerán influencia importante no solo en sus adelantos escolares, sino en su capacidad general de enfrentarse a nuevos problemas y dominarlos, por consiguiente, en

la confianza en sí mismo y en su autoestimación.

Todo será distinto para él, tendrá que acostumbrarse a compartir con sus compañeros la atención y sonrisa de la maestra, aprenderá que ya no van a ser tomadas en cuenta sus sonrisas, gestos y besos para obtener favores; que él no será ya el centro de atención, que será llamado por su apellido y algunas veces por su nombre o número, aprenderá a obedecer al que sabe y es en este entonces, cuando logrará alcanzar la madurez de niño.

La escuela le ayudará a superar la fase Edipiana, si todavía no ha podido hacerlo, alcanzando un equilibrio que mantendrá hasta la pubertad. Aprende la alegría de la camaradería, el orgullo de ser elegido para formar parte del equipo y el apoyo afectivo del grupo. Siente la necesidad del juego libre, en el que puede desarrollar su iniciativa y a través de él descubrir la riqueza y los límites de la libertad.

Su adaptación a este nuevo medio, será más fácil si tiene un apoyo fuerte de sus padres, basado en el amor y comprensión, que le permitirá descargar su intranquilidad, para así poder dedicarse a desarrollar físicamente, a aprender y enriquecerse de manera intelectual, a construir su carácter y desarrollar su personalidad. Y aquí, como en el periodo anterior, la relación de los padres sigue siendo el factor más importante en la determinación de la clase de persona que el niño llegará a ser, debido a que la respuesta del niño no dependerá simplemente de un aspecto de la conducta y de la personalidad de los padres, sino más bien del efecto combinado de muchos aspectos de las mismas. El niño de padres afectuosos y permisivos suele ser, activo, independiente, cordial, y capaz de hacerse valer socialmente, pero también puede ser un poco agresivo, mandón y desobediente. El niño de padres afectuosos-restrictivos, en cambio, suele ser más dependiente, menos creativo, más conformista, menos dominante y competitivo, pero más cortés y correcto. Los padres hostiles tienden a menoscabar el ajuste del hijo y a provocar una contra-hostilidad, que se puede manifestar in

terior o exteriormente. La restrictividad combinada con la hostilidad tiende a elevar al máximo la autoagresión, el retraimiento social y los síntomas de conflicto interno en el niño. La permisividad combinada con la hostilidad elevan al máximo la conducta agresiva, mal controlada, que frecuentemente se observa en los niños delincuentes.

La posición ordinal entre los hermanos influye también en el desarrollo de la personalidad del niño, así como el sexo de los hermanos mayores influyen sobre los menores. Los niños mayores propenden más a destacarse y a diferenciarse más íntimamente con adultos. Sin embargo, también propenden más a ser hipersensibles, ansiosos y a temer al daño físico. En cambio los niños más chicos tienden a ser más gregarios y a anhelar demostraciones físicas de afecto.

Es en este período donde el papel sexual se fomenta y existe un período crítico en el desarrollo de la conciencia. Este desarrollo depende a la vez, del nivel de maduración cognocitiva del niño; y también de la influencia de los padres y de otras personas a las que queda sujeto el niño.

Durante éste período, el contacto del niño con sus compañeros se amplía considerablemente, y su grupo de compañeros le ofrece la oportunidad de aprender a relacionarse con sus compañeros de edad, a hacerle frente a la hostilidad y al dominio por parte de otros, a entenderse con un líder, a encabezar a otros, a tratar problemas sociales y a irse formando un concepto de sí mismo. El niño, cuyas experiencias escolares y sus relaciones con semejantes son constructivas y recompensadoras, y cuyas relaciones con los padres son favorables, se formará una imagen de sí mismo más clara, se irá haciendo más competente y su propia estimación se incrementará. Las experiencias desfavorables en cualquiera de estos aspectos probablemente limitarán el desarrollo del potencial del niño y darán lugar a conflictos paralizadores, así como a ansiedades y a una mala idea de sí mismo.

A partir de los 7 u 8 años de edad, los niños comienzan a asociar

se primordialmente con semejantes del mismo sexo, y las diferencias sexuales en lo tocante a los intereses y las actividades se van volviendo cada vez más evidentes. Tienden a interesarse más por las actividades de la pandilla; en tanto que las niñas tienden a establecer relaciones interpersonales más íntimas e individualizadas.

Los niños que ocupan un rango social elevado entre sus semejantes tienden a ser más agresivos socialmente, extravertidos, entusiastas, alegres, inteligentes y cordiales. En contraste, la ansiedad, la incertidumbre, la indiferencia social, el retraimiento y la hostilidad, suelen ser atributos de los niños de bajo rango o de los niños rechazados. La relación de otros atributos con la popularidad varía de acuerdo con la edad y el sexo. El rango que se tiene en el grupo de compañeros está relacionado también con la clase social; los niños de clases inferiores, por lo general ocupan un rango un tanto más bajo que sus semejantes de la clase media.

Las amistades tienden a ser más duraderas y estables a medida que va avanzando su edad. Los amigos mutuos suelen parecerse entre sí por lo que respecta a la extracción socioeconómica, al sexo, al grado de madurez, a la inteligencia general, a las características de personalidad y a los intereses mutuos.

Aunque se descubra en los niños una tendencia general a acatar los valores y actitudes de otros miembros del grupo, se observan amplias variaciones. Las niñas tienden más a acatar las sugerencias del grupo de compañeros que los niños, y los miembros que tienen en el grupo un rango bajo suelen mostrar una propensión mayor de acatamiento que los líderes. Además, también tienen importancia factores individuales de la personalidad. Por una parte, los niños dependientes y ansiosos propenden más al acatamiento que aquellos que son independientes, ni sienten ansiedad. Por otra parte, los niños hiperagresivos son más rígidos y menos sensibles a la influencia que los niños normales. El acatamiento no es solo la propen-

ción del niño ansioso, dependiente o desajustado; tal vez sea cierto esto en el caso de un acatamiento inconsciente, pero aceptar demandas socialmente aprobadas, en situaciones claramente definidas, es una respuesta perfectamente sana en un niño durante este período. (5)

Entre los problemas más frecuentes de la niñez intermedia, se encuentran, las pesadillas, los trastornos de sueño, algunos trastornos de la motilidad y las fobias a la escuela y a la muerte. Estas son reacciones a situaciones inconformes, de culpabilidad, a necesidades, conflictos, temores y ansiedades, como sustitutos simbólicos del temido castigo por parte de los padres. El niño desde muy pequeño aprende que una travesura, suele ir acompañada de alguna forma de castigo; y por tal motivo de esta manera encuentra un escape a sus conflictos.

Por último es importante, estudiar la etapa final de desarrollo considerada como el período crítico, la adolescencia, un período de notables cambios físicos y fisiológicos. La aceleración del crecimiento característica de la adolescencia comienza aproximadamente a los 11 años en las muchachas y a los 13 en los muchachos, aunque existen amplias variaciones individuales; sus proporciones corporales cambian y se vuelven más semejantes a las de los adultos; se produce una maduración rápida del sistema reproductor y de las características sexuales secundarias. Estos cambios algunas veces dan lugar a ansiedad por la maduración precoz o por la tardía; a preocupaciones con respecto a los estereotipos de apariencia masculina o femenina idealizados, y el miedo, el sentido de culpa o el rechazo asociados a nuevos acontecimientos fisiológicos.

Durante la adolescencia tienen lugar cambios notables en el desarrollo cognoscitivo, los procesos mentales de nivel elevado, tienden a llegar a un punto culminante durante la adolescencia y a principios de la edad adulta. Esto favorece la capacidad de entenderse el mismo y al mundo que lo rodea; además de que se vuelve capaz de advertir, las diferencias -

entre como son las cosas y como podrían ser.

En la adolescencia, las relaciones con sus compañeros cumplen muchas de las mismas funciones de la niñez y le proporcionan al individuo la oportunidad de aprender a relacionarse con los compañeros de edad, a controlar su conducta social, a adquirir destrezas o intereses propios de la edad y de compartir problemas y sentimientos semejantes. El adolescente se encuentra seguro con los de su misma edad porque participa de sus mismos problemas; es el momento de los amigos de corazón, de los compañeros que reciben confidencias todo el día, de las pandillas que tienen, sueños, recos y agresividades comunes.

La naturaleza de los grupos adolescentes de compañeros cambia -- con la edad y pasa de la pandilla preadolescente a los comienzos de interacciones, entre camarillas de varones y de mujeres, después a las camarillas heterosexuales y llega por último a la formación de camarillas constituidas por parejas de novios.

En la adolescencia cada sexo comienza a interesarse por el otro de una forma banal. O bien el adolescente siente ( inconscientemente ) aquella necesidad de amar que cree realizar ( intelectualmente ), alardeando de su desprecio por el otro sexo. O bien busca al otro sexo intelectualmente, presumiendo ante sus amigos y compañeros de aventuras que es incapaz de afrontar porque tiene demasiado miedo. O bien, por último, se refugiará en los sueños donde no hay ni riesgos ni peligros. Las jóvenes desprecian a los amigos de sus hermanos por demasiado próximos y peligrosos. La necesidad de evasión que en las jóvenes se traduce en sueños, más o menos sentimentales, en los muchachos aparece bajo la forma del gusto por la aventura o de ideas políticas tan avanzadas como utópicas. Unas y otros se hacen adultos cuando pueden confrontar sus sueños con la realidad; entonces estarán preparados para vivir. (8)

Las relaciones con compañeros del mismo sexo y del opuesto, du--

rante éste período sirven como prototipo, de las relaciones adultas posteriores, en lo que respecta a las relaciones sociales, al mundo del trabajo y a las interacciones con individuos del sexo opuesto. La mayoría de los adolescentes busca activamente la aceptación social por parte de sus seme--jantes, con lo que logra poseer iniciativa, seguridad, entusiasmo, energía e ideas para actividades de grupo.

El problema de la identidad del yo se hace especialmente agudo - en la adolescencia, parcialmente en función de los rápidos cambios físicos y fisiológicos de la pubertad, pero también a causa del aumento y el cam--bio de las demandas sociales que se le hacen. Entre estas figuran el esta--blecimiento de la independencia, el ajuste a compañeros del mismo sexo y - el sexo opuesto, la preparación vocacional, el desarrollo de un sentido -- del propio yo y de una filosofía fundamental y normativa de la propia vida.

La facilidad con que se alcanzan un sentido fuerte y estable de la propia identidad y un ajuste del papel sexual relativamente exento de conflictos durante la adolescencia dependerá, en grado considerable, del carácter de las relaciones padre-hijo previas. Esta tarea, también se faci--litará o se dificultará, según cuales sean los valores, las expectativas y las oportunidades de la sociedad a la cual se quiere que el adolescente se ajuste.



## C A P I T U L O    I I I

### ESTADOS    EMOCCIONALES

Antes de hablar de estados emocionales es conveniente conocer la definición de emoción. La palabra emoción se deriva de la palabra latina " emovero ", que significa remover, agitar o excitar (7). Por lo cual, emoción " consiste en una fuerte liberación de energía determinada por una -- inadaptación brusca e intensa. Es una descarga exagerada de energía nerviosa." (8)

En el hombre existen 5 emociones auténticas: (9)

1) Alegría o Placer.- La verdadera diferencia entre placer y alegría consiste efectivamente en una diferencia de nivel afectivo, más que de distintos niveles de intensidad. Pues la alegría trasciende cierta zona psíquica superficial que es el mismo del placer y del dolor. " La alegría es una actitud emotiva caracterizada por un tono sensorial agradable y relacionado con sucesos o experiencias del presente inmediato." (13)

El estado moderado de alegría puede manifestarse con una mímica y un comportamiento específicos: los ojos brillan el cuerpo se yergue, se registra como una expansión de todo el ser, cuya actitud expresa una especie de posesión del mundo. " La etapa más auténtica de la alegría consiste en un estado de plenitud y de serenidad que corresponde a una satisfacción en el dominio del "ser" y no solamente en el "tener", es una realización esencial." (10) En la alegría, todas las partes del cuerpo medran y se conservan más largo tiempo." (14)

El placer, manifiesta nuestra unión con una realidad complementaria, exterior, pero amiga y con la que deseamos asimilarnos. El placer nos brinda acceso al mundo de la participación, a la intimidad familiar entre los seres y las cosas. Es uno de los sentimientos que peor soportan el hecho de no ser compartidos y que convierten a la soledad en algo insuficiente y hasta absurdo. " Debido al carácter prelativo del placer se emparenta con el sentimiento más rico que es la alegría." (10)

En el placer, la circulación aumenta sobre todo en el cerebro, lo cual se traduce especialmente en el brillo de los ojos. El placer físico y el placer estético van acompañados de dilatación de los vasos y aumento de contracciones del corazón. La respiración se hace más activa, la temperatura del cuerpo se eleva y los cambios nutricios más rápidos, producen una rica alimentación de los órganos y de los tejidos; además de que hay aumento de secreciones y movimiento. (11), (12)

2) Afecto.— "El afecto es el amor en sus formas más ténues." (13) Al principio el afecto del niño por su madre es sólo el placer de estar con alguien que lo conoce, que lo atiende y le responde. Después cuando el niño crece, los compañeros de juego se vuelven más importantes porque empieza a experimentar el sentimiento de solidaridad con otra persona. Esta "afinidad o simpatía, supone que se comprende la situación de otra persona y sus sentimientos frente a ella. Esta simpatía parece ser la emoción que nos une con los demás que comparten la misma posición existencial." (13)

Cuando el niño llega a adolescente empieza a apreciar a los demás como personas y los admira por cualidades que antes no podía ver. A medida que el adolescente madura y la amplitud y profundidad de su conocimiento de los demás aumenta, su amor hacia ellos también se fortalecerá y profundizará, siempre que encuentre en ellos lo que puede amar y admirar como adulto. El adolescente descubre a la medida en que aumenta su madurez cambia el objeto del amor y las cualidades de la mente y del corazón serán más atractivos que el romanticismo y la audacia, por lo tanto esto hace pensar que el afecto y el amor sexual son fácilmente distinguibles por su objeto y su fin, ya que sólo cuando existe una atracción sexual y un fin sexual habrá excitación de los órganos sexuales y por lo tanto pasión sexual.

3) Tristeza.— Es la sensación presente del acontecimiento físico o mental que nos afecta como una pérdida o una disminución, capaz de alcanzarnos, -

hasta lo más profundo de nuestra intimidad. La tristeza resulta de la actitud negativa y pasa a ser como una r ndici n a la derrota. " Es un sentimiento desagradable que se expresa con suspiros lágrimas y por la pasividad y disminución t nica de los músculos voluntarios." (13)

4) Miedo.- El miedo es una respuesta al peligro; el hombre siente miedo -- cuando siente algo como amenazante y cuando espera algún tipo de daño. Cuando se siente miedo, la amenaza est  localizada a algo concreto y existe la esperanza de escapar, al escapar desaparece el miedo. Pero cuando el miedo es hacia algo desconocido o cuando se tiene miedo de no poder hacer frente a una nueva exigencia, entonces la amenaza es general, difusa y tratamos -- inutilmente de escapar a medida que continúa nuestra preocupación, desarrollando una actitud de miedo que podemos llamar ansiedad, que es un miedo difuso o crónico que algunas veces es la precursora del verdadero miedo.

El hombre puede tratar de evitar el miedo retrocediendo a la situación atemorizante y creando un hábito específico para evitarlo.

5) Rabia o Ira.- Es una reacción positiva hacia algo que nos perjudica o -- nos amenaza y nos impulsa a combatir y a enfrentarnos al daño que nos amenaza.

Si un hombre encuentra un obstáculo en su meta le producirá frustración y sentir  ira hacia el obstáculo que considera perjudicial para avanzar. Si el obstáculo no puede ser vencido, el abatimiento y la desesperación dominarán. Pero si existe una esperanza de eliminar el obstáculo, -- habrá una emoción que impulsa hacia la acción contra el obstáculo y contra cualquiera que lo pueda haber puesto ahí.

Estas emociones generalmente se presentan en situaciones en que no hay una respuesta habitual, ya conformada para enfrentarse a las situaciones.

Se ha comprobado que en l nns emociones el diencéfalo, que recibe estímulos aferentes, excita a su vez al músculo esquelético y a vísceras --

mediante una "descarga descendente", en tanto que en el componente subjetivo, el efecto está dado por una "descarga ascendente" hacia la corteza cerebral. El hipotálamo parte del diencefalo, es el sitio donde se integran las respuestas emocionales y sólo la corteza es capaz de apreciar todas las cualidades afectivas de las experiencias, puesto que la verdadera emoción requiere la participación de áreas corticales. De lo cual se puede deducir que el centro anatómico de las emociones está constituido por el diencefalo y sus conexiones con las vísceras y con la corteza cerebral. (2)

"Las emociones tienen 2 clases de respuestas; una respuesta externa con cambios en la expresión facial o manifestación de agresión y, una respuesta interna o fisiológica,"(7) que se inicia por la descarga masiva de productos endócrinos, especialmente de la adrenalina, que tiene por efecto estimular el sistema neurovegetativo, haciendo con ello posible el aumento de disponibilidades energéticas para proporcionar vigor muscular y hacer posible la acción de automatismos en los distintos estados emocionales.

El hipotálamo establece reacciones neurales directas con el sistema endócrino principalmente en dos puntos:

- a) Con la hipófisis posterior, a la que descienden importantes tractos del hipotálamo por el tuber cinerium y el infundíbulo.
- b) Con la médula suprarrenal mediante fibras que descienden por el tallo cerebral, médula espinal y después por los tractos de la cadena simpática.

La relación del hipotálamo con la hipófisis anterior se lleva a cabo por un sistema de circulación portal. Los esteroides, hormonas secretadas por la corteza suprarrenal, la cual no está bajo control nervioso directo, sino que es estimulada por una hormona secretada por la hipófisis anterior; la hormona adrenocorticotropa, cuya secreción es a su vez estimulada por la adrenalina y también regulada en parte mediante un mecanismo de control recíproco, por el nivel de esteroides corticales circulantes y

posiblemente también por la estimulación directa del hipotálamo. (8)

En la estimulación neurovegetativa tanto el simpático como el parasympático pueden descargar juntos en forma masiva aisladamente el uno -- del otro o bien hacerlo cada uno por separado en forma fragmentaria e parcial, ( aunque la tendencia del simpático es a descargar en forma total y la del parasympático a hacerlo en forma parcial ). Cuando una víscera reacciona, lo hace ya sea con un aumento en sus funciones o con una disminución de las mismas. (2)

El componente somático es diferente para distintos estados emocionales, particularmente en lo que se refiere a la musculatura esquelética de la expresión facial, puesto que el tono muscular varía en los distintos estados emocionales. En el miedo o en la cólera, aquellos músculos que pueden ser utilizados en el ataque o en la defensa se contraen, lo contrario de lo que ocurre en estados de satisfacción y de placer en los cuales la tendencia es a la relajación de esos mismos músculos.

En cualquier emoción intensa existe la dominación de las experiencias conscientes y provoca concentración sobre ciertos estímulos, mientras excluye otros estímulos que compiten.

Las emociones fuertes, tales como el miedo y la ira nos ayudan a enfrentarnos con las situaciones de urgencia de 3 maneras:

- 1) Nos ayuda a utilizar nuestra fuerza máxima durante períodos cortos.
- 2) Puede ayudar a la actividad sostenida durante un período más largo que lo que es ordinariamente posible.
- 3) La emoción intensa disminuye la sensibilidad al dolor. (7)

Las emociones fuertes pueden ayudar para enfrentarse a las situaciones de urgencia, pero las emociones más fuertes pueden restringir la acción efectiva.

Durante la experiencia emocional profunda el organismo reacciona con varias respuestas:

- 1.- Con cambios en la resistencia eléctrica de la piel.

- 2.- Elevando la presión arterial y alterando el volumen sanguíneo de varios órganos.
- 3.- Aumentando la frecuencia cardíaca y en algunos casos, el individuo puede experimentar agudos dolores, al rededor del corazón.
- 4.- Respiración más rápida.
- 5.- Dilatando las pupilas de manera que entra más luz a la retina.
- 6.- Disminuyendo la secreción salival.
- 7.- Con respuesta pilomotoras.
- 8.- Disminuyendo o cesando por completo la motilidad del aparato digestivo.
- 9.- Poniendo tensos los músculos.
- 10.- Cambiando la composición de la sangre, aumentando el azúcar sanguíneo.(7)

Las manifestaciones de las emociones son en muchos casos aprendidas, pero tienen en esencia características innatas del ser humano. A medida que el niño crece, las posibilidades para el aprendizaje aumentan, por lo que el aprendizaje es causa del desarrollo emocional posterior de la vida, y la madurez desempeña un papel importante en el desarrollo inicial de la conducta emocional. Por ello podemos decir que la diferenciación de las emociones depende de un proceso de maduración y aprendizaje; debido a que cuando el niño madura a tal grado de poder diferenciar y percibir por sí solo, se vuelve más sensible a estímulos que carecían de significado para él anteriormente. De lo anterior podemos concluir que las causas para desencadenar emoción cambian en forma proporcional conforme el niño crece y madura.

## CAPITULO IV

### ORIGEN DE LOS TEMORES.

Se ha visto que desde los 3 meses, el feto es capaz de responder a estímulos, eléctricos, mecánicos y térmicos, de intensidad tal, capaz de provocar dolor en el momento, mediante una brusca contracción seguida de la paralización de sus movimientos, durante un período de varios segundos o de varios minutos según el caso. Y después del nacimiento, se ha observado que se le provoca miedo al sostener al pequeño en los brazos y lanzarlo al aire para después volverlo a sostener.

Una clase de estímulo que inatamente produce miedo o ansiedad es el dolor. Las punzadas de hambre en los infantes son mucho más fuertes que en los adultos y la anticipación del dolor produce ansiedad.

A partir de la segunda mitad del primer año, el niño muestra signos de ansiedad, debido a que puede distinguir entre la cara de su madre y la de una persona extraña, tiene entonces una imagen mental mejor definida de su madre, utiliza con claridad la función de la memoria, y más aún a fundado con claridad esa representación mental con ciertos atributos como la seguridad. (4)

La ansiedad se haya presenta cuando el niño experimenta sensaciones desagradables y se encuentra en una situación en la que anticipa que algo doloroso o molesto puede ocurrir, o cuando no está seguro de los acontecimientos futuros. Un aumento o un cambio repentino de estimulación provoca ansiedad, debido a que el niño aprende reglas sobre el mundo; se forma imágenes o expectativas claras por lo que respecta al ambiente y si sus expectativas se contrarían gravemente o no se confirman, se provocará en él un estado de ansiedad.

El niño aprende la cualidad desagradable de muchas clases de acontecimientos por lo cual, hay varias causas de ansiedad:

1) Ansiedad por un daño físico potencial.— Cuando el niño asocia algunos es

tímulos con un dolor posible o un peligro posible para su bienestar físico. El niño puede haber experimentado el dolor característico de estos acontecimientos o tal vez se le haya dicho que éstas situaciones conducen al dolor y al daño físico.

- 2) Ansiedad por la pérdida de amor.- Proviene de que anticipe que se perderá una fuente de afecto, de cuidados o de aceptación; debido al dolor consciente a la pérdida de una fuente de amor y de apoyo.
- 3) Culpa.- Aparece hasta los 3 o 4 años y lo provoca la intuición de la -- violación a un valor o a una norma o principio, o puede ser consecuente a la violación de una norma interiorizada. En los niños de más edad la culpa está caracterizada por sentimientos de automenoprecio.
- 4) Ansiedad provocada por la incapacidad de dominar el ambiente.- Cuando el pequeño siente que no es capaz de enfrentarse a los problemas y a las tensiones del ambiente que le provoca un sentimiento de inferioridad.
- 5) Anomalías respecto a las expectativas culturales.- Toda cultura tiene una lista de rasgos creencias y motivos que aprecian y que esperan que sus miembros posean. Aunque estas características difieran de acuerdo con el sexo y clase social, sirven en gran medida para definir cual es la clase de persona que el niño considera que debe ser. El concepto que de sí mismo -- tiene el individuo es, en gran parte, función de la medida en que sus características coinciden con los rasgos apreciados. Cuando el individuo percibe una gran discrepancia entre sus propias destrezas, rasgos y cualidades temperamentales y los que considera que debería poseer se produce ansiedad. La intensidad de la ansiedad está relacionada con el grado en que la persona se considera a sí misma, como anómala respecto a sus propios prototipos ideales, que son los de su cultura también. (5)

Debido a las causas anteriores se puede decir que la separación de la madre es una causa importante, aunque no única de ansiedad en los niños pequeños. Muchas situaciones de estímulo se convierten en fuente de --



miedo y ansiedad a través del aprendizaje, es decir, por asociación con una experiencia desagradable, y sus reacciones fisiológicas acompañantes.

Aunque el dolor, los cambios repentinos y excesivos del nivel  $\theta$  - de la calidad de la estimulación, son capaces de producir miedo, la susceptibilidad a éste se basa en las diferencias individuales de cada niño. Por ello la ansiedad puede ser provocada por cualquier estímulo asociado a una condición provocadora de miedo o a cualquier situación nueva que anticipe la pérdida de atención por parte de aquellos que satisfacen necesidades o proporcionan estimulación agradable.

Durante el primer año, el miedo se produjo más frecuentemente en respuesta a ruidos y a acontecimientos previamente asociados con ellos, a la caída o a los desplazamientos, a movimientos repentinos e inesperados, a fogonazos de luz, a personas u objetos previamente asociados con el dolor, así como a los animales y a las personas, objetos y acontecimientos extraños.

En el segundo año las reacciones de miedo fueron provocadas primordialmente por ruidos, por acontecimientos extraños, por las caídas o por el peligro de caída. Los movimientos repentinos y los fogonazos de luz, produjeron menos miedo que antes, pero el miedo a los animales y a las personas u objetos asociados con el dolor aumentó. Algunos niños, en su segundo año sintieron miedo a la obscuridad, o a quedarse solos, aún cuando no habían mostrado estos miedos anteriormente. Esto sucede como consecuencia del desarrollo cognocitivo y facilidad para el aprendizaje.

Todo niño aprende una variedad de temores o fuentes de ansiedad, algunas de ellas cumplen una función de autopreservación es decir, los temores que despiertan algunas clases de estímulos motivan respuestas de evitación-eficaces, como pueden ser las carreteras, herramientas y sustancias peligrosas etc; sirviendo de base al aprendizaje de nuevas respuestas.

Las reacciones de miedo intensas y frecuentes, como llorar, re---

traerse, agarrarse a adultos, temblar, protestar y gritar, deben ser sustituidas por algunas más favorables para que el niño logre alcanzar un ajuste emocional adecuado.

Durante la edad preescolar los temores anteriores a objetos reales o a estímulos desacostumbrados, van disminuyendo conforme aumenta la edad. Sin embargo los miedos a los peligros previstos, imaginarios o sobrenaturales, como pesadillas, fantasmas y obscuridad aumentan, debido a su mayor comprensión del mundo, el desarrollo creciente de su imaginación y el uso mayor de representaciones y símbolos. Al final de esta época se inicia la capacidad para distinguir temores reales de temores irracionales y cuando el niño se acerca a la edad escolar el temor al fracaso, a la humillación y a la pérdida de prestigio se hacen evidentes.

La inteligencia influye en la adquisición de miedo, se ha visto que los niños inteligentes son capaces de reconocer " el peligro potencial" con una mayor facilidad que los menos listos, tienen imágenes más vivas, -- piensan y reflexionan más en los peligros. (5) La mayoría de los temores son adquiridos por el niño a través de la identificación o del aprendizaje por observación. Por lo tanto si la madre tiene miedo a un acontecimiento u objeto, no podrá evitar que esa misma causa provoque miedo en su hijo, por lo que seguirá temiendo a ese estímulo y provocando respuestas de evitación, que dan lugar a una reducción de la tensión, porque lo apartarán del objeto de su miedo y hará que las respuestas tiendan a repetirse e impedirá el aprendizaje de respuestas nuevas y maduras. Por tal motivo, los miedos que el niño comparte con su madre son especialmente resistentes al tratamiento y a la extinción.

No puede esperarse que los niños vencan sus temores automáticamente, a menos que aprendan nuevas respuestas a los estímulos provocadores de miedo, los temores no se eliminarán.

La edad preescolar es un período donde principalmente se desarro-

lla la ansiedad y crecen al máximo los temores; por la expresión franca de sus sentimientos agresivos, sexuales o dependientes, la posible pérdida de los padres cuando llega un hermanito, con lo que el niño comienza a sentir temor por el rechazo real o imaginario de sus padres o de sus compañeros de edad.

La ansiedad intensa y frecuente en los niños pequeños, tiene su origen en las primeras relaciones padre-hijo y de acuerdo con las observaciones clínicas, los antecedentes significativos son: el castigo y las restricciones excesivamente severas; las normas de conducta impuestas por los padres, demasiado elevadas para el niño; las estimaciones negativas de la conducta o de las realizaciones del niño; la inconsistencia en el trato del niño, debido a los diversos estados de ánimo de los padres. Esta ansiedad es el resultado de una interacción compleja que se suscita en el interior del niño, entre la amenaza consciente de la evaluación paternal negativa de su conducta, el conflicto entre los sentimientos de agresión hacia sus padres y la necesidad de depender de ellos. (5)

Como el individuo posee características inatas de defensa, tiene las técnicas de retraimiento, regresión, negación, represión y proyección - para defenderse de la ansiedad

Ahora podemos ver después de analizar el origen del temor, que a la edad en que es ideal presentar un niño al odontólogo, porque su dentición está completa, psicológicamente el niño es presa fácil de infinidad de temores, sobre los cuales hay que luchar, pero en cambio, si se logra educar, será un buen paciente para toda la vida porque también es la edad en que se crean los hábitos.

La mayoría de los niños que nos visitan se presentan con algunos tipos de temor que pueden ser: Objetivos o Subjetivos.

Los primeros son los producidos por experiencias propias debido a estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente, no son de origen paterno. Una mala atención por parte del odontólogo, el trata

miento en hospitales o algun consultorio, puede causarle al niño temores imborrables, difíciles de tratar porque se encuentran generalizados, presen-  
tando miedo en sitios semejantes.

Los segundos están basados en sentimientos y actitudes que han si-  
do sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya -  
experimentado personalmente. Debido a que el niño pequeño es muy susceptible  
a la sugestión, el escuchar relatar una experiencia desagradable que produ-  
ce dolor bastará para desarrollar miedo a esa experiencia. La imagen mental  
que produce miedo permanece en la mente del niño que con su imaginación fió  
reciente se agranda volviéndose importante. (1)

Durante el período de niño maternal, la primera experiencia que -  
pueden recordar y asociar con el dolor es el período de vacunas, que después  
de asistir al consultorio médico, y encontrar ambiente de hospital, se le a  
plica la vacuna en un período sin enfermedad que le provocará reacciones se  
cundarias y malestar general con dolor, aumentando con ello los elementos -  
asociativos de temor.

Es por ello importante mencionar los estímulos de importancia den  
tal que producen miedo.

En primer lugar los temores que el niño asocia con la odontología,  
son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. El ambiente que le -  
rodea en su primer visita es generalmente nuevo, imponente y complicado, no  
nosotros somos personas extrañas que vamos a tener contacto directo con su bo  
ca que tiene gran importancia emocional por ser la puerta de comunicación -  
con el mundo; por lo tanto vamos a agredir su integridad y esperará de noso  
tros un daño físico. Si cualquier estimulación precipitada o intensa de los  
órganos sensitivos produce miedo porque es inesperado, el ruido, la vibra-  
ción de la fresa y la presión que se ejerce al usar instrumentos de mano al  
preparar cavidades causará miedo.

Los movimientos súbitos o inesperados que sienta sin ser avisado

para subir, bajar o inclinarlo en el sillón dental pueden causarle miedo. - Los movimientos de la mano rápidos, el instrumental complicado o grande también lo atemorizará. Las luces muy fuertes especialmente de la lámpara dental produce miedo si se deja que brille en los ojos del niño.

En segundo lugar, si el niño se ve empujado a una situación nueva en la que debe separarse de sus padres, de quienes ha aprendido a depender para obtener seguridad, siente que lo han abandonado y le causa temor el no haber satisfecho a sus padres.

En tercer lugar, la amenaza del padre o la madre si no se deja atender, el conflicto de él entre dejarse o no, su sentimiento de culpa después de no haberse dejado, y el menosprecio de sus padres debido a su actitud, aumentan su angustia. Muy a menudo en la mente del niño se asocia el miedo al dolor con el ser malo, ya que alguna ocasión cuando fue malo, fue perjudicado con algún tipo de castigo, lo que le hace pensar que la odontología es su castigo.

En cuarto lugar, si el padre o la madre presentan miedo al odontólogo y lo manifiesta en forma tal, que sea percibida por el pequeño, su atención será difícil y su miedo persistente; además si los padres son severos y poco comprensivos, crean en el niño una tendencia mayor a despertar angustia debido a la amenaza paternal ante la actitud negativa del niño, haciendo que relacione todo lo que se encuentra a su alrededor con una sensación desagradable de angustia.

Vemos por lo tanto que todos los factores que suscitan una visita al dentista son causas importantes para desencadenar en la mayoría de los casos, sensaciones de miedo o angustia.

## C A P I T U L O V

### FISIOLOGIA DEL TEMOR

El miedo es un impulso a huir organizado similarmente en un patrón coordinado de acción. La región de huida se extiende no solo hacia atrás si no hacia delante al núcleo caudado y al lóbulo frontal. Hay un circuito de miedo que corre desde el hipocampo por vía del núcleo talámico ventral lateral a las áreas premotriz y motriz, transmitiendo la urgencia a huir; y por vía de los núcleos anteriores y medios ventrales a la corteza prefrontal, - que sirven de registro del patrón de huida. Los cambios autónomos pueden -- ser iniciados por vía de la rama hipotalámica del circuito de acción, que - incluyen las fibras sensibles a la adrenalina, siendo transmitidas por el - núcleo caudado a las áreas premotriz y motriz, pero uniéndose también con - vías extrapiramidales. Desde que la estimulación eléctrica de los puntos de huida en el hipotálamo produce una secreción aumentada de adrenalina, trans misiones del hipotálamo parecen también conectarse con fibras simpáticas a - la médula adrenal.

El miedo es acompañado por una secreción aumentada adrenocortical inducida por la descarga de ACTH de la hipófisis anterior, una descarga que aparentemente es iniciada por transmisiones del núcleo caudado al hipotálamo y a la hipófisis.

La excitación simpática y la secreción de adrenalina preparan al cuerpo para la acción de emergencia. Las respuestas son ajustes que de alguna manera preparan al organismo para manejar los desafíos que se presentan. La adrenalina segregada coopera con los impulsos nerviosos simpáticos en - descargar el glucógeno depositado en el hígado inundando así, la sangre con azúcar para ser usada por los músculos activados; ayuda a distribuir la sangre en abundancia hacia el corazón, cerebro y los miembros, mientras la aje ja de los órganos inhibidos del abdomen; rápidamente suprime los efectos de la fatiga muscular de tal manera que el organismo que puede juntar adrenali

na en la sangre, puede devolver a los cansados músculos la misma actitud para actuar que tenían cuando estaban en reposo; y hace a la sangre mu más fácilmente coagulable. Todos estos cambios son directamente utilizables para colocar al organismo en las condiciones más efectivas durante la violenta exteriorización de la energía inducida por el miedo, impulsando al organismo a la huida precipitada.

Cuando la huida inmediata del peligro no es posible y la sensación de miedo persiste, hay un constante deseo de escapar, si éste es impedido, puede convertirse en una definitiva incapacidad para moverse o hablar.

Para que se produzca la expresión de miedo es necesario que se reciba una estimulación eléctrica en la zona de huida y que la adrenalina y la noradrenalina estimulen el circuito de acción. El miedo excita un patrón de transformaciones en el circuito de acción que incluye no solo impulsos a -- los nervios motores somáticos, sino también impulsos a fibras en los caminos piramidales y extrapiramidales que conecten con el nervio vasomotor y otros nervios simpáticos. Esta excitación del sistema nervioso simpático es intensificada por la secreción simultánea de adrenalina de la médula adrenal. Los cambios fisiológicos durante el miedo, son el resultado de la excitación -- simpática más que de la secreción de adrenalina; puesto que la adrenalina -- es secretada cuando los nervios espinales simpáticos son excitados.

El efecto primario de la adrenalina como de la noradrenalina, es la vasoconstricción. Se sostiene que el reducido flujo sanguíneo en la mano durante el miedo y el dolor, es el resultado de la vasoconstricción de la -- piel que encubre la dilatación de los vasos sanguíneos en los músculos. A -- dosis pequeñas la adrenalina produce dilatación inicial y luego constricción pero dosis grandes de adrenalina o noradrenalina producen constricción.

El ritmo del flujo sanguíneo depende principalmente de la fuerza con la cual el corazón bombea la sangre a las arterias. Cuando las arterias están contraídas, la presión arterial subirá siempre que la acción del cora

zón permanezca constante. Pero durante la estimulación simpática, el aumento en la presión arterial no necesariamente es paralelo a la constricción de los vasos sanguíneos. Además, tanto la adrenalina como la noradrenalina dañan las paredes capilares de modo que el líquido y las proteínas pasan -- por los tejidos que les rodean, y hacen que la resistencia periférica decaiga y el flujo sanguíneo disminuya.

Cuando la presión arterial y el ritmo cardíaco aumentan, favorecen la actividad muscular, aunque depende de la cantidad de sangre disponible, su distribución en el cuerpo y de la fuerza del latido cardíaco. Si la cantidad de sangre descargada con cada latido, permanece constante, un latido mas rápido aumentará la producción del corazón y mejorará el flujo de la sangre. Cuando el ritmo cardíaco aumenta, el volumen minuto también aumentará, si la sangre vuelve al corazón por las venas en volumen y velocidad suficientes. Pero el volumen de la sangre venosa disminuye en la emoción porque se escurre por los vasos capilares. A diferencia de lo que ocurre en el ejercicio y el trabajo físico, en donde los músculos activos ayudan a acelerar el retorno de la sangre venosa, la emoción que no llega a la acción no mejorará el retorno venoso.

En el hombre un aumento en el ritmo cardíaco no siempre significa un aumento en el flujo sanguíneo. Con un ritmo cardíaco de más de 100 latidos por minuto, hay una disminución en el volumen sistólico y el corazón reduce el rendimiento, como es frecuente en el miedo.

Se ha demostrado que un aumento de adrenalina libera glucógeno no sólo del hígado, sino también de los músculos, aun cuando la concentración es tan baja que no hay aumento alguno en la presión arterial; a dosis superiores de adrenalina causarían una disminución más marcada de el glucógeno muscular.

Actualmente se acepta que la adrenalina actúa sobre el metabolismo del azúcar desdoblando el glucógeno muscular en ácido láctico y liberan-



de glucógeno del hígado, pero no contribuye a la asimilación de la glucosa-sanguínea por los músculos u otros tejidos; al contrario, la adrenalina parece inhibir la utilización de la glucosa al disminuir su transferencia desde los líquidos del cuerpo a las células de los tejidos, pero por lo menos ayuda a convertir el ácido láctico en glucógeno indirectamente, al aumentar el ritmo respiratorio, produciendo así el oxígeno necesario, como sucede en el ejercicio.

Cuando el músculo se contrae, el glucógeno se convierte en ácido láctico y si hay bastante oxígeno disponible, el ácido láctico es inmediatamente convertido en glucógeno, y no hay prácticamente acumulación de ácido láctico en la sangre y en los tejidos. Cuando el oxígeno falta o su suministro es inadecuado, el ácido láctico se acumula; su resíntesis en glucógeno está al principio disminuida y luego impedida hasta que nuevas contracciones musculares se hacen imposibles. Puesto que la adrenalina aumenta el ritmo respiratorio, pero no eleva el consumo de oxígeno, aumenta la concentración del ácido láctico, aun en el organismo en descanso, agotando el glucógeno y produciendo fatiga.

La estimulación central en el miedo produce contracciones musculares aumentadas, que representan una voluntad para actuar que es expresada como tensión muscular aumentada. Gradualmente los efectos periféricos de la estimulación simpática en el miedo dificultan la respuesta de los músculos con fuertes contracciones fásicas, por lo cual habrá una capacidad de trabajo reducida, y una tensión muscular aumentada. La estimulación simpática excesiva parece hacerle imposible responder a los músculos aún con contracciones tónicas; dejando en su lugar relajación y postración.

La adrenalina en concentraciones débiles aumentan la acción de la acetilcolina tanto en el sistema nervioso central, como en los ganglios del sistema simpático, debido a que la transmisión del impulso colinérgico es activada o potenciada por la adrenalina. Cuando hay demasiada adrenalina, -

las contracciones musculares son inhibidas, con lo cual el efecto paralizante del miedo puede ser el resultado de una secreción aumentada de adrenalina que inhibe la actividad muscular. La estimulación simpática no mejora la actuación muscular, más bien reduce la eficiencia al aumentar la formación de ácido láctico y al interferir con la utilización de glucosa y de oxígeno, dilatando bronquios y constriñendo los vasos sanguíneos.

El miedo repentino puede provocar una urgencia repentina a huir y así provocar un poderoso impulso a la acción. Cuando esta urgencia lleva al escape excitoso y el peligro queda atrás, los efectos de la estimulación simpática se calman rápidamente. Pero cuando el escape es imposible y el miedo se vuelve crónico, los efectos físicos y psicológicos del miedo ensaguida incapacitan al hombre para el trabajo serio. El trabajo mental se vuelve imposible porque la atención está concentrada en el peligro que amenaza. El efecto central del miedo dificulta la imaginación, la memoria, o la decisión para una acción. El trabajo físico se vuelve cada vez más laborioso porque el efecto acumulativo de la estimulación simpática, reduce seriamente la eficiencia muscular.

Aunque nunca llegará a nosotros una persona en estado de terror, con sus consecuentes efectos, es necesario tomar en cuenta los cambios en el organismo, para comprender mejor el miedo en nuestros pacientes y tomarlo en cuenta, puesto que no es una simple respuesta sino un complejo mecanismo desencadenante.

No obstante, conviene saber el efecto del miedo porque con ello podemos explicarnos, la reacción de muchos niños que convencidos están de no dejarse atender y entablan una lucha campal con el odontólogo y la persona que lo lleva a consulta, la que está convencido de obligarlo a dejarse atender por la fuerza; sin tomar en cuenta que esa actitud es una actitud reprobable y negativa que no va a tener éxito, pero sí va a aumentar el miedo que tratamos de eliminar. (3), (11) y (12).

## CAPITULO VI

### INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL NIÑO.

No deja de ser esencial el influjo que ejercen los padres sobre sus hijos, debido a que es uno de sus principales contactos en las primeras relaciones sociales del niño. Podemos decir, que uno de los motivos más importantes en el desarrollo de su personalidad, es la aprobación y necesidad de cariño por parte de sus padres, lo que propicia en el niño la identificación. Este proceso es el que lleva al pequeño a pensar y comportarse, como si las características de la otra persona le pertenecieran a él. El niño toma un modelo que generalmente es el padre más afectuoso y cuidadoso, satisface sus necesidades y favorece que su conducta y sus características personales adquieran un valor de recompensa positivo. Los padres afectuosos que aceptan al niño, hacen que su actitud sea recompensante para que el niño desee ser como ellos y actuar como ellos.

La identificación lleva al niño a adquirir una serie de reacciones complejas, características de personalidad, motivos, actitudes y normas morales, espontáneamente, sin entrenamiento o recompensa directa, sin que nadie le enseñe y sin que el niño se proponga aprender, lo que hace que esta conducta sea estable y duradera. Con la identificación se realiza la tipificación sexual y el desarrollo de la conciencia, formándose el sentimiento de culpa. Así las niñas, tenderán a ser dependientes, débiles y sensibles, debido a que esa conducta pertenece a su sexo y es recompensada por su medio; en cambio el niño tenderá a ser agresivo, brusco fuerte e independiente, debido a que la cultura proporciona recompensas considerables, a quién acepta el papel sexual que le corresponde y castiga la manifestación de rasgos propios del sexo opuesto. De esta manera, se ejerce presión en el niño para que tome como modelo al padre y en la niña para que copie a la madre.

Existen dos tendencias de comportamiento negativo de los padres, -

uno es el ser Padre Rígido y otro Padre Débil; siempre los opuestos en exceso y no en un equilibrio esas tendencias.

### Los Padres Rígidos:

Son los que piensan que los niños se domestican como los animales y que están a su servicio; son poco seguros de sí mismos, tratando de afirmarse imponiendo su poder sobre los menores y dedicando su vida a castigar y a hacerse temer. " El niño al tener un régimen estricto de vida, sentirá angustia ante cualquier novedad y se aferrará a lo único que lo tranquiliza, lo que ya conoce. Su equilibrio y su felicidad estarán ligados a la conservación de todo lo que posee, dar o separarse de alguna cosa que le pertenece producirá angustia. Si el niño tiene una fuerte personalidad y una gran dosis de agresividad, reaccionará mediante la oposición, utilizando este -- nuevo dominio para afirmarse frente a los padres exigentes y poco comprensivos." (6)

Cuando el niño tiene la necesidad de libertad y de oposición y como empieza a razonar, la domesticación que planean sus padres va a ser más difícil. Sus padres serán más intransigentes mientras menos seguros estén de sí mismos y se harán afirmar por la fuerza mediante gritos y amenazas perdiendo la confianza y estimación del niño. El niño al perder la confianza en ellos por la represión y mentiras que recibe, buscará en otra parte lo que desea saber, con lo cual sus padres corren el riesgo de separarse de él en lo referente a su vida afectiva.

Estos padres reaccionan con dureza cuando nace un hermano pequeño; castigándolo, aumentando así, su sentimiento de incompreensión y abandono, forzándolo a una regresión afectiva, para recuperar su antigua seguridad. Este tipo de padres, reaccionan de una forma infantil ante la agresividad de sus hijos añadiendo su propia agresividad, lo que origina reacciones nocivas, durante la fase edípica, porque es difícil para el niño imitar y adoptar la actitud interior de un ser que amenaza o intimida. Para compensar

# TESIS DONADA POR D. G. B. - UNANI

esta situación, el niño se comportará en ocasiones cariñosamente procurando ser lo más amable posible y esta doble actitud agravará aún más los resultados. Los cambios de humor de la niña, terminarán por cansar a la madre que la castigará para conducirla por el buen camino. La niña se encerrará cada vez más en su oposición y le costará cada vez más, a falta de un buen modelo, mostrarse dulce y comprensiva; al igual, la madre reprenderá a su hijo cuando quiera alejarse de su padre, aumentando en él su sentimiento de culpabilidad en lugar de ayudarlo a salirse de él.

Si el niño no es comprendido, tendrá aún más dificultades para -- vencer su miedo y adaptarse al nuevo medio. La incomprensión puede impulsar lo a tomar una posición de defensa que envolverá su sensibilidad para protegerle del sufrimiento. Tenderá entonces a endurecerse y desarrollar un sentimiento de superioridad que constituirá un muro de protección alrededor de él. Le costará mucho establecer relaciones con sus compañeros y adaptarse a la sociedad, de la que se protegerá, adoptando una actitud crítica.

La entrada a la escuela lo liberará por un lado, pero le cerrará el paso a cuanto la familia debe aportarle en esta edad, y corre el peligro de ser herido por esa sociedad que espera que reemplace a su familia en el plano afectivo y que le decepcionará profundamente cuando advierta que no puede ofrecerle las compensaciones que él espera.

Estos niños cuando llegan a ser adolescentes, son incapaces de organizar sus diversiones y no han aprendido a tener iniciativa, ni han adquirido espíritu de decisión. Algunas veces este tipo de adolescentes puede -- llegar a variar hacia dos tipos:

Adolescentes dóciles..- Son jóvenes dóciles, inconsistentes, pasivos, a quienes han mutado su personalidad y su normal agresividad. Son corderos incapaces de tener ideas y de vivir sin el consejo, el apoyo y protección de sus padres.

Adolescentes agresivos..- Son aquellos que el autoritarismo ha excitado su -

normal agresividad y permanecen en constante oposición. El joven, no aprende a ser responsable puesto que no se le otorga confianza, ajustándose sólo a la idea que de él tienen sus padres.

### Los Padres Débiles:

Estos padres desean ser lo contrario a sus propios padres y sustituir la incompreensión que han sufrido, permitiéndole todo. Pero cuando se cede ante todo, no se establece más que una paz relativa, pues comienza inmediatamente a reclamar otra cosa debido a que inconcientemente, necesita encontrar frente a él un terreno sólido, una resistencia que le de seguridad mostrándole sus límites. Los niños están tan incómodos como los padres en esta situación porque buscan inconcientemente la seguridad que sólo la autoridad les garantiza.

De esta forma, el niño perderá la ocasión de desarrollar su voluntad y de agradar a sus padres, manteniéndolo en una dependencia que satisface la afectividad de sus padres, pero retrasa el desarrollo del niño. Estos niños no maduran normalmente porque el exceso de protección les provocará angustia y sentimientos de culpabilidad; permanecerán afectivamente infantiles, atemorizados por la vida y dependientes de los padres en quienes no pueden tener confianza por apoyarse demasiado en ellos. Porque los seres nos inspiran confianza en la medida en que nos liberan.

Estos padres pueden reaccionar de formas muy diversas ante los problemas planteados por sus hijos, en primer lugar intelectualmente, dando grandes explicaciones; en segundo lugar tratan de retrasar el conocimiento de la realidad, respondiéndole con evasivas. " Por el temor a crear complejos en sus hijos y por un respeto excesivo de su libertad, a estos padres suele faltarles autoridad. Permitirán que les discutan los órdenes que exigirían ser obedecidos sin réplica y harán de los hijos unos charlatanes que pedirán explicaciones por todo, impidiéndoles adquirir el sentido de una verdadera disciplina. Necesitan saber de una vez por todas lo que está permiti

tido y lo que está prohibido." (6)

Durante la edad escolar, intentan retrasar todo lo posible el duro choque de la entrada a la escuela. El niño que sale de una atmósfera de tanta protección sentirá la escuela como un medio hostil donde se encontrará perdido al no ser el único centro de interés de la maestra, y él tratará de atraer la atención de muchas maneras hasta poder conseguirlo. A la madre le costará admitir esta influencia de una extraña sobre su hijo. Al niño le gusta sentirse apoyado, pero está trastornado y desequilibrado por este antagonismo, por lo cual le perturbará sentir cariño por la maestra; impidiéndole ser objetivo y sintiéndose inseguro, porque se da cuenta confusamente, de que sus padres no son justos, y por tanto no puede contar con ellos.

Este niño, obedecerá fácilmente a su maestra si la siente fuerte y segura, de igual forma que se sentirá más libre en la escuela a pesar de la disciplina colectiva, porque conoce los límites de esa libertad y se siente interiormente seguro.

Los jóvenes excesivamente dependientes de su madre no saben afrontar las etapas inevitables de desarrollo afectivo, permaneciendo en el estado de madurez infantil. Llegan a la adolescencia completamente desprovistos de fuerza personal y solidez interior, siendo muy desequilibrados; por esto es raro que deseen afirmar la independencia y la libertad a que los impulsa su pubertad. Están tan vinculados afectivamente a su madre que no se atreven ni siquiera inconscientemente a oponerse a ella, pues esto les crearía un hondo sentimiento de culpabilidad. Estos jóvenes no están equilibrados ni con su feminidad, ni con su virilidad. Los muchachos han desarrollado cualidades femeninas para halagar a su madre y ocupar el lugar del padre, y las niñas actitudes y cualidades viriles por protegerla y defenderla del mismo. Generalmente no se sentirán agusto con sus compañeros del mismo sexo, porque no participan de sus mismos gustos, y se amargarán frente a los del

sexo opuesto; por tanto para compensar su angustia, desarrollará un sentimiento de orgullo que los defiende y tranquiliza a costa de separarlos uno de los otros y de enfrentarlos consigo mismo. Siempre elegirán, obligados por su estrecha dependencia de sus padres, lo que agrada a estos.

La conducta de los padres no es unidimensional, no consiste simplemente en variaciones a lo largo de un solo eje, como podría suponer lo anterior. Sino que pueden ser amorosos y dominantes a la vez, y amorosos y permisivos; pueden rechazarlos y controlarlos, o rechazarlos y ser permisivos. Por lo cual la respuesta del niño no dependerá simplemente de un aspecto de la conducta y de la personalidad de sus padres, sino más bien del efecto combinado de muchos aspectos de la misma, y la tendencia que predomine, hará que cambie o determine la conducta del niño. Así habrá, Padre Afectuoso-Permisivo, Padre Afectuoso-Restrictivo, Padre Hostil-Permisivo y Padre Hostil-Restrictivo.

Padre Afectuoso Permisivo.- Es el tipo de padres que recomiendan los especialistas en la crianza de niños. El niño de tales padres suele ser activo, extravertido, socialmente positivo e independiente, así como cordial, creativo y carente de hostilidad para con otros y para consigo mismo. También puede ser algo agresivo y mandón, a veces un poco desobediente e irrespetuoso, especialmente en su propia casa. Sin embargo, estas clases de manifestaciones agresivas parecen manifestarse, en gran parte, debido a sentimientos de inseguridad y a una falta de castigos severos por parte de los padres. Manifiesta confianza en sí mismo, cordialidad y deseo de autonomía, de independencia y de dominio del ambiente.

Padre Afectuoso-Restrictivo.- Con restrictividad no extrema. Los hijos de estos padres tienden a ser dependientes, menos cordiales, menos creativos - más hostiles en sus fantasías y muy persistentes o poco persistentes. Los niños de padres restrictivos son más conformistas, menos agresivos, menos dominantes y competitivos con sus iguales, y propenden menos a exhibir con-



ducta dominante. Estos niños en sus primeros años de infancia tienden a tratar de imponer el estricto cumplimiento de normas a sus iguales y manifiestan menos agresión, menos conducta desordenada, y una motivación mayor para ejecutar trabajos de escuela. Este tipo de niño, suele ser más sumiso con los padres, conformista, dependiente, obediente cortés y ordenado, carente de agresividad y de competitividad con sus iguales y menos orientado hacia el dominio de tareas y del ambiente al asumir la autonomía y la independencia.

Padre Hostil-Permisivo.- Tiende a elevar al máximo la agresión dirigida contra sí mismo, el retraimiento social, los síntomas de conflicto interno, especialmente cuando la hostilidad de los padres es encubierta y difícil de entender por parte del niño, y la permisividad, combinada con la hostilidad, parecen elevar al máximo la conducta agresiva poco controlada. Este niño -- tiende más a interiorizar sus sentimientos de ira y propende más a actuar -- movido por su resentimiento. Son los padres de un elevado porcentaje de delincuentes.

Padre Hostil-Restrictivo.- Tiende a fomentar en el niño una contrahostilidad, sin permitirle expresarla. A veces el niño ni siquiera es capaz de -- traer a la conciencia sus sentimientos de hostilidad, lo que suele suceder en los niños neuróticos. La combinación de una baja permisividad y un elevado castigo, conduce al autocastigo, a las tendencias suicidas y a la propensión a los accidentes, así como a la timidez y al retraimiento social, a la dificultad de relacionarse con sus compañeros y a la falta de confianza o -- de motivación para adoptar papeles propios del adulto. Esto causa un resentimiento que en parte se dirige contra el yo, o más, generalmente se experimenta como una agitación y un conflicto interiorizado.

Es importante observar como la conducta que lleven a cabo los padres es tan importante en la conducta futura del niño, pues si los padres -- se comportan de una manera adulta y equilibrada, dejarán al niño desarrollarse en forma normal y beneficiosa su personalidad. Mucho depende de la seguridad --

que demuestren y sientan los padres hacia la educación de sus hijos para -  
que puedan transmitir al hijo la seguridad en sí mismo y puedan aceptar la -  
libertad y personalidad del niño impulsandola siempre hacia delante.

Nosotros podemos tomar en cuenta la personalidad de los padres pa-  
ra ayudarnos a dirigir el comportamiento del niño en el consultorio y poder  
nos dar cuenta de la cooperación que obtendremos por parte de éstos para --  
llevar a cabo nuestro tratamiento. (5)

## C A P I T U L O   V I I

### CONOCIMIENTO DEL ESTADO PSICOLOGICO DEL PACIENTE EN SUS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA.

El período cronológico de la niñez, se caracteriza por una amplia variedad de patrones de conducta, característicos de cada niño, de acuerdo - al medio en el que se desarrolla y que determina la conducta que adopte en el consultorio. Esta conducta puede variar desde el niño que no coopera, -- que está asustado e inseguro y aún fuertemente unido a su madre; a la del - niño que se comporta fácil y sumiso; o a la del que coopera inteligente y - feliz porque se siente seguro y disfruta una experiencia nueva, o hasta la del pequeño agresivo, ruidoso y rebelde que no coopera.

La conducta de cada uno de estos niños tiene distintas características y varias razones, así:

El niño tímido o asustadizo.- Se comporta de esta manera, como consecuencia a la falta de oportunidad para alternar con personas fuera del ambiente hogareño, debido al poco afecto de los padres, por ser hijo único y por los sermones exageradamente críticos y la excesiva autoridad de los padres. Este comportamiento suele deberse a que es un niño psicológica y emocionalmente inmaduro, además de dependiente. Este niño presenta un serio problema -- porque es el tipo de niño que se somete al tratamiento con apenas algún gemido y con seguridad va a sufrir un alto grado de stress a lo largo del tratamiento. Es el niño callado y complaciente que no da trabajo, que tiene la apariencia de irradiar miedo y preocupaciones, y que está acostumbrado a modificar su conducta ante las amenazas que firman su disciplina. El miedo que exista en ellos es debido a sus experiencias pasadas, a la generalización del miedo, a su imaginación y al tipo de disciplina paterna; el cual se vence estableciendo confianza y estimulando los méritos del pequeño.

El niño incorregible y consentido.- Es el resultado de una excesiva indulgencia o en algunas ocasiones del rechazo de los padres. Es el niño que --

acostumbra hacer berrínche por medio del cual maneja a sus padres, y es él que está acostumbrado a que todas las cosas son suyas con sólo pedir las. Es el tipo de niño que opone resistencia y no se deja realizar ningún tratamiento, no para de llorar y hasta se resiste a retenerlo en el sillón.

El niño desafiante.- Es una variante del anterior y una consecuencia de la excesiva protección, tiene una apariencia exterior arrogante y si se quiere conseguir alguna cooperación, hay que apelar a su fanfarronería.

El niño muy activo.- Es el niño con conducta exploradora e investigadora, - que siempre expresa en tono alto y tocándole todo. Este tipo de niño es a quien los padres no pusieron límites definidos y experimenta una intensa angustia, por lo que no sabe donde detenerse o que le está permitido hacer. - Sin límites se angustia y puede manifestar una exagerada actividad, ya que como siempre hace lo que quiere en su casa, espera que suceda algo parecido en el consultorio. Cuando a estos niños se les plantean límites y conductas a seguir en el tratamiento, pueden tener ataques de mal humor o cualquier otra conducta negativa, que no debe haber estímulo en el consultorio.

El niño sociable.- Es el niño normal que platica con facilidad, tiene curiosidad sobre la realización del tratamiento. A este niño se le puede mostrar los instrumentos y como actúan; puede aceptar y desarrollar parte de la responsabilidad por su cuidado dental; puede soportar algún padecimiento ligeramente doloroso y está dispuesto a comportarse como joven colaborador.

En la adolescencia, existe el problema del aspecto físico que desean mejorar, por lo que se son pacientes difíciles. A esta edad, el buen aspecto es muy importante y el cuerpo o cualquier parte del mismo puede ser investido con excesivo autamor. Los rasgos faciales y la dentadura asumen con frecuencia un valor muy desproporcionado. Por tal motivo el adolescente es el objetivo de la publicidad, que apela a sus necesidades para crear nuevos deseos materiales y sociales que puedan influir en el prestigio que adquieran y en el mejoramiento de su apariencia sobre los demás.

A esta edad los cambios de conducta extremos son característicos y van desde la despreocupación descuidada de la propia apariencia, hasta una excesiva atención. El paciente adolescente siente curiosidad e interés sobre su salud y aspectos por lo que aporta un alto nivel de motivación para aprender. En este período, el paciente ofrece una oportunidad excelente para la educación dental y comprensión de los procedimientos que lo guiarán en su vida adulta.

La tercer etapa de la vida, es el resultado de la conducta aprendida, herencia, maduración y desarrollo. Esta conducta no podemos cambiar - pero si, algunas veces modificar.

Cuando el paciente llega al consultorio y se coloca en el sillón dental se siente cautivo porque sus defensas acostumbradas, en particular - los movimientos, están obstaculizados. Por lo que para algunos adultos significa abandonar su papel habitual de ser quienes toman las decisiones, o - de asumir la máxima responsabilidad y autoridad para encontrarse en el consultorio ante una situación temporal, sobre la cual piensan no tienen más - control que el de un niño. Para otros el asistir al consultorio suele parecerles irritables e incómodos por el hecho de abandonar su rutina normal. Pero generalmente un adulto no causará problema y cooperará si encuentra en nosotros la motivación y comprensión de su problema; nosotros podemos aprovechar esta oportunidad para poder explicar la importancia de nuestro tratamiento - y la ayuda que brindamos en la prevención.

En la última etapa de la vida, el paciente anciano siente la necesidad de platicar de sus achaques y así satisfacer su necesidad de dependencia, por lo que el odontólogo debe saber escuchar la historia clínica por medio del acompañante que lleve al paciente y además tomar muy en cuenta -- que la mayoría de las personas de edad sufren problemas por la vejez, como: la declinación marcada de oído, vista, pérdida del vigor físico, deficiencia de la memoria, comprensión o entendimiento, fracaso de la función sexual,

A esta edad los cambios de conducta extremos son característicos y van desde la despreocupación descuidada de la propia apariencia, hasta una excesiva atención. El paciente adolescente siente curiosidad e interés sobre su salud y aspectos por lo que aporta un alto nivel de motivación para aprender. En este período, el paciente ofrece una oportunidad excelente para la educación dental y comprensión de los procedimientos que lo guiarán en su vida adulta.

La tercer etapa de la vida, es el resultado de la conducta aprendida, herencia, maduración y desarrollo. Esta conducta no podemos cambiar - pero si, algunas veces modificar.

Cuando el paciente llega al consultorio y se coloca en el sillón dental se siente cautivo porque sus defensas acostumbradas, en particular - los movimientos, están obstaculizados. Por lo que para algunos adultos significa abandonar su papel habitual de ser quienes toman las decisiones, o - de asumir la máxima responsabilidad y autoridad para encontrarse en el consultorio ante una situación temporal, sobre la cual piensan no tienen más - control que el de un niño. Para otros el asistir al consultorio suele parecerles irritables e incómodos por el hecho de abandonar su rutina normal. Pero generalmente un adulto no causará problema y cooperará si encuentra en nosotros la motivación y comprensión de su problema; nosotros podemos aprovechar esta oportunidad para poder explicar la importancia de nuestro tratamiento - y la ayuda que brindamos en la prevención.

En la última etapa de la vida, el paciente anciano siente la necesidad de platicar de sus achaques y así satisfacer su necesidad de dependencia, por lo que el odontólogo debe saber escuchar la historia clínica por medio del acompañante que lleve al paciente y además tomar muy en cuenta -- que la mayoría de las personas de edad sufren problemas por la vejez, como: la declinación marcada de oído, vista, pérdida del vigor físico, deficiencia de la memoria, comprensión o entendimiento, fracaso de la función sexual,

pérdida de dientes y adaptación a prótesis y lo que es más importante, pérdida de la independencia, se sienten inútiles y desplazados.

Hay que tener cuidado en su atención porque algunas veces sus -- achaques no son figurados y a veces pueden interferir nuestro tratamiento o impedirlo seriamente.

Todos los pacientes sean de cualquier edad, tienen necesidad de -- que se les explique el tratamiento, tal vez no nos comprendan totalmente, -- pero sí va a servir para proporcionar comprensión y tranquilidad que nos -- será benéfico para el tratamiento. (16), (17), (18).

## C A P I T U L O   V I I I

### TRATAMIENTO DEACUERDO A SU EDAD MENTAL.

Algunas veces hemos escuchado hablar de Edad Mental y tal vez no hemos comprendido el alcance del concepto. Por lo que es importante aclarar, lo que se entiende por edad mental. Edad mental es, el nivel alcanzado por el desarrollo de la inteligencia en un niño con respecto a su edad cronológica. Por lo tanto es importante pensar que no todos los niños de la misma edad cronológica poseen la misma edad mental y muchos niños pueden estar adelantados o atrasados; ya que existe un paralelismo entre el desarrollo físico y el desarrollo psicológico que hace que los niños adelantados para el primero lo estén también para el segundo.

Al atender a un niño hay que tomar en cuenta su edad mental porque es la forma más clara de madurez e inteligencia que puede demostrar con respecto a su medio. Cuando nos damos cuenta de su edad mental lograremos hacer modificaciones sobre la terapia psicológica a usar puesto que existen características de comportamientos especiales para cada edad que determinan que unas sean todavía niñas y otros ya adolescentes.

Cada niño tiene un límite fisiológico, rasgos constitucionales y tendencias que determinan como, que y hasta cierto punto cuando y cuanto aprenderá. Es importante para el edontólogo reconocer estos límites relativos a los diferentes niveles de edad, para que su acercamiento al manejo del niño sea compatible con las experiencias del individuo.

#### COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DEACUERDO A SU EDAD MENTAL.

El niño de 2 años.- A los 2 años el niño es muy pequeño para llegar a él sólo con palabras y es común que cambie de una cara a otra en pocos minutos - por lo que hay que tener cuidado. El niño no debe ser forzado y cada acción debe surgir finalmente de su interior; tampoco debe esperarse que niños menores de 3 años respondan a preguntas u órdenes directas, porque no tienen la coordinación suficiente todavía para obedecer órdenes, como abrir la bo-



ca o sacar la lengua.

Para el niño pequeño el medio odontológico es extraño y amenazante y su reacción normal es resistir el intento de ese extraño que quiere introducirse en su boca. Para él es una zona sumamente sensible y se resiste a la tentativa de violarla, comportándose cuando no quiere obedecer como si no oyera o si oyese como si no entendiera.

A esta edad depende mucho de su madre que es parte de él emocionalmente y tiene tendencia a ser asustadizo. Cuando es retirado de ella reacciona violentamente y entra en pánico porque los lazos emocionales son muy fuertes todavía. El odontólogo hará mejor en no tratar de separarlos sino en emplear esa unión para acercarse al niño, si éste se siente más seguro en el regazo materno, se tratará de emplear a la madre como asistente y no causar desesperación con una separación. El odontólogo debe proceder en forma positiva, cariñosa y comprensiva porque es a los dos años y medio, la mejor edad para que reciban atención y hay menos problemas dentales, por lo que debe prepararse a la madre para que realice la higiene del niño que ha completado ya su dentición primaria.

El niño de 3 años. - Es el comienzo de la semi-independencia, trata de agradar y conformar, es susceptible de alabanzas; se puede pactar con él y si se le da una buena razón cooperará con frecuencia en cosas que no le agradan hacer. Es la edad del "per qué" y del "yo también".

El niño de 3 años se mostrará como explorador confiado de su medio ambiente, pero en los momentos de stress, retorna rápidamente a la infancia y busca la seguridad de la madre, que aún es la preferida. El odontólogo puede empezar un programa de atención dental preventivo, porque es la edad en que se forman los hábitos. En un principio el único tipo de tratamiento podrá ser el examen, después las radiografías intraorales y la profilaxis dental, de modo que cuando sean necesarias las preparaciones cavitarias, el niño no se verá traumatizado y se adaptará más rápidamente al tipo

de tratamiento. A ésta edad es capaz de sentarse en el sillón dental por sí sólo, y puede aprender a abrir la boca, a sostener la geringa triple, a volver la cabeza y a apretar los dientes, si se le pide que lo haga. No habla mucho con los extraños, pero es capaz de responder a órdenes directas y a aprender explicaciones sencillas.

El niño de 3 años asustado e inseguro, responde bien a un acercamiento relajado y sin apresuramiento y a la persona que le hable suave y cariñosamente; pero también pierde contacto rápidamente con los extraños y se vuelve a unir a la madre, a la que todavía está unido emocionalmente. Si se le separa de ella puede crearsele pánico al ver que su protección y su seguridad se ha ido, por lo que, el permitir que la madre se sienta donde él pueda verla le dará confianza y lo ayudará a conservar su compostura. Pero siempre y cuando la madre evite dirigirse al niño para no transmitirle ningún nerviosismo.

El odontólogo al atender al niño, procurará no hablar como bebé -- cuando se dirige al pequeño para no confundirlo, sino hablar en forma clara y sencilla, para poder conversar sobre los temas de su nivel ( mascotas y juguetes) llevando el fin de ganar poco a poco su confianza invitándolo a platicar de cosas agradables y alejando su mente del temor.

Es esencial que el odontólogo tenga absoluta confianza en sí mismo y en su capacidad para manejar, calmar y poder asegurar al pequeño que no se le hará un mal.

El niño de 4 años..- Es un gran conversador, cooperador e imaginativo, que continúa con el "por qué" y el "cómo". Puede vestirse solo, le gusta estar con compañeros, alardear y jactarse de sus posiciones, responde bien a las preguntas directas y puede llegar a él apelando su espíritu de independencia recién dispuesto.

Es en este período cronológico el que presenta al odontólogo el mayor número de problemas de manejo de conducta. Debido a que el comporta-

miento del niño depende en gran medida de la estructura básica de su personalidad, de la situación familiar y del medio en que vive. Esta etapa se caracteriza por varios patrones de conducta en el hogar y en el consultorio, -especial a cada niño y difíciles de predecir. La conducta varia del niño - que no coopera porque está asustado e inseguro, unido aún a su madre, a la del niño dócil y sumiso, o a la del que coopera inteligentemente porque se siente seguro en disfrutar una nueva experiencia, o hasta la del pequeño agresivo y rebelde.

El odontólogo deberá examinar el patrón de conducta de cada niño, - en busca de las causas de su temor y falta de cooperación, con el mismo cuidado con que examina su dentición en busca de las causas de enfermedad dental.

A).- Niño tímido, asustadizo y vergonzoso.- No causará problema en su tratamiento, pero debe tratarse de alagar y elogiar los méritos de pequeño, además de nunca perder la oportunidad de estimular su amistad para infundirle confianza y proporcionarle comodidad lo más pronto posible.

B).- Niño incorregible y consentido.- Es el niño difícil que no para de llorar y no se deja realizar ningún tratamiento. Se niega a responder a comentarios amables por lo que el odontólogo se verá forzado a utilizar el último recurso, a sostener firmemente las manos y pies del pequeño, a colocar su mano firmemente sobre la boca y la nariz unos 5 o 10 minutos y a decir que aunque no le gusta tenerlo así, debe hacerlo hasta que deje de llorar, y -- pueda escucharle. Este tratamiento por lo general es suficiente, a pesar de que ocasionalmente es necesario repetirlo varias veces. Algunos pacientes - prometen portarse bien después de la primera aplicación, pero se oponen -- fuertemente a cualquier intento de examinarle la boca, o iniciar cualquier procedimiento operatorio, en cuyos casos debe procederse otra vez como antes, para demostrar en todo momento que se es dueño de la situación y no - permitir que el niño se salga con la suya.

Al lograr la cooperación del pequeño, debe felicitarcelo sinceramente y cuando sea posible pedirle su cooperación, ejemplo, que sostenga los rollos de algodón, la geringa triple, etc. Además se hará hincapié en que el trabajo realizado fue gracias a su cooperación. De esta manera la atmósfera desagradable se ha convertido en una convivencia agradable, ganando -- más confianza en cada nueva visita, y convirtiendo al pequeño paciente en -- uno de los más grades amigos del odontólogo a medida que se continúa con el trabajo.

C).- Niño desafiante.- Es el tipo de niño que conviene verlo a solas para realizar el tratamiento anterior, y obtener cooperación apelando a su fanfarronería.

D).- Niño sociable.- Es el niño normal al que se le muestran los instrumentos, cómo actúan y cual es su propósito. Es capaz de ser responsable de su cuidado dental y comportarse como eficiente colaborador.

Generalmente a partir de esta edad, el niño debe separarse de la madre y entrar solo a la consulta, algunas veces podrá entrar con un juguete que haya traído de su casa, que lo ayudará a tener seguridad y confianza. Aunque no es una regla, el odontólogo debe utilizar su criterio para no causar en el niño desesperación con la precipitada separación.

Tedavía a esta edad, el odontólogo puede platicar sobre juguetes, juegos, amigos e primos, para lograr entrar en confianza y liberarlo de la tensión.

El niño de 5 años.- A esta edad es amante de la alabanza y seguro de sí mismo, es capaz de la autocrítica y puede distinguir entre verdad y mentira. - Desea ser libre y separarse de su madre, pero no demasiado; acepta fácilmente los procedimientos simples, pero cuando es amenazado con procedimientos dolorosos reacciona violentamente como niño pequeño, con la ventaja de ser más fuerte y más grande. Aunque tiene más tolerancia al dolor que a los 3 años, si no puede dominar la situación se porta como pequeño y busca desea-

perado a su madre.

Algunos niños a pesar de comprender que es necesario su tratamiento y manifestar ellos mismos que se quieren dejar, pero que no pueden, son propensos a caer en el pánico que los convierte en pacientes difíciles, a tal grado de resistirse fuertemente al tratamiento. Estos niños necesitan más que todo, mucha comprensión de nuestra parte, para poderlos condicionar a que en cierta medida disminuya su temor. Y es entonces, cuando se podrá alegrar su mente del temor, encausando una plática a juegos, programas de TV, escuela y vacaciones, familiares, etc., con el fin de que cambien la sensación desagradable del momento por el recuerdo de sensaciones agradables, ocupando la mente en recordar y evitando que con su imaginación exageren la situación presente.

El niño de 6 años. - Es la edad de la socialización y de la independencia, empieza a mostrar interés en las personas fuera del hogar y aprende a llevarse con ellos. Se puede razonar con él porque está aprendiendo a aceptar las normas y reglamentos de la sociedad, pero también se puede luchar con él si es producto de una anomalía de educación y personalidad paterna. A partir de esta edad, debe tratarse como si fuera ligeramente mayor de lo que en realidad es y como su imaginación se encuentra floreciente, debe tratarse de sacarle de su mundo imaginario, mostrándole los aparatos y captar la realidad, para evitar en algún momento, la aparición o aumento de algún temor subjetivo.

El niño de 7 años. - Es capaz de diferenciar entre procedimientos amenazantes o no, ha aprendido a comportarse fuera de su casa y a aceptar algunas cosas que le desagradan porque así se espera que lo haga. Tiende a dominar sus antiguos patrones agresivos de conducta, aunque no siempre y no por completo, pero comienza a aceptar la adaptación y la autoridad como parte de la vida. Generalmente este niño prefiere estar solo con el odontólogo, que le puede hablar directamente y sin intervención de la madre, lo que facilitará que

se hacerque al niño directamente, para establecerse como una persona que le brinda ayuda y no una amenaza.

El niño de 8 años.- Tiene ya la capacidad de aceptar al odontólogo como autoridad y la capacidad de cooperación, aún sin gusto y sin forzarlo. Es totalmente capaz de razonar, pero conserva aún temores principalmente al ser amenazado en ausencia de su madre. El odontólogo deberá apoyar al niño y ayudarle a desarrollar su independencia, hablandole directamente para que el niño sea quien decida y no la madre; deberá ayudar y estimular el desarrollo de la fe del niño en sí mismo y en sus actitudes en la situación odontológica, reforzandolo positivamente, reconociendo sus méritos y elogiando sus logros.

El niño de 9 a 12 años.- El niño prepuberal, rara vez es problema, permite su atención más fácilmente porque empieza a preocuparse por su arreglo personal. Es ya una personita con experiencia, que ha comocido al odontólogo anteriormente y se ha acostumbrado ya a las experiencias nuevas, a los extraños, a los dolores, a los golpes y a las exigencias de los adultos. El niño se encuentra en un período de latencia en el que se prepara físicamente para el brote de la adolescencia. Emocionalmente tampoco presenta reacciones y aún en el sillón dental es pasivo. No habla mucho pero es capaz de comprender elementos técnicos y científicos si el odontólogo le explica a su nivel. Este niño se resiente por la intervención de la madre en sus asuntos, incluyendo el tratamiento odontológico, por lo que hay que hablar directamente con el y tomarlo muy en cuenta, para evitar crear ese resentimiento y facilitar el ganarnos su estimación.

Nosotros como odontólogos, trataremos de utilizar el interés por el sexo opuesto para despertar el cuidado en su apariencia e higiene y sugerir una buena atención dental completa.

El adolescente, el adulto y el anciano no crean un problema especial en su tratamiento, porque pueden reprimir las respuestas emocionales,-

importantes en los niños que impiden su atención. Sólo se encaminará el tratamiento psicológico a la disminución o eliminación de la sensación de miedo o angustia, tranquilizando al paciente, pero no con palabras, sino con la explicación de lo que va a ser su tratamiento y las manifestaciones que pudiera tener, la sensación de que comprendemos como se siente y la seguridad de que lo vamos a ayudar de la mejor manera posible, reducirá su tensión.

El comportamiento poco cooperativo del niño en un consultorio, está generalmente motivado por deseos de evitar lo desagradable, doloroso y lo que él pueda interpretar como una amenaza para su bienestar; por lo que deberá primero, eliminar el miedo y sustituirlo por sensaciones agradables, simpatía y afecto al odontólogo, para que el niño sea capaz de confiar en él. Por lo tanto es necesario que el odontólogo establezca buenas relaciones con el niño antes de separarlo de su madre, porque de otra manera puede sentir que lo están forzando a abandonar a su madre, incitando el miedo al abandono.

Cualquier acción no explicada inspira miedo en los niños; como el niño teme excesivamente a lo desconocido y se siente mal preparado para afrontar nuevas situaciones, es conveniente visitar antes del tratamiento al odontólogo para que lo desconocido se vuelva más familiar y disminuya los temores y necesidades de huir. Este método da resultado en niños que aún no van a la escuela y en menor medida en niños mayores.

Ahora bien, si a un niño de mal comportamiento, se le hace que no resulten sus ataques emocionales, cambiará su comportamiento porque pierde motivación para seguir comportándose así. Por otro lado, si mostrar actitudes sarcásticas y desdenosas con el niño para que por vergüenza se porte bien, no es conveniente porque crean aversión al odontólogo y a los tratamientos dentales. Como ya se ha visto a los niños no les gusta ser diferentes y desean conformarse a patrones sociales normales por lo que si se le permite al niño observar cómo se realizan trabajos dentales en otros, le

servirá de rete y procurará comportarse igual; con mucho más razón al observar a un hermano mayor o a uno de sus padres en la silla dental, le dará -- confianza para aceptar el tratamiento.

Para que un niño acepte de buen agrado un tratamiento hay que condicionarlo y si ha tenido experiencias desagradables hay que reacondicionarlo.

El primer paso en el reacondicionamiento, es saber si el niño teme excesivamente a la odontología y por qué, lo cual podemos saber, observando al niño de cerca y viendo sus actitudes. Es buena técnica, conocer al paciente infantil antes de que llegue al consultorio, cuando los padres piden atención para el niño, de esta manera se puede obtener información sobre él, preguntándoles: la edad del niño, padecimientos dentales anteriores y actuales, ¿cuánto sabe el niño sobre odontólogos y procedimientos dentales?, ¿le teme el niño ir al odontólogo?, ¿es nervioso?, ¿se lleva bien con los adultos?, ¿ha estado en el hospital?, ¿tiene miedo a su médico?, etc., - con estas preguntas nos podemos dar cuenta de su comportamiento futuro para guiar o planear su manejo.

El segundo paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que produzca alarma excesiva. Por este medio se gana la confianza y el miedo se cambia en curiosidad y cooperación, porque la mayoría de los niños permiten el acercamiento si se despierta su curiosidad. El odontólogo cuando hable con el niño debe ponerse a su mismo nivel en conversación, palabras e ideas, pronunciando correctamente las palabras y cuidandose de no hablar demasiado porque confundirá al niño y le producirá desconfianza. Es conveniente si el niño es muy pequeño añadir algo de fantasía para dar más interés y poder alejar sus mentes de los procedimientos dentales. Al hablar, el odontólogo debe evitar utilizar palabras -- que inspiren miedo al niño, ya que muchos de los temores sugeridos, no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de algunas palabras. Al tratar a niños deberá evitarse enganos y la sustitución exacta



de palabras deberá guiarse por la edad del paciente. El odontólogo debe cuidarse de no hacer preguntas que requieran respuestas, si tiene las manos o instrumentos en la boca del niño, pero sí, procurará conversar porque de este modo el niño se siente menos ignorado, además no debe dejar que los niños usen las preguntas como técnicas dilatorias. El tono de voz que use el odontólogo si es monótono y constante inducirá a un niño temeroso a someterse, si se cambia el tono, ni la inflexión de la voz, al pasar de un monólogo a algo interesante.

Ahora bien el miedo puede disminuirse, permitiendo y alentando al niño para que pruebe cada pieza del equipo y explicando como funciona cada una de ellas, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio. Se le explicará el control a pie del motor para que sepa que puede ser controlada en cualquier momento, invitando al niño a probar como lo hacemos nosotros, pero en nuestra presencia.

El tercer paso será ganar completamente su confianza. Para ganar esta confianza se debe transmitir al niño que se simpatiza con sus problemas y se les conoce. Una vez establecida la relación, la conversación debe alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares del niño ( amigos, animales, escuela ). Al final de la pequeña charla se le planteará el tratamiento dental, diciendole que a nosotros también nos tenían que arreglar los dientes y nuestro amigo el odontólogo nos dijo que la mejor forma de ayudarlo era permitir que él nos ayude a nosotros.

Las medidas que debe tomar en cuenta un buen odontólogo:

- 1.- No debe citarse al niño en horas de siesta porque está generalmente adormilado e irritable, es difícil de manejar llora con facilidad y tiene reducida su capacidad de soportar molestias.
- 2.- Los niños no deben ser traídos al consultorio, poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermano o la muerte de alguien cercano a ellos. Como el niño está experimentando --

traumas emocionales, la visita al odontólogo sólo aumentará más ansiedad y desconcierto por lo que se encontrará más difícil lograr su cooperación .

3.- No hacer que el niño permanezca más de media hora en el sillón dental - porque puede volverse menos cooperativo al final y llorar.

4.- Debe halagar al pequeño considerandolo ligeramente mayor de lo que en realidad es.

En la primera visita el odontólogo deberá realizar sólo procedimientos menores e indoleros, elaborar la historia clínica, instruir sobre el cepillado de dientes, realizar una profilaxis, realizar la aplicación de flúoruros y si es posible tomar radiografías en la siguiente cita. Es buena técnica pasar de operaciones sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario realizar tratamientos de emergencia.

Desafortunadamente los niños llegan con frecuencia al consultorio dental, en su primer visita, sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más extenso. En esta situación, como en todas las demás, la veracidad, -- franqueza y honestidad serán esenciales en los niños. Al niño deberá decirse de manera natural que a veces lo que hay que realizar produce alguna molestia y puede explicarsele que si avisa cuando le moleste demasiado procuraremos parar o arreglarle de manera que no moleste tanto o se le hará -- con suavidad. Esta sinceridad deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras, recordando ésto al niño antes de cada operación dental.

Cuando se atiende a niños en edad escolar, la mayoría de las veces se portan mejor en ausencia de sus padres, especialmente si el trato de éstos ha sido defectuoso. Pero hay casos en que la sólo presencia de los padres infunde confianza especialmente si tiene menos de 4 años. Si en dado caso 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 alejado de la unidad. No deberá hablar al odontólogo o al niño a menos que él se

lo pida, ni deberá tomar al niño de la mano, ni mirarlo con simpatía o expresión amustada, porque no hay nada que trastorna más el manejo de un niño que una situación en la que la madre está comunicando información falsa o le esté transmitiendo su simpatía.

El dentista debe comprender la naturaleza del miedo y estar consciente de como las actitudes de los padres pueden modificar tipos de comportamiento. por lo que la guía de 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.

Se debe pedir a los padres que:

1.- No expresen sus miedos personales enfrente del niño, además de no mencionar sus propias experiencias desagradables. La causa primaria de miedo al dentista en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales. Los padres deben ocultar sentimientos de ansiedad especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

El miedo puede quitarse explicando de manera agradable y sin darle mucha importancia que es la odontología, antes de llevarlos al consultorio.

2.- No deben utilizar la odontología como amenaza de castigo. El niño asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

3.- Debe familiarizarse al niño con la odontología para que empiece a conocerla.

4.- Deben mostrar valor a la odontología, que ayudará al niño a tener valor porque existe una relación directa entre los temores de los niños y los de los padres.

5.- El ambiente en su casa debe tener actitud moderada para poder llegar a formar niños bien centrados.

6.- Deben llevar a los niños al consultorio dental regularmente, no solo para conservar su dentadura en buen estado, sino para formar buenos pacientes.

- 7.- No debe sobornarse al niño para llevarlo al odontólogo, debido a que esto sugiere que puede tener que enfrentarse a algún peligro.
- 8.- No debe tratarse de vencer el miedo en sus hijos por medio del ridículo o burlas ya que esto crea resentimiento hacia el odontólogo.
- 9.- No deben prometer por el odontólogo porque las mentiras llevan a la decepción y a la desconfianza.
- 10.- Cuando comuniquen al niño que han sido invitados a visitar al odontólogo, lo hagan de manera natural para no invitar al temor.

El problema principal del odontólogo con respecto a su paciente, estriba en hacer que las técnicas de prevención queden fijas, forman hábito y hagan buenos pacientes en el futuro. Por ello es necesario valernos de la motivación y el aprendizaje, para hacer más claras, más comprensibles y más interesantes nuestras enseñanzas, facilitando así la captación, especialmente del paciente niño. Para lograr nuestro objetivo, es necesario obtener la ayuda de los padres para desarrollar interés en el niño por el cuidado de su boca, tomando en consideración, la memoria, madurez, evolución del lenguaje y su experiencia previa. Sin embargo no hay que olvidar que la capacidad de memoria está estrechamente relacionada con la inteligencia y la capacidad de aprender se ve afectada por la excitación, aburrimiento y preocupación. Por lo tanto se debe procurar sostener el interés cuando se está hablando, sobre todo en los niños pequeños, para ello será necesario, mover las manos suavemente para no asustarlos, colocarse los lentes o subirlos, mostrarle láminas o cuadernos para que ejemplifique lo que decimos, utilizar los elementos didácticos que podamos y repetir en nuestra plática varias veces lo más importante, para hacer hincapié en ello, y después de todo algo inesperado, una recompensa final a su esfuerzo y atención, que puede ser una alabanza, pero principalmente, algún objeto sencillo que sea especial para el paciente y sirva como un recuerdo de la plática obtenida.

Es importante observar que el progreso que el niño haga en su a-

aprendizaje indicará el interés que tiene en ello y en cierta medida, la efectividad de los esfuerzos del odontólogo, de ésta manera al motivar se utilizarán palabras comprensibles, que se repetirán y dirán con convencimiento y entusiasmo, para que puedan lograr su objetivo.

Como ya se ha visto, para que se lleve a cabo el aprendizaje, además de la recompensa (reforzamiento), se necesita la atención y observación; observación de como producir una respuesta correcta, aprendiendo por la imitación. Por lo tanto, para favorecer una buena comprensión de la técnica de cepillado, habrá necesidad algunas veces de que nos vean cepillarnos los dientes, de enseñar a los padres y de pedirles que a la hora de cepillarse ellos, inviten a los niños, para que con ello los motiven a actuar por imitación.

La motivación, cumple el importante papel complementario de ser energizadora del aprendizaje porque pone las condiciones necesarias para que se lleve a cabo el reforzamiento. Si el niño al imitar a sus padres está teniendo el motivo, de ser semejante a ellos, se le puede reforzar diciendo, que ahora ya sabe cepillarse los dientes como ellos y como ellos tiene que hacerlo 3 veces al día.

Para saber el tipo de reforzamiento que más conviene, es importante tomar en cuenta los motivos que tienen importancia en el desarrollo de la personalidad, principalmente el motivo de contacto físico, el deseo de recibir ayuda para solucionar su problema, el deseo de aprobación y elogio, el deseo de conocer lo que ocurrirá en su tratamiento, el deseo de autonomía y de decidir por sí mismo, así como el deseo de suficiencia, en perfeccionar algunas técnicas, ya que le produce satisfacción aprender a realizar tareas nuevas por sí mismo.

Por lo anterior visto, es algo natural que el niño necesite saber que es lo que va a suceder en su tratamiento, que sienta la necesidad de que alguien lo ayude, para eliminar su dolor; de que se sienta satisfecho de que ha colaborado por sí solo y que necesite que se lo digan, reconozcan

su mérito; así como el que se sienta tentado a dominar las técnicas de cepi- llado para recibir aprobación o elogio del adulto y sentirse satisfecho él mismo por su suficiencia. Por ello, el odontólogo al tomar esto en cuenta debe reconocer la conducta ejemplar del niño para que este se porte bien, - hablando del comportamiento y no del niño en sí. Si el niño es buen paciente debe reforzarle alabando su conducta y esto le impondrá una meta en su - comportamiento siguiente. Como lo más importante en el niño es hacer que le reconozca su mérito, hará todo lo posible por conservar el nivel que él -- mismo estableció y si le es posible, mejorar su comportamiento.

El odontólogo valiéndose de esto, puede aumentar el reformamiento teniendo en su consultorio un "cefre de la fortuna", con juguetes sencillos y baratos, pero con un gran valor emotivo que le obsequiará al pequeño cuando haya logrado una excelente conducta, haciendo notar la causa exclusiva del premio, para que no sea tomado por soborno.

Aunque estas sean las actitudes normales en los niños a diferentes edades mentales, no hay que olvidar que los niños no se desarrollan en el mismo ambiente y sus padres no tienen las mismas características, cada ser es diferente y distinto a los demás por lo que es conveniente tomar estos - patrones anteriores de conducta, como modelos en la atención de cada niño; siempre y cuando se utilice el criterio y experiencia que se logre obtener después de una buena observación.

De esta forma se obtendrán buenos pacientes a los que se les podrá proporcionar una buena salud bucal, con interés en técnicas preventivas porque están convencidos de la importancia de la buena salud, que es posible solamente mediante nuestra cooperación y la ayuda de ellos mismos. (16). (17), (18), (20), (21).

## CONCLUSIONES.

Es evidente que entre las causas que provocan miedo en los niños pequeños, asociado a la Odontología, están: el miedo al dolor, los estímulos inesperados o desconocidos, la separación de la madre, la amenaza de los padres para dejarse atender, su sentimiento de culpa y el temor transmitido por ellos.

La ansiedad mínima actúa como impulso de la creatividad y en la resolución de problemas, puede contagiarse y también puede reducirse por la conducta expresada de sus semejantes o mediante la observación de modelos.

La ansiedad intensa actúa en los niños pequeños disminuyendo los procesos mentales, como : la memoria, la imaginación, el grado de comprensión y el uso de conceptos abstractos. Si aumenta más la ansiedad, el niño puede llegar a un estado de desesperación provocándole reacciones de defensa y excitación espontáneas.

La conducta emocional se modifica por el aprendizaje en donde respuestas emocionales se asocian a situaciones nuevas por el proceso de condicionamiento.

La conducta del niño es una respuesta al efecto combinado de muchos aspectos de la personalidad de sus padres por lo que para modificar el comportamiento del niño hay que modificar la actitud paterna.

Los pacientes generalmente, no reaccionan con temor al consultorio, sino a los recuerdos de otras situaciones en el pasado, aunque de una manera inconsciente, apoyados en la semejanza de las situaciones o acontecimientos presentes.

Para el odontólogo es importante conocer los límites y comportamientos de distintos niveles de edad para que su acercamiento al manejo del niño sea compatible con las experiencias del individuo y la explicación que dirija sea de acuerdo a la madurez mental y con la mayor sinceridad posible.-

cuidando de no causar miedo con una inadecuada selección de palabras.

El trato con el niño debe ser suave y afectuoso, pero al mismo tiempo firme y determinante, porque la primera experiencia del niño en el consultorio, será la que determina en gran medida el éxito del manejo en todo el tratamiento dental.

La psicología es esencial en el tratamiento dental y debe emplearse para prevenir la angustia y evitar sus manifestaciones; por lo que el odontólogo debe demostrar, conocimiento, amistad, tranquilidad y seguridad en el trato de su paciente para que de esta manera se pueda obtener confianza y se pueda alcanzar una máxima salud bucal.



## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- FIRM, SIDNEY B.  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
MEXICO, D.F. 1977  
Pags. 15 a 30
  
- 2.- FUENTE MUÑIZ, RAMON DE LA  
PSICOLOGIA MEDICA  
EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONOMICA.  
MEXICO, D.F. 1978  
Pags. 87-99, 154-177
  
- 3.- GUYTON, ARTHUR C.  
TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
MEXICO, D.F. 1974  
Pags. 746, 747
  
- 4.- LEWIS, MELVIN  
DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
MEXICO, D.F. 1973  
Pags. 1 a 8
  
- 5.- MUSSEN, CONGER, KOGAN.  
DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN EL NIÑO.  
EDITORIAL TRILLAS.  
MEXICO, D.F. 1978  
Pags. 155, 156, 160, 397, 464, 468, 542, 543, 659 y 660.

- 6.- HOVASSE COLETTE.  
COMO EDUCAR A LOS NIÑOS EN LA LIBERTAD.  
EDITORIAL FONTANELA.  
BARCELONA ESPAÑA 1973  
Pag. 140
- 7.- WHITTAKER, JAMES O.  
PSICOLOGIA  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
MEXICO, D.F. 1974
- 8.- BERGERON, MARCEL.  
PSICOLOGIA DE LA PRIMERA INFANCIA  
EDITORIAL LUIS MIRACLE S.A.  
BARCELONA ESPAÑA 1968  
Pags. 110, 111, 112
- 9.- KISTESZ, ROBERT.  
MANUAL DE ANALISIS TRANSACCIONAL.  
EDITORIAL CONANTAL.  
BUENOS AIRES ARGENTINA 1977
- 10.- MAISONNEUVE, JEAN.  
LOS SENTIMIENTOS.  
COLECCION ¿ QUE SE ? N° 89  
OIKOS-TAU, S.A. EDICIONES.  
BARCELONA ESPAÑA 1973  
Pags. 51-73-99

- 11.- ARNOLD, B. MAGDA.  
EMOCION Y PERSONALIDAD TOMO I  
EDITORIAL LOSADA S. A.  
BUENOS AIRES ARGENTINA 1970  
Pags. 332
- 12.- ARNOLD, B. MAGDA.  
EMOCION Y PERSONALIDAD TOMO II  
EDITORIAL LOSADA S. A.  
BUENOS AIRES ARGENTINA 1970  
Pags. 180, 204, 221, 236, 324, a 342.
- 13.- WARREN, HOWARD C.  
DICCIONARIO DE PSICOLOGIA.  
EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONOMICA.  
MEXICO, D.F. 1969
- 14.- RIBOT, THEODULE  
PSICOLOGIA DE LOS SENTIMIENTOS.  
EDITORIAL ALBATROS.  
BUENOS AIRES ARGENTINA 1965
- 15.- BAKWIN, HARRY  
DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
MEXICO, D.F. 1974
- 16.- CINOTTI, GUILLIANS.  
PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOLOGIA  
EDITORIAL MUNDI.  
BUENOS AIRES ARGENTINA  
Pags. 128, 173, 176, 350

- 17.- BRAVER, CHARLES Jhon.  
ODONTOLOGIA PARA NIÑOS.  
EDITORIAL MUNDI  
BUENOS AIRES ARGENTINA. 1960  
Pag. 22-24, 30-35.
- 18.- FLOYDE, EDDY HOGEBOM.  
ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE ODONTOLOGICA.  
UNION TIPOGRAFICA EDITORIAL HISPANO AMERICANO.  
MEXICO, D.F. 1958
- 19.- ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTE AMERICA.  
PSICOLOGIA EN ODONTOLOGIA.  
SERIE VI VOLUMEN 18  
EDITORIAL MUNDI.  
BUENOS AIRES ARGENTINA 1964
- 20.- ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTE AMERICA.  
PAIDODONCIA.  
SERIE V VOLUMEN 15  
EDITORIAL MUNDI.  
BUENOS AIRES ARGENTINA 1963
- 21.- NUTTIN, JOSEPH  
MOTIVACION EMOCION Y PERSONALIDAD.  
EDITORIAL PAIDOS  
BUENOS AIRES ARGENTINA 1973  
Pag. 111, 112, 113.