

4
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

E.N.E.P. ZARAGOZA

**"EL TRATAMIENTO PSICO-DENTAL DEL NIÑO
Y LA INFLUENCIA DE SUS PADRES"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

**ALCANTARA MEJIA MA. LUISA
SALDAÑA GOMEZ ALMA PATRICIA**



MEXICO, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

Introducción	1
Fundamentación de la elección del tema	2
Planteamiento del Problema	4
Objetivos	6
Hipótesis	7
Material y Método	8
Criterios de Análisis para Conclusiones	9
Cronograma de Actividades	11
Bibliografía	12
Capítulo 1	14
I.1 Aspectos que deben tomarse en cuenta para un Tratamiento Satisfactorio del Niño	14
I.2 Primer Año	16
I.3 Segundo al Cuarto Año	26
I.4 Del Quinto Año al Décimo	46
I.5 De los Ocho a los Diez Años	50
I.6 Diversas Actividades del Niño	57
I.7 Factores que influyen en el Conocimiento del Niño	58

I.6 Influencia Parenteral	61
I.9 Estado Físico del Niño	69
Bibliografía	73
Capítulo II	74
II.1 Tipos Psicológicos del Niño	74
II.2 Niño Consetido o de Rechazo	75
II.3 Niño Miedoso	77
II.4 Niño Enfermo	78
II.5 Niño Cooperador	78
II.6 Desarrollo Psicológico	78
Bibliografía	81
Capítulo III	82
III.1 Manejo del Niño en el Consultorio Dental	82
III.2 Técnicas de Reacondicionamiento	88
III.3 Aspecto del Consultorio	91
III.4 Personalidad del Odontólogo y su Asistente	92
III.5 Momento y Duración de la Visita	93
III.6 Conocimiento del Paciente	96
III.7 Habilidad y Rapidez del Dentista	97

III.8	Los Sobornos y el Paciente	100
III.9	Ordenes contra Sugerencias	101
III.10	El Papel del Odontólogo	101
III.11	El Control del Propio Odontólogo	103
III.12	El Odontólogo y la Gracia	103
III.13	Reacciones a las Experiencias Odontológicas	105
III.14	Temor	105
III.15	Ansiedad	107
III.16	Resistencia	108
III.17	Tímidez	109
III.18	Persuasión	110
III.19	Caricias Positivas y Negativas	113
III.20	Desensitación	116
III.21	Técnica Decir - Mostrar y Hacer	117
III.22	Modelaje	119
III.23	Control de Voz	122
III.24	Técnicas Mano sobre Boca y Mano sobre Boca y Nariz	123
	Bibliografía	130

INTRODUCCION

A medida que la Odontología ensancha sus horizontes para prestar tratamientos a un número de pacientes cada vez mayor, es necesario organizar nuestros métodos de tratamientos para su capacidad máxima. Teniendo esto en mente, se ha escrito para tratar de ayudar al Odontólogo y al estudiante de Odontología que han de diagnosticar problemas dentales, hacer el tratamiento y dirigir la conducta del niño durante aquel.

Esta tesis presenta los puntos de vista de varios autores sobre aquellas técnicas rutinarias de la Odontopediatría más frecuentemente aplicadas, abarca la conducta del niño en el consultorio dental.

Esperamos que este trabajo sea un estímulo para estudiantes y odontólogos para que les sea más fácil la atención a pacientes infantiles, dabiendo de antemano que tendrán éxito ya que podrá aplicar sus conocimientos a este fin.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

Una de las preocupaciones dentro de nuestra vida profesional, es el tratamiento que le debemos dar a nuestros pequeños pacientes, ya que por lo general se requiere de un gran esfuerzo y algunas veces puede resultar molesto, es muy frecuente que estos niños acudan al consultorio acompañados por sus padres - los cuales se han encargado de transmitir una información negativa y desfavorable para el Cirujano Dentista.

Tradicionalmente se ha pensado que estos niños necesitan - el tratamiento de un especialista, en la mayoría de estos casos sin embargo el Odontólogo puede cambiar la conducta de dichos - niños haciendo uso de principios de fácil aplicación.

Esta tesis tiene como objetivo tratar principios cuya vali-
dez experimental está ampliamente demostrada y hacer hincapie -
en la necesidad de aplicar la Psicología para llegar a un cono-
cimiento de la conducta del niño frente al Odontólogo y obser-
var los diferentes factores que intervienen en su comportamien-
to y determinar en cada caso la técnica para llegar al éxito de
su manejo en el Consultorio Dental.

Es conveniente también para el Odontólogo saber como tratar a los padres ya que son éstos los que muchas veces no están de acuerdo con el tratamiento, esto se evita tratando de ganar la confianza de los padres indicándoles como deben de comportarse en el Consultorio Dental en el cual la autoridad es el profesionalista.

Finalmente, sobre todo, debemos de enfatizar la necesidad de considerar al niño principalmente como una persona, él es mucho más importante que sus dientes, debemos de aprender a tratarlo como a un amigo; apreciar su ambiente social y entenderlos antecedentes de su familia. Si nuestra preocupación es su bienestar total, entonces seremos infinitamente mas valiosos para él y aprovechará más de nuestro trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hasta no hace mucho, en nuestra sociedad el niño era poco tomado en cuenta. Hoy se comprende que un niño, como ser humano, -- tiene el derecho de esperar tanta o más consideración que cualquiera otra persona, y esto no es, menos cierto en Odontología.

La mayoría de los niños que acuden a Consulta Dental, ya han recibido información la cual en la mayoría de los casos es negativa por lo cual acuden con miedo y aprehensión, lo que habrá de estudiarse sus emociones y su personalidad así como saber el intercambio de opiniones que ha recibido hacia esa nueva experiencia -- por parte de sus padres.

Somos de la opinión que estos problemas continuarán en Odontología hasta que no hagamos que nuestra sociedad tenga conciencia -- de que la Odontología para niños se ocupa del tratamiento y del -- cuidado de todas las manifestaciones clínicas de los procesos patológicos asociados con el Aparato Estomatognático, de establecer la confianza y el deseo del niño para aceptar el tratamiento ya sea -- preventivo o restaurativo, y de guiar al niño y a sus padres hacia buenos hábitos destinados a controlar la patología bucal.

Los factores que determinan en un momento dado la resistencia del niño hacia el tratamiento dental pueden ser de origen emocional miedo a algo desconocido, experiencias anteriores negativas por manejo inadecuado del Odontólogo y falta de conocimientos en la rama de Odontopediatría, y el poco interés de los padres de tratar a los niños como seres humanos independientes y no como algo de su propiedad.

Por consiguiente queda mucho por hacer aún, aunque hay un número cada vez mayor de Odontólogos capaces de atender niños, y aunque la materia esta dentro de nuestro plan de estudios, es necesario de todas maneras, un cambio para bien de nuestra niñez y de nuestra profesión.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Que el Cirujano Dentista General, sea capaz de dar atención adecuada a la población infantil haciendo uso de principios de fácil aplicación.

Hacer hincapié en la necesidad de aplicar la psicología para llegar al conocimiento del niño frente al Odontólogo.

Explicar a los padres la conducta que deben presentar ante sus hijos en el consultorio dental.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Que conozca principios cuya validez experimental este ampliamente demostrada.

Dar una orientación adecuada a los padres sobre la prevención de salud bucal.

Indicar con ética tanto al niño como a los padres que la autoridad en el consultorio es el profesionista.

HIPOTESIS

Un niño tiene el derecho de esperar tanto ó más consideración - que cualquier adulto, por parte del Cirujano Dentista desde el - punto de vista humano.

La información equivocada que haya recibido de otras personas le provocarán miedo y desconfianza. Estudiando emociones y - personalidad del niño así como aprovechando la cooperación pro- - porcionada por sus padres, tendremos un buen inicio en el trata- miento y cuidado del aparato estomatognático.

MATERIAL Y METODO

El método que se llevará a cabo para realizar el presente trabajo, será la de recopilación de datos bibliográficos, apoyados por fuentes primarias y secundarias.

FUENTES PRIMARIAS: Informes de experimentos y estudios de investigación (artículos de CENIDS, Tesis, y Revistas Profesionales).

FUENTES SECUNDARIAS: Resumen de la recopilación obtenida por las fuentes primarias.

El criterio de selección de la información que se empleará es el de que dicho material deberá cubrir lo siguiente:

- Su fecha de publicación deberá ser de tres años a la fecha.
- Que cumplan con los objetivos así como la hipótesis planteados en el presente trabajo.
- Los artículos de las revistas deberán de ser carácter profesional y respaldados por alguna Institución o Facultad.
- Trataremos de mencionar de una manera clara y concisa los factores bio-psico-sociales que tienen mayor influencia en el tratamiento psico-dental del niño y la influencia de sus padres.

CRITERIOS DE ANALISIS PARA CONCLUSIONES

La necesidad de considerar al niño principalmente como una persona, el hecho de que él es más importante que sus dientes, nos hace pensar que para llegar a obtener las conclusiones del presente trabajo debemos tomar en consideración, entre otros, los siguientes criterios:

- Los métodos, técnicas o sistemas que aquí se emplean en el tratamiento de los pequeños pacientes, deberán apearse al núcleo que pertenecen, (alimentación, nivel social, hábitos de higiene, nivel cultural, etc. ..).
- Dichas conclusiones enfatizarán la importancia del aspecto preventivo sobre el curativo, tanto en el aspecto antológico como psicológico.
- Se tomará en cuenta el papel tan importante que juega la personalidad del niño y el grado de influencia paterna que hay en este, y de que manera repercute en nuestro trabajo como profesionistas.
- El nivel de educación, social y cultural de los padres en un

momento dado se verá proyectado hacia la actitud que tomen -
los pequeños pacientes en la consulta dental.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Organización del material con que se va a trabajar1er mes

Recopilación de datos 2do. mes

Formateo del trabajo 3er. mes

Revisión Final 4to. mes

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

1. - Aberastury Arminda. "Aportaciones al psicoanálisis de niños", 2a. Edición, Editorial Paidós, Buenos Aires (1979).
- 2.- Barnet, R.S., "Oclusión en Odontología infantil", Editorial Panamericana, México (1979).
- 3.- Bijou, Sidney W. y Baer, Donald M. "Psicología del desarrollo -- infantil", Teoría empírica y sistemática de la conducta, Editorial Trillas, México (1978).
- 4.- Cinotti y Grieder. "La Psicología aplicada a la atención del paciente.", Editorial Inteamericana, (1979).
- 5.- Cohen M. M., "Odontología Pediátrica", 2a, Edición, Editorial -- Interamericana, México (1979).
- 6.- De la Fuente Nuñez, Ramon, "Psicología Médica", Editorial Fondo - de cultura económica, México (1981).
- 7.- Finn, S.B. "Odontología Pediátrica", Editorial Interamericana, -- Edición (1980).
- 8.- Harndt, E. Weyers H., "Odontología Infantil" Editorial Mundi, -- (1980).

- 9.- Mc Donald, Ralph E.; "Odontología para el niño y el Adolescente" Editorial Mundi, (1981).
- 10.- Mira y Lopez, Emilio, "Psicología evolutiva del niño y el adolescente", Editorial El Ateneo, (1978).
- 11.- Nelson Waldo, Vaughan Victor C., "Tratado de Pediatría" Editorial Salvat, (1976).
- 12.- Neill, A.S. Summerhill, "Un punto de vista Radical sobre la Educación de los niños", 2a. Edición, Editorial Mundo de Cultura Económica, México (1975).

CAPITULO I

ASPECTOS QUE DEBEN TOMARSE EN CUENTA PARA UN TRATAMIENTO SATIS-
FACTORIO DEL NIÑO.

El crecimiento psicológico del niño es una complicada serie de sucesos establecidos que se manifiestan exteriormente en un patrón de conducta; esto es, acción, las actitudes y la personalidad del niño.

El crecimiento psicológico se refiere también a la adquisición de información, de habilidades y de intereses emocionales.

El sistema nervioso es la parte vital de la maquinaria que hace posible los sucesos. (Gesell e Ilg, 1943).

La esfera psicológica, y la física, de maduración es registrada de acuerdo a un plan y a una secuencia innatos, no susceptibles rápidamente a influencias aceleradoras. A un niño no se le puede enseñar un modo de comportamiento, hasta que haya madurado lo suficiente para recibir tal enseñanza. Por ejemplo, un niño no puede aprender a hablar hasta que no esté maduro para ello. Después de haber madurado hasta alcanzar el habla, puede aumentar su vocabulario por el proceso de aprendizaje. El intento de acelerar la secuencia de maduración en el niño pequeño, es -

muy probablemente, el error más común de los padres (Bakwin y Bakwin, 1942).

Aunque la secuencia (y por lo tanto también la velocidad) - de maduración, está determinada por factores hereditarios, el medio ambiente sirve para sostener o modificar el grado de desarrollo (Gesell e Ilg). El crecimiento psicológico, por lo tanto es en gran parte producto de los potenciales heredados del niño y su medio ambiente. Un medio ambiente favorable asegura la óptima expresión de sus potenciales heredados.

Un medio ambiente desfavorable puede retardar o pervertir su plena expresión. Cada individuo es una personalidad distinta, cuyas experiencias en la temprana infancia son importantes para su futura conducta y relación con los demás.

Para comprender la individualidad y la madurez relativa de los niños y niñas, es necesario estudiar los procesos subyacentes de desarrollo que están actuando. Cada niño tiene un límite fisiológico para su condicionalidad y rasgos constitucionales y tendencias que determinan cómo, qué, y hasta cierto punto, cuándo aprenderá.

Es importante para el odontólogo que trata niños, reconocer - estos límites relativos a los diferentes niveles de edad, para que su acercamiento al manejo del mismo, sea compatible con experiencias del individuo.

PRIMER AÑO

En éste período nos interesa observar el desarrollo de los movimientos del niño.

Al final del primer año el niño normal no sólo es capaz de incorporarse y sentarse por sí sólo en su cunita, sino levantarse derecho y andar. También aprende a tomar la leche en su vaso y tomar alimentos sólidos, especialmente cuando se le ayuda con la cuchara. Es capaz de jugar con cualquier cosa, romper un trozo de papel, manosear los juguetes u objetos que le interesen (cogiéndolos por cualquier parte) y los cambia continuamente de lugar, o bien se los lleva a la boca, pues aún no comprende su valor. A esta edad las habilidades motrices muestran mayor variación individual e instintiva.

Cuando los distintos intereses se despiertan, los objetos constituyen el material para las acciones diversas que indican su fin.

La niña se divierte con una muñeca mucho antes que el niño con su juguete.

Al final de este año su capacidad de imitación y adaptación al medio ambiente es grandísima. La actividad de imitación se prolongará hasta los dos años.

Notemos que la actividad de imitación no sustituye a la actividad instintiva. El instinto empuja al niño a realizar, por medio de la imitación nueva fórmulas que capta y asimila del medio ambiente. Con la imitación aprende a servirse de objetos desconocidos para él y sobre todo a orientarse en las nuevas situaciones, es decir; les gusta tener un auditorio que alabe las cosas que hace.

El Instinto y los Reflejos.

Los instintos son considerados como manifestaciones de una actividad psicofísica la cual atiende la satisfacción de las necesidades elementales de la vida, entran en función cuando los órganos principalmente el sistema nervioso, ha alcanzado el suficiente desarrollo. Los instintos no están absoluta y rígidamente fijados. Sufren sobre todo, el influjo del medio ambiente. Tienen también la posibilidad de transformarse, modificarse, y adaptarse a las condiciones ambientales y a las necesidades de la vida, manifestando de este modo su plasticidad evidente sobre el hombre.

Los instintos se diferencian del reflejo porque éste es puramente un hecho nervioso. El instinto es el resultado de muchas acciones reflejas coordinadas para constituir una complicada estructura psicofísica, en los primeros momentos, suelen ser más o menos iguales en todos los sujetos normales de la misma edad. El desarrollo neuromuscular del niño en el primer año lo demuestran las posiciones que va tomando sucesivamente.

Ya en el segundo mes el niño es capaz de levantar la cabeza estando echado cara arriba, en el tercer mes, no solamente -

puede levantar la cabeza sino además la espalda. En el cuarto mes intenta volverse de lado. En el quinto mes con la cabeza levantada logra incorporarse unos instantes apoyándose con las palmas de las manos; en el sexto mes está sentado pero apoyando la espalda; en el octavo mes puede levantarse con una sola mano y sentarse sin apoyarse; en el noveno mes se sienta sin que nadie lo ayude y con el apoyo de alguien esta de pie o de rodillas; en el undécimo mes apoyándose, pero por sí mismo, se pone de pie en el duodécimo mes se sostiene de pie, y finalmente una mano para andar

La complejidad de estos procesos evolutivos de las funciones vitales instintivas y sensoriales ha sido llamado aprendizaje.

Medio Ambiente y Manifestaciones de Inteligencia.

En esta actividad, el niño no es estimulado únicamente por el exterior sino que está empujado a la acción por una exigencia principalmente interior que le fuerza a desarrollar la energía que posee.

El factor ambiente favorece más o menos este desarrollo, pero el ambiente es indirecto y solamente coadyuvante.

Así se puede observar que en el niño bien alimentado y cuidado posee una mayor energía que el niño abandonado a sí mismo y mal alimentado. El primero realiza mejor las funciones y operaciones elementales del instinto. Aunque tampoco faltan en el niño de condiciones más deficientes.

Como efecto de esto el niño es empujado a probar muchas veces un acto o movimiento que no había conseguido realizar, o bien lo había logrado parcialmente. Bajo este aspecto el ejercicio del instinto del niño podría parecer que requiera la intervención de la atención, al menos sensorial, una capacidad de perseguir un fin. El niño consigue realizar acciones por medio de intervención de la voluntad y el entendimiento. Para que no tuviera en cuenta este hecho intervendría la casualidad que existe en la actividad del adulto.

En esta actividad instintiva y del predominio de este período de la vida humana el educador ayuda al niño a realizar sólo - aquello para lo que está madurado física y psicológicamente.

Manifestaciones de Inteligencia.

En estos momentos se observan las primeras manifestaciones de inteligencia en una capacidad de adaptación a nuevas situaciones que demuestran que hay niños que desde el primer año ya son capaces de adaptarse a las situaciones ambientales, ya que en ciertos momentos pueden encontrar los medios para poder alcanzar un determinado fin.

Estas actitudes no pueden explicarse con reflejos o con instintos.

Se está preparando para que un día madure en una acción fundamentada sobre un acto realizado con perfecta realización a un fin conocido como tal.

Hay psicólogos que atribuyen inteligencia a los animales y al niño pequeño, porque inteligencia es una acción de un niño ó animal en sentido análogo a la del adulto que se propone un fin y capta la realización entre los medios y dicho fin. Esto es - equivoco, para interpretar dichas acciones son suficientes los procesos cognoscitivos sensoriales.

Imitación.

La imitación fundamento del aprendizaje.

La imitación es el rasgo más característico a partir del primer año, pero no es propiamente la imitación una preparación para ella.

Con mucha facilidad, más que de imitación tenemos que hablar de fenómenos de perseverancia, los cuales son causados por el placer que provoca en el niño, va repitiendo un gesto o sonido que ve realizado o emitido por un adulto, el cuál, de ese modo estimula, al pequeño para repetirlo y el niño lo repite, si ha alcanzado el desarrollo suficiente del sistema nervioso o la actividad psíquica. Debido a este mismo proceso, el niño abre y cierra los ojos, toma una actitud en todo su cuerpo, pero especialmente en su rostro.

Esto nos indica que la imitación y el aprendizaje se complementan mutuamente. El primer paso para un gesto es la imitación. La repetición la facilita aún más y se vuelve más precisa la ejecución del gesto.

Así el aprendizaje que se sirve de la ayuda neumotécnica vuelve automático el gesto.

Juego. La característica de la vida del niño en este período es la satisfacción que le procura, la manera de ejecución de determinados actos, repitiendo el mismo acto hasta la saciedad y variándose, demostrando así su alegría.

Así vemos al niño sentado en el suelo golpeando dos objetos uno contra otro entre los cuales no existe relación alguna. Este placer lo experimenta el niño en cualquier actividad que haya comenzado a realizar, ya sea por imitación. Con él satisface una exigencia manifestada como verdadera necesidad, para esto se dice que el niño juega solamente cuando está sano y en la plenitud de sus energías.

El niño se ve estimulado al juego por el mismo goce que le ofrece esta actividad.

En el primer cuatrimestre el niño juega realizando movimientos y esto le produce alegría.

En la segunda mitad del primer año comienza a emitir sonidos inarticulados que repite durante mucho tiempo en diferentes tonos hasta que se cansa, con la repetición el niño está aprovechando su capacidad de emitir sonidos y articularlos hasta sentir un vivo placer.

También en esta segunda mitad aparece otro juego, que es el juego con los demás, y vemos la alegría que experimenta cuando -

una persona se esconde detrás de él o de algún objeto.

En la segunda mitad del cuatrimestre el niño utiliza también objetos para el juego, con un trozo de papel se entretiene tirándolo por todas partes y destrozándolo. No le preocupa si los objetos que tiene son de valor o no. Si el objeto es brillante o produce ruido lo agita para provocar los reflejos psíquicos.

Los Factores del Juego son Factores Psíquicos.

Percepción. La percepción se manifiesta como un proceso psíquico, existe este reconocimiento porque se da ya una evocación de los nexos asociativos. No podemos hablar de la percepción en el espacio en el niño sino, cuando es capaz de coordinar y asociar datos que le ofrecen los diferentes organismos.

La noción de la distancia su magnitud y los datos visuales se asocian muy pronto y se coordinan con los datos sensoriales que le ofrecen: el tacto, los músculos los tendones, los ligamentos, es decir, todo el sistema receptor y la cinestesia. Sólo más tarde entran a formar parte del mundo espacial del niño los datos acústicos como noción del propio cuerpo, como centros de referencia de los diferentes datos sensoriales, sean visuales, cinestésicos o acústicos.

El niño empieza observándose a sí mismo sus manos, sus pies. Al principio observa con la misma curiosidad su propio cuerpo

que los objetos que lo rodean . La colocación acústica de los objetos en el espacio se verifican más tarde. Gradualmente el niño logra primero levantarse, luego ir de un sitio a otro, aprende a ponerse de pie, da un paso muy importante cuando logra acercarse a un objeto, más tarde evita los obstáculos que le impiden percibir cosas lejanas.

En sí el niño ofrece manifestaciones que indican su vida - psíquica. Son los afectos que predominan, pero su gran variedad e inestabilidad no permiten deducir que exista un modo constante de reacción, demuestran también las reacciones entre el niño y - mundo que lo rodea.

SEGUNDO AL CUARTO AÑO.

El niño aprende a tomar la posición correcta, mantenerla y dar unos pasos, además comienza a usar el lenguaje en forma de sonidos lingüísticos.

De hecho la posición correcta le da al niño la posibilidad de acercarse los objetos y las personas según el interés que le guíe hacia ellos. De este modo la vida cognoscitiva adquiere un nuevo desarrollo al ver el niño las cosas colocadas de un modo diferente en el espacio o a su alrededor. Según la posición ocupada se establecen ciertas relaciones. Esta nueva relación con las cosas y las personas ejerce una nueva influencia de la vida afectiva y en la actividad motriz que así se pone en condiciones de conocer directamente al mundo externo.

El mismo puede buscar ahora los objetos, acercárselos, tomarlos, puede también acercarse o alejarse de las personas, todo esto provoca en él nuevos estados afectivos y sobre todo actividades motrices, es decir, la vida se manifiesta como actividad en la que el niño se siente guiado por sus estados emocionales en relación con los intereses y necesidades.

Diferentes Etapas de Aprendizaje.

El niño de dos años no está suficientemente adelantado como para permitir relaciones interpersonales prolongadas, prefiere todavía el juego solitario, y le gusta más mirar lo que otros hacen, que participar en el juego.

Como regla, el niño en esta etapa no permite a otros que jueguen con sus juguetes, y le divierten más los juguetes con movimiento, como los trenes y coches.

A los dos años de edad el niño es todavía muy pequeño para llegar a él sólo con palabras, y debe organizar sus experiencias tocando, manoseando y palnoteando. Depende mucho de su madre y tiene tendencia a ser asustadizo.

En esta edad y hasta los tres años es común que cambie de una cosa a otra, en pocos minutos. El niño no puede ser forzado y cada actividad debe surgir finalmente de su interior. No debe esperarse que los niños menores de tres años respondan a preguntas u órdenes directas (Gesell e Ilg).

El miedo en los extraños alcanza mayor intensidad entre los dos y tres años, se pierde a causa de amplias asociaciones con otros extraños. Por esta razón los niños de muy corta edad se vuelven más sociables, y están dispuestos a relacionarse con extraños, mientras que los niños en granjas o que no tienen mu--

cho contacto social pueden ser tímidos o desconfiados, hasta que se identifiquen con el Dentista.

A los tres años, el niño ejemplifica generalmente, el comienzo de la semi-dependencia. Trata de agradar y conformar y es susceptible a las alabanzas. Se puede pactar con él, y si se le da una buena razón coopera con frecuencia en cosas que no le agradan hacer. Esta es también conocida como la edad del "yo también" y puede observarse un interés en compañeros de juego imaginativos. La madre casi es siempre la preferida.

El miedo al daño se asocia a menudo con la odontología porque el niño ha aprendido que el dentista puede hacerle daño.

Muy a menudo en la mente del niño se asocia el miedo al dolor con el ser malo, ya que en alguna ocasión, cuando fue malo - fue perjudicado con algún tipo de castigo. Puesto que él piensa que el dentista puede hacerle daño, puede interpretar su visita al consultorio como un castigo por haberse portado mal.

A los cuatro años, es la edad del "por qué?" y del "cómo?" durante la cual el niño expresa independencia y resistencia. Es un gran conversador y está generalmente "engranado en actividad". A esta edad, puede vestirse solo, le gusta estar con compañeros - alardear y jactarse de sus posiciones. Responde bien a las direc

La del comportamiento y la del Psicoanálisis.

Cada escuela interpreta los hechos conforme a sus teorías - pero aquí nada más se describen hechos.

Ontogénesis del Comportamiento de Gesell.

Se creó con razón que el crecimiento psicológico, así como el somático, son procesos morfogenéticos, es decir, asistimos a una organización progresiva de la forma de comportamiento lo mismo que del organismo.

La dirección del desarrollo, según el cual, el sistema de acción del recién nacido no crece simétricamente, sino que a la larga, se ve sujeto a los factores biológicos de diferenciación-entero-posterior.

Otro principio, es la interacción recíproca según la cual - la estructura neuro-muscular no opera solamente en sentido neuro-caudal, sino también las relaciones entre los órganos motrices-acoplados opuestos.

La asimetría funcional que es un fenómeno morfológico con efectos dinámicos y la madurez.

Las tendencias ontogénicas se han dividido en cuatro clases de acción:

- a). El comportamiento motor.
- b). El comportamiento de adaptación.

- c). El comportamiento verbal.
- d). El comportamiento verbal y social.

De estos y otros muchos, se saca la conclusión de que en todas las etapas del desarrollo, el comportamiento tiene sus formas y sus "configuraciones". El establecimiento de éstas formas lo da: la aparición de las manifestaciones específicas y características, el subsiguiente dinamismo de esta aparición y la diferencia progresiva del ciclo ontogenético.

Las formas del comportamiento están reguladas por la morfología del desarrollo y pueden ser analizadas en cuanto al espacio y al tiempo. Las configuraciones fundamentales, las correlaciones y la sucesión de las formas del comportamiento están determinados por un proceso de madurez. La madurez es más evidente en sus efectos en el feto y en el recién nacido, pero su influencia perdura durante toda la edad evolutiva, hasta que el potencial del crecimiento ha llegado a su final.

La estructura psíquica que posee el hombre al final de la edad evolutiva tiene que considerarse como el producto de un proceso de crecimiento.

Desarrollo del Comportamiento Motor.

Una de las formas del desarrollo que se observa durante este período es de los movimientos, que poco a poco, van coordinándose y permiten al niño poder tomar contacto con el mundo externo.

En los primeros días es posible llevar al niño de un sitio a otro sin que presente resistencia alguna.

Durante el primer mes no realiza movimientos intencionales; en el quinto mes tiende los brazos hacia un objeto, luego se lleva éste objeto a la boca, realiza movimientos para tomar todo lo que se le presenta. A los dos años controla todas sus necesidades corporales, además, los músculos de la mandíbula están mejor controlados, la masticación no exige tanto esfuerzo ya que es rotatoria.

A los tres años el pequeño es muy susceptible a sus relaciones personales, ya que son más flexibles.

A los cuatro años expresa cierta independencia y resistencia ya que a ésta edad puede vestirse sólo y hablar con sus amigos sobre sus posiciones.

Estos movimientos ya son intencionales, pero los realiza al

nivel de un solo plano. En los años siguientes no sólo adquiere la independencia, sino que es capaz de tomar un objeto de donde se encuentre y llevarlo a otra parte, y ejercer una determinada acción cuando le interesa. Para realizar ésto, es indispensable que el niño llegue a controlar los movimientos de sus miembros, coordinando las contracciones musculares para los fines que se propone; los movimientos han de tener una determinada forma para conseguir su finalidad. Para ello el niño hace intervenir determinados músculos o grupo de músculos, coordina los movimientos - que adquiere poco a poco, con ejercicio y habilidad.

En el control de los músculos hemos de realizar un equilibrio entre la contracción y la relajación de los músculos agoní-
ticos y antagónicos. La mayor parte de los músculos están apa-
rejados, uno se contrae y el otro se relaja, entran en juego la-
madurez anatómica y la fisiología que intervienen en el aprendiza-
je.

Progreso de los Movimientos.

Durante los primeros cinco años, el niño va transformando los mo-
vimientos innatos en movimientos voluntarios, y consiguientemen-
te aprende a caminar y tomar objetos.

El desarrollo de los movimientos se verifica según Canon: primero la cabeza, luego los brazos, las manos y los pies. Ante todo las partes más elevadas del cuerpo y luego las inferiores. Esta regla cabeza-pies, es la primera ley de la dirección del desarrollo de los movimientos.

Otro movimiento es sentarse; es interesante ver cómo pone los pies en el suelo, primero se apoya solamente sobre los dedos, luego con toda la planta del pie.

No todos los niños progresan con el mismo ritmo y tampoco aprenden a caminar del mismo modo.

Lenguaje.

Las diferentes funciones que ofrece el lenguaje humano se presentan gradualmente, aunque sus funciones más elementales sean limitadas, la aparición del lenguaje señala el comienzo de una nueva fase del desarrollo de la vida.

Las transformaciones del lenguaje se han de buscar en los gritos que lanza el niño en los primeros meses y en el balbuceo.

Estas excreciones espontáneas, de origen instintivo, hacen ejercitar el aparato fonatorio, que es la primera condición indispensable del lenguaje. El niño percibe los sonidos que emite y por el instinto de la limitación, intenta repetirlos. Este factor es condición necesaria para el desarrollo del lenguaje como fenómeno social.

Está en verdad esto, que los niños sordos debido a las lesiones del oído y a pesar que son capaces de gritar y balbucear nunca llegan hablar imitando. Llaman la atención del niño, el que los sonidos provengan de un determinado sitio. De éste modo indirecto va aprendiendo gradualmente, que el sonido es algo especial y que representa algo.

Pues las características del lenguaje están en que son un complejo de señales acústico-motrices percibidas o emitidas.

Para que pueda haber un verdadero lenguaje es necesario que estén organizadas, las conexiones nerviosas centrales, y funcionen, lo cual sucede entre el quinto y sexto mes.

En la infancia se dan dos manifestaciones completamente opuestas en la actividad humana; en la espontaneidad y la docilidad. Sin la espontaneidad, sin una capacidad mínima de recepción personal, el niño sería incapaz de aprender a hablar, pero muy particularmente cuando la vida intelectual adquiere consistencia o revelan la curiosidad, una especie de sentimiento, un don de anticipación que estimule la imitación.

También existen los períodos de estancamiento, en los que se madura todo cuanto se ha adquirido, espontaneidad y docilidad con las fuerzas que obran en sentido opuesto. Por el hecho de ser dócil, el niño se siente inclinado a emitir los sonidos del lenguaje, manifiesta muy pronto un carácter que podríamos llamar inteligencia.

Lo mismo que todas las demás acciones del niño, su hablar tiene un carácter inteligente. Pero no solemos hablar aún de inteligencia, sino sólo de un comportamiento que demuestra que la inteligencia se está preparando. En el niño la imitación está en estrecha relación de dependencia con la riqueza de la actividad-

espontánea.

Durante la espontaneidad, el niño en la imitación, tiene una fina tendencia a obrar por sí mismo, imitar a su modo con un carácter completamente personal. Si el ambiente es adecuado ejerce una gran influencia, pero hemos de admitir que el niño al imitar cualquier cosa, al menos en grado mínimo, al aceptar de los adultos que los rodean formas verbales, revela con esta espontaneidad un carácter humano que es un anticipo de inteligencia.

De los tres a los cuatro años, tiene una gran importancia para la adquisición del lenguaje. No basta sin embargo, un sonido, para que éste pueda llegar a ser un elemento de lenguaje, y ser repetido por la imitación y eventualmente por la espontaneidad.

Es indispensable que esté asociado a algo que ha de convertirse en signo. Hasta que no aprende el niño a asociar el nombre de algo que el signo indica, representa o sustituye, no existe el lenguaje. Es fácil comprender cómo sucede éste proceso de imitación que conduce a estrechar la unión asociativa.

Se puede afirmar que ésta iniciación al lenguaje se realiza por un proceso en el que interviene la rectificación, y tiene gran importancia el esfuerzo del niño para pronunciar en fónema y luego

go palabras nuevas, en todo éste variado proceso intervienen iluminaciones reservertas, quizás intuiciones, que le permitan al niño captar la relación de nuevas palabras. En el desarrollo del lenguaje el proceso evolutivo lingüístico, como cualquier otro proceso va por períodos.

A un proceso, rápidamente le puede suceder una paralización total, la cual, a su vez puede ir seguida por un desarrollo de ritmo acelerado.

La dificultad en el uso del lenguaje es de naturaleza fisiológica. Encuentra dificultad en articular el sonido que quiere emitir, porque sus músculos no dan la imposición del tubo fonatorio para pronunciar el fonema.

No encuentre dificultad en pronunciar fonemas que no requieran un esfuerzo especial para articular, y por consiguiente, pronuncia primero aquellas palabras en las cuales se encuentran las sílabas labiales, acompañadas de vocales abiertas. Más tarde pronuncia consonantes dentales, y más tarde guturales.

Así poco a poco aprende a imitar el tubo fonatorio para pronunciar fonemas complicados y articulados.

Una segunda dificultad más grave, está en el proceso que es fundamento del lenguaje. El niño imita solamente aquello que lo atrae, o bien, cuando está conforme con lo que imite. Lo que su-

cede en el lenguaje es un fenómeno de orden social.

El niño recibe de la sociedad en que vive, palabras, y les da a éstas lo que él mismo descubre, el niño se sirve de las mismas para indicar los sonidos que él cree que están asociados con ellos, es decir, interviene en la espontaneidad. Podremos decir que el lenguaje infantil tiene una existencia universal.

Valor de las Palabras del Niño.

Al principio nos da la impresión de que está hablando palabras aisladas. Esto significa que en los primeros meses el caudal lingüístico es muy reducido, más lo va enriqueciendo cada día. También los niños modifican las palabras para usarlas como frases, en las que ha invertido el orden de los sonidos o bien ha modificado las palabras en los fonemas, y no solamente esto, sino que hasta una misma palabra sin deformarla la usa como frase, esto puede ser por imitación.

Aún reconociendo la parte de la verdad de la afirmación no vayamos a creer que cuando el niño dice "quiero" manifiesta voluntad o cuando dice "feo" o "malo" quiere significar una calificación afectiva.

El niño llega a usar las palabras como medio de comunicación este hecho no obstante, demuestra que el lenguaje es un fenómeno social. No alcanza la madurez del lenguaje hasta el final de la llamada edad escolar, hacia los 10 diez años. Para la maduración del lenguaje es de suma importancia el desarrollo intelectual.

Por consiguiente tiene un gran valor el período de los 3 a los 10 años, aunque no debe descuidarse tampoco el período de -

los 2 a los 5 años que tiene un gran peso en el desarrollo del lenguaje.

De los 2 a los 6 años en adelante aprende frases complejas. Aquí empieza a preguntar ¿Cuándo? y ¿Porqué?.

Entre el primer y cuarto año la invocación de las representaciones está unida a las percepciones actuales.

Antes del final del segundo año tiene ya una capacidad de evocación sensorial, cuyo período latente se va alargando cada vez más de las 24 hrs. Es decir, reconoce y recuerda objetos y personas durante más tiempo.

En el tercer año, las impresiones desacostumbradas, principalmente los paseos o las excursiones, pueden parcialmente ser reconocidas después de una semana o más.

Al final de este año reconoce personas aún cuando no tenga relación con ellas.

En el cuarto año las evocaciones son más numerosas y duran hasta un año. Podemos decir que el niño tiene una memoria sensorial o representativa, cuyos contenidos son el patrimonio de los conocimientos sensoriales adquiridos, y por consiguiente de las experiencias del niño. Un verdadero aprendizaje sólo existe en la edad escolar. El niño entonces empieza a aprender, entendién-

dolo como acumulación de conocimientos sensoriales y motores, y en cuanto se adapta a la circunstancia variable de la vida.

Siendo diferente el proceso del aprendizaje, también lo es en este período y en la vida escolar. En este período el niño juega aprendiendo. Así el niño aprende a conocer las cosas y personas y a evocar representaciones, pero sobre todo, aprende a hablar, porque se divierte revisitando las cosas. Todo esto contribuye al aprendizaje del lenguaje.

Entre los dos y cuatro años vive sumergido dentro de su mundo presente y no le interesa el pasado ni el porvenir.

El niño, por no estar todavía desarrollada su inteligencia, no tiene lógica provocada o estimulada por estados afectivos, que hacen una agrupación más sólida.

De todo lo cual se deduce, que los niños cuando expresan algo, fácil e involuntariamente dicen lo que no es verdad.

Afirman las cosas más fantásticas y lo afirman con máxima convicción. Pero por esto no ha de hacerse caso a sus afirmaciones, por lo que se refiere a datos, tiempo y lugar.

Fantasia.

La actividad más importante, y en cierto sentido la única - es el juego unido íntimamente a la fantasía. Las representaciones de la fantasía son diferentes de las representaciones que nos - sirven para la reevocación del pasado unida íntimamente con la - realidad de la que se origina.

El niño llega a no distinguir las construcciones de la fantasía con la realidad. Esto se debe, a que no diferencia los aspectos con que se representan al mundo irreal de la fantasía.

Las representaciones fantásticas, a los tres años se van sucediendo una tras otra, con una velocidad máxima, de tal manera - que los llega a distinguir claramente de la fantasías. Por ejemplo, el niño pone en fila varias sillas, el orden de la sucesión esencial, suficiente para representar la fantasía de un tren con muchos vagones.

La fantasía infantil tiene necesidad de algún material sin - forma definida, se presenta a todas las exigencias de la fantasía y al obrar o hacer sus construcciones, el niño experimenta un in - deseable placer. En la infancia, en que la realidad y la ilusión, están en el mismo plano, la riqueza de la fantasía va disminuyendo con la edad.

JUEGO.

Cualquiera que sea el ambiente en el que haya crecido el niño, en el juego intervienen los elementos del instinto, las tendencias a conocer las actividades motrices, el instinto de imitación y la agresividad. Toda tendencia y disposición que manifiesta en el juego, sencillamente es el anticipo de una actividad que se va a realizar en la edad madura, pero actuando de acuerdo con la inteligencia.

Es decir se adapta en el juego al mundo circundante. Antes le gustaba jugar sólo; ahora empieza a buscar compañía de otros niños y poder tomar parte activa afirmando su propio yo.

Con esto llegamos a la fase en el que el juego sacia las tendencias sociales que empiezan a brotar. Llegando a este punto el niño es ya un muchachito, tiende a liberarse de la estrecha dependencia del ambiente familiar. Le gusta estar sólo o llegar a preferir estar con los adultos, escoge en particular un juego en el cual necesita la cooperación de sus compañeros de su misma edad. El niño juega imitando al padre, hay niños que sienten una ternura especial por su padre.

Según investigaciones, el estudio del desarrollo de los sentimientos y las emociones en el niño, permite establecer un modelo normal de los afectos familiares, que jamás presentan altera-

ciones substanciales , siempre que las condiciones del ambiente familiar no haya cambiado.

Esto es igual para niños y niñas, y está representado en todos los estudios del desarrollo del niño, por una intensidad en el afecto de la madre con respecto al padre.

Los juegos de los niños son más personales, y en cuanto a su contenido, es más variado, mientras que los de las niñas son más monótonos. Estas, en su juego, suelen mostrar su instinto maternal. A medida que avanza en edad, no quieren jugar solas.

A este propósito, hay que recordar que el juego en determinado momento del desarrollo adquiere un valor social.

Al principio prefiere al niño como compañero de juegos o a más, posteriormente prefiere jugar con la misma persona.

DEL QUINTO AÑO AL DECIMO.

En la primera infancia el niño presenta transformaciones profundas. Hasta éste momento, estubo encerrado dentro de su mundo-subjetivo; en adelante se dirigirá hacia los demás para participar en la vida del mundo externo.

En este período se encuentran los primeros signos de inteligencia y voluntad, con ellas el niño se transforma, y sus juegos-adquieren un nuevo aspecto, por fundirse ya sea en relaciones sociales o por la inteligencia, se consigue el uso del lenguaje como instrumento de comunicación de los propios estados anímicos, para llamar a las personas y denominar objetos.

En la edad escolar aparecen los distintos intereses, los gustos se diferencian, la atención es atraída más fuertemente por los objetos, y puede encontrarse durante bastante tiempo sobre una misma cosa, establecen lazos con otros niños.

En muchas ocasiones, el niño de 5 años, puede distinguir entre la "verdad y la mentira" y es capaz de autocritica.

El afecto emocional con la madre es sumamente fuerte, se sienten seguros a su lado, es decir, dócil, obediente, cariñoso - le gusta cooperar en todo lo que su conciencia le permita, las de-

cisiones no son difíciles de tomar.

Durante esta época de su vida, se procura, corregir los malos hábitos que haya adquirido anteriormente, no por medio de regaños y castigos, sino buscando las causas psicológicas que lo originan.

A esta edad el niño no gusta de jugar sólo, como solía hacerlo a los cuatro años. Prefiere reunirse en grupo, para juegos de aspecto social. Le gusta terminar lo que ha comenzado y hay un orgullo social por las ropas y conocimientos, es amante de la albanza y seguro de sí mismo.

El niño experimenta temores subjetivos íntimos a la odontología, en casa, se puede realizar un teatro con respecto a la visita al consultorio dental, es muy eficaz para desvanecer el miedo indebido e infundirle valor.

A los 6 años, el niño ha cambiado su interés por los lugares de recreo, en la escuela forma grupo con sus compañeros, hay en su vida cambios fundamentales, pasa de la cólera a la tranquilidad absoluta con suma facilidad.

Empiezan a esfoliarse los dientes temporales con suma facilidad y le aparecen los permanentes, inclusive la química del cuerpo sufre cambios sutiles que se reflejan en su aumento de la

susceptibilidad de las enfermedades infecciosas.

Le gusta que le llamen por su nombre, tiene interés por las historias, leerlas u oír que alguien las lea. Comienza a mostrar interés por las personas que están fuera del ambiente familiar - especialmente en los niños que se encuentran en la escuela o en los lugares de recreo. Hay un despertar del sentido social que se hace evidente a poco comenzar la escuela.

Se nota una gradual expansión de actividad fuera del hogar - interés que es llevado hasta los años preadolescentes.

Cuando el niño llega a la edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología, que fueron provocados por sugestión, imitación o experiencias desagradables, se han vuelto fáciles de manejar. Sólo unos cuantos conservan fobias definidas. El niño de esta edad demanda menos y se somete mejor. Está desarrollando una curiosidad marcada hacia el medio que lo rodea.

A los 7 años es la edad llamada de los sentimientos, mejora sus relaciones con los demás, motivo por el cual se le puede exigir más. El niño ha mejorado su capacidad para resolver temores aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Está en la edad de las preocupaciones, pero, está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de su-

ma importancia, para comprender y superar sus temores. esto nos indica que puede resolver sus temores hacia el tratamiento dental el Dentista puede razonar con él y explicarle lo que esta realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre su inconformidad, ya sea, levantando la mano o con algún otro gesto. A medida que los niños crecen sus temores se vuelven más variables e individuales.

DE LOS 8 A LOS 10 AÑOS.

A los 8 años tiene la conciencia de lo bueno y lo malo, quiere que se le aprecie su bondad, le gusta agrandar y exige que se le trate como una persona mayor.

A los 9 años es la edad intermedia entre la infancia y la pubertad, en esta edad no les agrada, ni necesita que se le proteja. Emplea lenguaje para expresar emociones sutiles y refinadas.

A los 10 años, tienen bien definida su individualidad y su penetración es tan madura que fácilmente puede considerarse como un preadulto.

Estos niños han aprendido a tolerar situaciones desagradables, muestran marcados deseos de ser obedientes. Manejan bien sus frustraciones, no tienen grandes problemas, se ajustan fácilmente a las situaciones en que se encuentran. Desarrollan un considerable control emocional. No les gusta que los fuercen, que se hagan injusticias o que los mimen, ya sean los amigos o el dentista en el consultorio.

Esta edad es la más propicia para planificar su futuro.

A partir de esta edad, tanto el niño como la niña, empiezan a manifestar una serie de trastornos biológicos, psicológicos y-

morfológicos, que lo transformen en un breadulto.

Conocimiento de la relación Causa-E.

En esta fase empieza a aparecer en los labios de los niños la pregunta "por qué", esto indica que quiere conocer la conexión de los acontecimientos. No se contenta con la comprobación de la existencia de un ser o un acontecimiento. Quiere saber el por qué de todo, debido al desarrollo de la inteligencia.

El niño se encuentra ante una situación nueva, que coincide con otra o ante un hecho que no se explica.

Se observa que el niño, cuando se le cuenta algo, no se contenta con cualquier historia, en la que los acontecimientos están unidos arbitrariamente. En la actividad motriz como en los procesos intelectuales, se verifica una gran diferencia individual en cada uno de los sujetos. En lo que se refiere al sexo, los niños llegan antes a un razonamiento discursivo y a ceptar el nexo-lógico, en cambio las niñas, tienen una mayor riqueza de las nociones.

Diferentes Problemas Psicopedagógicos

Subestacionalidad del Niño.

A). Esta primera cuestión es grave, u objeto de acaloradas

discusiones. La tendencia a la imitación por un lado y la incapacidad crítica, hacen que el niño copie fácilmente, e imite todo cuanto se le presente en el medio ambiente, y sobre todo, los gestos y actitudes de los adultos primeramente, y también sus juicios y expresiones verbales.

La reproducción de estos actos y palabras, hacen como si el niño obrara espontáneamente. ¿Cuántas veces se oye de los labios de un niño una blasfemia, o una expresión dulcísima, o se le ve hacer lo que hacen los adultos y hacerlo como ello lo hacen?, pero estamos frente a una pura imitación. Recordemos que la sugestión no es imitación, es algo más. Con la imitación el niño reproduce lo que hacen los demás y no capta el íntimo sentido de la acción realizada o de las palabras pronunciadas por aquel a quien imita.

En la sugestión en cambio, la influencia de una persona sobre otra, induce a ésta a hacer lo mismo, no por imitación, sino gracias a un influjo según el cual obra el sujeto.

El resultado de ésta nivela las palabras y las expresiones externas de los sujetos, sino también sus juicios, sus sentimientos y sus actividades voluntarias.

Antes de los cuatro años hay simple imitación, pero de los-

seis a los siete años, existe una sugestión verdadera. Por esto la sugestión requiere que exista, una actividad mental propia. En el fondo el niño se comporta pasivamente en la imitación y activamente en la sugestión.

La sugestión puede servir para formar buenos hábitos, por ejemplo:

Se le puede enseñar el hábito de la limpieza bucal, a resistir la influencia externa o dominarse a sí mismo.

También es buena para combatir el miedo, (en este caso, hay que sacar todo el partido posible de la imitación y la sugestión).

La sugestión varía de persona en persona, aunque ningún niño está libre de ella en el período de los 5 a los 7 años.

B). La mentira, la consideran como una característica de la primera infancia (en sus últimos años).

Generalmente suele designarse con el nombre de mentira, lo que no es realidad. Si el fenómeno de una verdadera mentira se encuentra ya en el niño, se tiene que sospechar de aquellas personas que lo rodean. En este caso sería más que un fenómeno de imitación o de sugestión. Para comprobar si el niño es capaz de decir mentiras, hemos de tener en cuenta que la mentira, es una afirmación, que tiene como fin engañar a otro, sobre hechos suce

didos o estados anímicos para provecho propio. La verdadera mentira, supone una noción elemental, al menos de que un hecho de - alma, puede ser callado o falsificado.

La conciencia que el sujeto tiene, de la no conformidad, entre lo que él se afirmado y lo que ha sucedido, nos permite distinguir la mentira de la ilusión.

La finalidad que el sujeto persigue, es decir, la utilidad que tiene para él mismo, la distingue de la mentira producida - por su propia fantasía.

Por consiguiente, existen características que distinguen la mentira; las cuales demuestran que para decir una mentira, es necesario un grado de desarrollo mental que está por encima del - que el niño posee.

La mentira puede ser, una simple superposición o confusión de datos de la realidad con los de la fantasía, tanto en el juego como en las palabras.

La mentira del niño suele llamarse solamente apariencia, o a lo más, es la primera manifestación de una actitud engañadora del comportamiento, debido a la influencia del ambiente.

No son raras, en cambio, los casos de aparente mentira por miedo. Una forma aparente de la mentira, la favorece el comienzo

de la actividad escolar, o cuando no existe una perfecta unión - entre los dos ambientes del niño en cuanto a la educación FAMI-- LIAR y ESCOLAR.

Por consiguiente, el niño no es mentiroso por naturaleza. Puede llegar a serlo, si una educación deficiente le induce a - ello, para defenderse o para huir de todo aquello que el cree e- rróneo. De este modo, fácilmente por sugestión se sugiere al ni- ño que mienta y se obtiene el resultado contrario.

El único modo de educar al niño en la verdad, es despertando en él, gradualmente el sentido de responsabilidad y el control - de sí mismo. Además debe tratarsele con mucha dulzura.

Diversas Actividades del Niño.

La sucesión de hechos intelectuales se puede observar en el juego. Antes de los tres años, el niño juega por jugar. Hacia el final del tercero y cuarto año, con el juego se propone realizar algo determinado. Al final del quinto año, la mayor parte de los niños, ya antes de comenzar el juego, dicen lo que van a realizar. Ahora bien, es éste un proceso mental que manifiesta cierta complejidad. Por esto, el niño necesita un período largo para elaborar y desarrollar este proceso mental que termina hacia los siete años.

Al llegar a esta edad, el niño logra realizar un fin conocido, de un modo global y abstracto, y según las exigencias impuestas por las posibilidades reales.

En el juego, el niño de cuatro años utiliza diferentes materiales y objetos, poco a poco el juego se va convirtiendo en trabajo, es decir, el niño se propone hacer ya algo determinado, y esto aún, cuando el juego tenga carácter de espontaneidad y le produce un goce por el hecho de ejecutarlo.

Además, a ésta edad el niño no gusta ya de jugar sólo, como solía gustarle a los cuatro años. Prefiere reunirse con otros niños para juegos de aspecto social.

Factores que Influyen en el Conocimiento del Niño.

Miedo.

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica de su hijo, para el tratamiento dental, está en relación principal con el problema emocional, miedo.

Es una de las emociones primarias del recién nacido y una de las causas que motivan y modifican la conducta humana.

El propósito de la enseñanza adecuada, no es eliminar el miedo, sino guiar al pequeño para que el mismo sea una protección contra el peligro.

Si el niño se siente atraído por el Dentista, el miedo de perder su aprobación, puede ser de algún valor en cuanto a motivarlo a aceptar la disciplina del consultorio.

Tenemos dos tipos de miedo: El miedo objetivo, y el Miedo subjetivo.

Miedo Objetivo. Son aquellos producidos por estimulación directa de los órganos sensoriales en contacto físico con la experiencia, y no suelen reconocer un origen paterno. Son una respuesta a los estímulos palpados, vistos, oídos, olidos o gustados, y son de naturaleza desagradable o disgustante. Un niño que

haya tenido contacto con un dentista, y haya sido tan mal tratado, que padeció un dolor indebido e innecesario, engendrará por fuerza un miedo a todo tratamiento dental futuro.

Es difícil lograr que un niño así lastimado, vuelva al dentista por su propia voluntad. Cuando se le induzca a volver, el dentista deberá proceder muy lentamente para restablecer la confianza del niño en el tratamiento dental.

El miedo objetivo suele ser de carácter asociativo.

El miedo odontológico puede estar asociado a experiencias no relacionadas con la odontología. Un niño que no haya sido tratado en forma adecuada o se le haya sometido a un dolor en un Hospital, o por una persona de uniforme blanco, puede generar un intenso miedo a la vista de uniformes similares en dentistas o higienistas dentales.

El miedo también disminuye el umbral de dolor, de modo que cualquier dolor experimentado durante el tratamiento dental puede aumentar y llevarlo a un estado de ansiedad mayor.

Miedo subjetivo. Son aquellos basados en sentimientos y actitudes que hayan sido sugeridas al niño por quienes lo rodean, sin necesidad que el niño haya padecido el incidente en persona.

La criatura sin experiencia, que oye de una situación desaa-

gradable o dolorosa experimentada por sus padres u otras personas generará muy pronto un temor a dicha experiencia, la imágen mental producida por el miedo queda retenida en la mente del niño y se torna temeroso.

Un niño que escucha a sus padres o compañeros referirse a un supuesto terror al consultorio dental, pronto lo aceptará como real y lo evitará en cuanto sea posible.

En un estudio reciente, Shoban y Borland, comunicaron que el temor a la odontología en los adultos, estaba basada en lo que habían escuchado de ella a sus padres, sin haber tenido ninguna otra experiencia.

La influencia de los padres, es de suma importancia en la actitud del niño hacia la odontología. Es imperioso que los padres informen a sus hijos de lo que podrán hallar en el consultorio dental.

El niño debe familiarizarse en forma general con los padecimientos, frente a los cuales encontrará. Debe conocer el aspecto y descripción del equipo dental antes de la primera visita.

Con la odontología actual no será necesario causar dolor alguno al pequeño.

Influencia Parenteral.

Cuando se desea un acercamiento para los niños en la práctica odontológica, debe conocerse, la importancia del ambiente hogareño y de la influencia de los padres sobre el pensamiento y la conducta del niño. Son los padres, quien con frecuencia se convierten en el principal problema para la conducción exitosa del tratamiento dental del niño.

Los niños y niñas que se presentan como pacientes, son productos que ejemplifican el ambiente hogareño y las actitudes de los padres.

Ignorar las variaciones de la conducta, experiencias y enseñanzas de los padres, cuando presentan sus hijos ante el dentista, es limitar el propio campo de utilidad al niño y a la sociedad.

Ejercer odontología para niños, sin evaluar al padre, sólo puede conducir al fracaso. Pero si puede establecerse una rutina de consultorio que requiera la participación del padre.

Actitud del Padre Hacia el Hijo.

Los padres difieren en sus actitudes hacia los niños, y tienden a ser demasiado cariñosos y protectores.

El rechazo, o la indiferencia, es común cuando la concepción no fue deseada, o cuando los padres son demasiado jóvenes - no maduros para aceptar responsabilidades.

La perturbación en la vida emocional de los padres, o en relación entre ambos, conducen generalmente, a algunos problemas en el manejo del niño. El afecto, protección, indulgencia, ansiedad, autoridad exagerada, desafecto o el rechazo por parte de los padres, se reflejan en la conducta del niño, y por consiguiente se convierte en un problema para el odontólogo.

La actitud que el padre asume en relación al hijo único, o a un niño adoptado justifica su consideración en el consultorio dental.

Afecto Exagerado. Puede llevar a demasiadas elabanzas y mimos, por parte de los padres. Estos niños están preparados inadecuadamente para ocupar su puesto en la casa o en la escuela, les falta valor en el consultorio.

Sobre-Protección. Algunas madres insisten en monopolizar todo el tiempo de sus hijos, sin permitirles jugar con otros niños por temor a que se lastimen, enfermen o adquieran malos hábitos de sus compañeros, por lo general no pueden usar su propia iniciativa, tomar decisiones por sí mismo, y sus síntomas expre-

sados son negativos y con un comportamiento irresponsable.

Que un padre sea dominante o indulgente en exceso depende de la disposición innata de la criatura y la relación del comportamiento con la madre.

Los hijos de padres dominantes, suelen ser de voluntad débil e indulgente.

Generalmente los niños sobre-protegidos intentan controlar cada situación, se niega a someterse a cualquier autoridad, las rabietas y fanfarronerías son sus características comunes y se niegan a jugar con otros niños en un plan de igualdad.

Demasiada Indulgencia. A veces los padres no niegan al niño la menor cosa deseada dentro de los límites de la entrada económica, ni se les restringe en sus actividades, hacen que les resulte difícil adaptarse al medio social. Estos niños no han sido forzados a afrontar la realidad moral, de modo que se tornan exigentes de atención, afectos y servicios. Puesto que los hacen sentirse superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas y tiránicos. En caso de no cumplir con sus exigencias, se impacientan y dan salida a su cólera, pelean con quienes no acceden a sus deseos, con los extraños procuran atraerlos y alargarlos, son joviales, pero si les fallan, despliegan su rebeldía y pueden llegar a resistir por la fuerza; son niños dañinos, son

son frecuentes sus arranques de mal humor, acceso de llanto, ya que esta actitud logra siempre lo que desea, éste niño se comporta de la misma manera en el consultorio que en su casa.

Ansiedad Excesiva. Caracterizada por una preocupación excesiva por parte del niño, como resultado de alguna tragedia provocada por un accidente o enfermedad seria. Puede estar manifestada por afectos exagerados, un exceso de indulgencia o protección por parte de los padres, que se oponen generalmente a que sus hijos alternen con otros niños, por lo tanto, el niño juega sólo. A la más mínima enfermedad son enormemente exagerados los cuidados y con frecuencia se le impide al niño ir a la escuela o cumplir con sus citas al dentista. Estos niños suelen ser, tímidos, vergonzosos, miedosos y cobardes.

Suelen ser buenos pacientes, cuando se les exhorta a que lo sean; pero pueden tener alguna dificultad para dominar sus temores, estimulándolos y dándoles seguridad, suelen responder en forma satisfactoria.

Autoridad Excesiva. En estos casos los padres suelen ser indebidamente criticones y regañones, pueden ser rechasantes; por lo tanto exige responsabilidad excesiva. No acepten al niño como es, sino lo colocan sobre una base de competencia con otros mayores.

Fuerzan al niño en un intento de educarlo, siendo por lo general demasiado estrictos y algunas veces manifiestan repulsión.

Este continuo malestar y criticarlos constantemente suele - provocar negativamente, sentimientos de evasión y resentimiento - el negativismo se manifiesta como tensión física y retirada ante cualquier forma de acercamiento, temerosos se resisten y tardan - para obedecer las órdenes y las cumplirán con la mayor lentitud - posible. Con bondad y consideración pueden transformarse en bue nos pacientes dentales.

Desafecto. La indiferencia de los padres suelen conducir - a un sentimiento de inseguridad por parte del niño, esto puede ser por razones sociales y económicas. La incompatibilidad entre la madre y el padre, celos en el hogar, o cuando hay padrastro - pueden conducir a un sentimiento de inseguridad. Todo niño necesita, el interés, estímulo o guía de sus padres, todos los niños tienen fracasos, y salvo que reciba cariños y comprensión, se - descorazona.

Los síntomas de la inseguridad son expresiones de la propia conciencia, es asustadizo, reticente, retraído indeciso y tímido vacila para decidirse, es propenso a llorar fácilmente.

El niño puede desarrollar malos hábitos; como negarse a comer y morderse las uñas.

Rechazo. Los niños son rechazados, en algunas ocasiones, a causa de celos entre la madre y el padre, la falta de madurez de los padres por no haber deseado a ese hijo, el haberlo deseado de otro sexo, y porque los padres son inmaduros y carecen de responsabilidad.

Un niño así generalmente se hace egoísta, resentido, vengativo, desobediente e imperativo, los arranques de mal humor, las mentiras y robos, son frecuentes.

Hijo Único. Con un sólo hijo, los padres se inclinan a ser demasiado cariñosos, ansiosos, protectores e indulgentes. El niño puede responder siendo tímido, miedoso y retraído. Si bien las posibilidades recién mencionadas con respecto al hijo único son bastantes comunes, hay muchas familias que tienen un sólo hijo y éste no muestra los síntomas característicos.

El Niño Adoptado. La tendencia de los padres con un niño adoptado, es ser demasiado cariñoso y considerados, no sólo porque quieran brindarle todas las ventajas en la vida, sino también

por el posible comentario que puedan hacer amigos y vecinos. Un producto común, resulta ser un niño tímido, miedoso y retraído.

Filosofía de los Padres con Respecto a la Enseñanza y Disciplina del niño.

La Enseñanza y la Disciplina de acuerdo a los Balkin, son elementos para dirigir las energías de los niños, por canales aceptables, para ayudarle a superar las formas de conducta menos maduras y refrenar las demandas emocionales excesivas. Enseñanza significa estímulo activo, mientras que disciplina implica restricción.

Los Balkin, creen que después de los dos a tres años de edad la forma más eficaz de castigar es, por medio de reprimendas, privaciones de privilegios, e indican más adelante que luego de aplicarse el castigo, debe despejarse la atmósfera, y en ninguna circunstancia, debe el padre demostrar venganza ni resentimiento.

Gessell e Ilg se refieren a tres tendencias principales de la filosofía, que tratan de los principios y de la práctica del cuidado del niño.

- 1) AUTORITARISMO
- 2) EL DEJAR HACER
- 3) EL EVOLUCIONISMO

Autoritarismo. Esta ideología va dirigida al perfeccionamiento, y coloca el premio sobre la progresión, no desviando su línea recta en la conducta. Se supone que el adulto comprende la necesidad de aprender de las nuevas generaciones.

Tales padres sostienen que sus hijos, son individuos formadores de hábitos, quienes suelen ser moldeados en determinados patrones de conducta. La ideología es incompatible con las tendencias del pensamiento totalitario y la rígida disciplina, bajo este régimen, tiende a ser severa y en muchas ocasiones; cruel. Esas exigencias parenterales tienden a producir negativismo, y un sentimiento de inseguridad en el niño, que se proyecta en el consultorio dental y en su desenvolvimiento de su vida.

El Dejar Hacer. Esta filosofía está expresada en la teoría que "El mundo va solo". Los padres se contentan con pensar que las cosas irán de lo mejor, si el niño no es confinado ni restringido en sus actividades. Creen que el niño sabe y que elegirá lo que es mejor para él.

A los padres en tal programa de guía para el niño se les pide de ejercer poco esfuerzo físico o mental. El resultado suele ser un chiquillo que muestra los síntomas comunes del desafecto.

Evolucionismo.

Evolucionismo. Este enfoque del cuidado y guía del niño es intermedio entre los dos extremos citados.

Reconoce y admite las fuerzas hereditarias de costumbres familiares, que dirigen y determinan las secuencias del crecimiento psicológico, como también el patrón de crecimiento individual del niño. Esta tendencia en la auto-regularización o auto-adaptación dentro de controles bien dirigidos e inteligentes.

El objeto es conservar todas las mejores potencialidades del niño. Un chico así guiado, se adaptará rápidamente a las rutinas del consultorio dental. Conjuntamente con el crecimiento psicológico del niño y la influencia parenteral, es importante considerar también que posibles relaciones, pueden tener el estado físico, la Escuela y la visita al Consultorio Dental sobre la conducta del niño.

ESTADO FISICO DEL NIÑO.

El Niño Enfermo.

La conducta del niño que ha estado enfermo en su casa durante un largo tiempo y ha recibido generalmente privilegios y atención especial, que el padre está obligado a brindarle, dadas las

circunstancias, altera su comportamiento en el consultorio dental.

Algunos niños disfrutan a su manera, el período de enfermedad, y por lo tanto, despliegan todos los síntomas característicos de la protección, indulgencia y afecto excesivo, cada vez que la ocasión lo requiera.

Es, el padre sensato, quien puede reconocer estas posibilidades de brindar una guía racional a su hijo, durante la enfermedad.

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

El espíritu del "Yo" también puede tomarse en forma común - en casi todos los niños que han estado en una institución, durante algunas semanas o más.

Nutrición. Las variables deficiencias vitamínicas y minerales, conducen a muchos problemas complejos, inclusive de conducta.

Irritabilidad, fatiga e inquietud, son unos pocos de los síntomas relacionados con la mala nutrición, pueden afectar la visita dental y la oportunidad de complementar un determinado tratamiento.

Fatiga Física y Mental.

La falta de sueño, es una de las causas que produce un estado de fatiga física y mental, incompatible con una buena conducta en el consultorio dental. Los niños pueden estar muchas veces, físicamente y mentalmente cansados, luego de un día largo de juegos y trabajos en la escuela, y por ésta razón es preferible la cita durante las horas de la mañana. Evidentemente algunos niños deben ser vistos durante la tarde, pero en todos los casos, debe tenerse en cuenta, la posible fatiga durante las horas avanzadas.

La Escuela. La enseñanza del jardín de niños o pre-escolar ofrece a éstos, la oportunidad de estar con otros niños, con lo cual ganan nuevas experiencias, mucho más temprano que los niños confinados al medio ambiente hogareño. Por lo tanto, el niño que concurre al jardín de niños, se adaptará rápidamente, a los distintos procedimientos dentales que el niño común y corriente sin experiencia escolar.

Factor Religioso. La influencia religiosa, cualquiera que sea ésta sea es un factor positivo en el desarrollo psicológico del niño, basada fundamentalmente en la influencia familiar.

Aunque no debe generalizarse acerca de la importancia de este factor para el desarrollo del carácter. Estudios realizados por Crow, demuestran que el niño que ha crecido con una educación religiosa, tiene mayor sentido de responsabilidad, respeto, honestidad, que aquel que fué educado en un ambiente, carente de normas. Los niños durante sus primeros años no tienen bien definido el concepto de la moral.

Factor Social. El mundo del pequeño no es únicamente su familia, y sus compañeros de escuela, sino que se relaciona con la vida social, llamémosla así, a el trato con otras personas o niños que pueden ser capaces de modificar favorablemente el carácter de la conducta.

Herencia. El patrón de madurez es generalmente similar para cada especie, de aquí que el género humano tenga muchas características en común. Al decir lo anterior nos referimos; a las características físicas y mentales.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alfredo Ardilla, "Psicología de la Percepción", 3a. Edición Editorial, 904, Buenos Aires (1980), Pags., 15-31.
- 2.- Arminoa Aberastury, "Aportaciones al Psicoanálisis de niños", 2a. Edición, Editorial, Paidós, Buenos Aires, (1979), Pag. 210.
- 3.- Beumont H. S. , "The Development of the Oral Cavity as Related to the development of Total Personality", Editorial Masson, París (1976).
- 4.- Cohen M.M., "Odontología Pediátrica", 2a. Edición, Editorial, Interamericana, México (1979), Pags., 13-23 27-47.
- 5.- Irving G. Sarason, "Manual de Psiquiatría Infantil", 2a. Edición, Editorial, Linusa, México (1978), Pags., 291-363.
- 6.- J. de Ajuriaguerra, "Manual de Psiquiatría Infantil", 1a. Edición, Editorial, Masson, París (1975), Pags., 3-42 63-68.
- 7.- Jean Piaget, "Psicología del Niño", 3a. Edición, Editorial - Paidós, Buenos Aires (1980), Pags. 15-31.
- 8.- John Charles Brouer, "Odontología para Niños", 4a. Edición, Editorial, Mundi, Buenos Aires Argentina (1980)
- 9.- Sidney R. Pina, "Odontología Pediátrica", 4a. Edición, Editorial, Interamericana, México (1976), PAg., 514.

CAPITULO II

TIPOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO

Después de haber analizado el desarrollo psicológico y los diferentes factores que influyen en la vida del niño, ahora vamos a ver el comportamiento de él niño ante el dentista y la actitud conveniente hacia el pequeño, además del comportamiento de los padres en el consultorio dental.

Niño Tímido Asustadizo o Vergonzoso.

Son varias las causas por las cuales puede ser así; poco afecto de los padres, sermones excesivos, autoridad y ninguna oportunidad de alternar con personas fuera de su ambiente hogareño.

Puede tratarse de un niño psicológica y emocionalmente inmaduro, generalmente estos niños se esconden detrás de su madre, miran al suelo o a otras partes cuando se les dirige la palabra, responden a pocas preguntas y no cooperan con nosotros.

Este tipo es frecuente entre aquellos que no asisten al Jardín de Niños, cuando ya tienen edad y a quienes sus padres no mandan por no quererlos separar de ellos, son de éste tipo también aquellos niños que habitan en zonas rurales o semirurales.

En estos casos hay que lograr que el pequeño se mantenga en confianza lo más posible, llamándolo por su nombre o diminutivo, podemos hablarle de su pasatiempo favorito para lograr aún más - confianza, la que debemos de conservar. Y de esta manera ya podremos pasarlo a la sala operatoria, le explicamos de acuerdo a su edad lo referente a su tratamiento e iniciamos el mismo.

Niño Consentido Incorregible o de Rechazo.

Es el resultado de excesivos mimos por parte de los padres- estos niños se caracterizan por llorar, patear y tirarse al suelo, para desplegar arranques de mal humor intentando por esos medios que sus padres lo saquen del consultorio dental.

La entrevista inicial con el padre y el niño, permitirá al dentista determinar el procedimiento a seguir en cada caso, por lo que debe tener en cuenta que no le conviene enojarse ni demostrar que está irritado o expresar antipatía por el niño.

Este problema es importante en la determinación del buen éxito o fracaso y la pérdida de pacientes y de la familia. Ante esta circunstancia el dentista debe mantener su tranquilidad -- procurando quedarse a solas con el niño para convercerlo de que debe portarse correctamente, desde luego, debe hablarle con autogridad más no con irritabilidad.

Nunca posponer para la siguiente cita el tratamiento que ~

se haya empezado ya que en la subsiguiente cita su comportamiento será igual y así sucesivamente, sin que se llegue a lograr un tratamiento adecuado.

Es demostrar pocos conocimientos de Psicología, ridiculizar o avergonzar al pequeño, además es una pérdida de tiempo colocarlo en el sillón dental, con el propósito de subirlo y bajarlo ya que esto nos quita tiempo y nunca conseguiremos su cooperación.

Si continua llorando y se niega a responder a nuestras preguntas le hablaremos de una manera energética diciéndole que no queremos lastimarlo deteniéndole fuertemente para poder así atenderlo con su cooperación o sin ella.

Pero si a pesar de ésto persiste en su conducta de llorar - como último recurso nos veremos obligados a usar algunos de las técnicas como la de Mano sobre boca y Mano sobre nariz y boca. Explicéndonle que no es agradable hacer eso, pero que se repetirá la maniobra sino deja de llorar. Es raro que la técnica que se ha mencionado deba repetirse en la siguiente cita.

El paciente gana más confianza en cada nueva visita y se convertirá en nuestro amigo a medida que el tratamiento adelanta.

El padre generalmente no tarda en expresar su satisfacción y relatar el asunto a los amigos cuando se ha terminado.

Este tipo de niños se presenta frecuentemente en los varones que no lloran ni contestan a las preguntas que se les hace, no abren la boca, o también suelen decir "no quiero que me hagan nada" o "no me importa si mis dientes están malos".

En estos casos es mejor quedarse sólo con el paciente y convencerlo de que lo que vamos a hacer es en bien de él, si esto no lo convence puede aplicarse el tratamiento del niño incorregible.

Algunos autores recomiendan el uso de la fuerza, pero este procedimiento es poco recomendable ya que los resultados anteriores serán contraproducentes aún cuando en el momento sean útiles.

Niño Miedoso

El miedo puede ser vencido estableciendo confianza con el pequeño. La imaginación vuela en los niños cuando se acercan al consultorio por primera vez. Cuando ésto suceda debemos decirle que no vamos a causarle molestia sino todo lo contrario trataremos -- por todos nuestros medios que esten a nuestro alcance efectuar el tratamiento sin causarle problemas, nunca debe perderse la oportunidad para estimular, la amistad, comprensión y apreciación de -- los méritos del pequeño.

Niño Enfermo

El niño enfermo cuyo estado no justifica un esfuerzo adicional, debe recibir el tratamiento mínimo necesario para tratar la molestia y eliminación de cualquier foco de infección, a estos pequeños se les debe de hacer un tratamiento de emergencia hasta que estén suficientemente bien para complementar su tratamiento dental.

Niño Cooperador.

Desde el momento que llega a la sala de recepción se comporta de una manera normal, desde luego tomando en cuenta su edad.

Al pasarlo a la sala de operatoria obedece a nuestras órdenes sin reparar en nada. Le mostraremos el uso de nuestro instrumental y aparatos para que al usarlos no desconfíe. Debemos procurar hacer rápidamente nuestro trabajo y tener cuidado para no molestar innecesariamente al pequeño. Ya que si abusamos de nuestro tratamiento podemos convertirlo en paciente problema.

Desarrollo Psicológico.

El Odontólogo que guía a los niños en la experiencia odontológica se da cuenta que un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos.

Este cambio quizás sea una razón para que la relación del niño pueda diferir en el consultorio dental entre una visita y otra, es un hecho reconocido que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento.

No hay dos niños, ni siquiera en la misma familia, que sigan exactamente el mismo esquema.

Todos los que trabajen con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica. Esto en verdad, no tiene importancia para el dentista sin embargo en el diagnóstico de los problemas de la conducta y también en la planificación del tratamiento debe considerar ambas ideas fisiológicas y psicológicas.

A continuación se resumen los aspectos considerados en la Orientación de la Conducta del Niño.

- 1.- El manejo exitoso del niño depende del cariño, la firmeza, el sentido del humor y la capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.
- 2.- El odontólogo debe encarar la situación de manera positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea que el trabajo es extremadamente importante y esencial para el bienestar del niño.

3.- Algunos psicólogos declararon que los miembros del equipo de salud deben evitar todo conflicto o lucha con el niño.

Si el niño se resiste al tratamiento odontológico, sin embargo, la lucha está instituída, y debe ser el odontólogo quién gane. En otras palabras, hay que hacer algo determinante llegado el caso.

4.- Si el niño demuestra un mal hábito, debe ser rechazado o vencido desde el comienzo.

5.- El odontólogo debe alentar todos los buenos hábitos con elogios y debe esperar el momento apropiado para felicitar al niño.

6.- Se ha de intentar una transferencia de la confianza, seguridad y entusiasmo del odontólogo y su asistente, hacia el niño.

7.- Si el niño no desea conceder que hay trabajo importante que realizar, el odontólogo debe mantener su enfoque positivo; en primer lugar mediante el control de la voz, si ésto no tuviera éxito, deberá de utilizar alguna forma de restricción para crear la imagen de que va a ser constante el esfuerzo por proporcionar el debido servicio de salud.

- 1.- Bigou Baer, Donald Baer, "Psicología del Desarrollo Infantil", 2a. Edición, Editorial, Trillas, México (1978), Pags., 31-53-93.
- 2.- Cohen M.W., "Odontología Pediátrica", 2a. Edición, Editorial, Interamericana, México (1978) Pags., 51-57-147-173 117-141 130-164.
- 3.- "Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas de Aprendizaje" 2a. Edición, Editorial, Nueva Visión, Barcelona (1980), Pag., 9.
- 4.- Gloria Ingrid Barata, Angelica Baranto Herrera, "Alteraciones Psicológicas en los Padres ante la Prácticas de un Niño con Retardo Mental", Tesis Profesional, México, (1983) Pags., 10 - 15 - 25.
- 5.- Helen Bee, "El Desarrollo del Niño", 1a. Edición, Editorial Harla, México (1979), Pags., 83-105 117-122 131-144 150-174 205-221.
- 6.- Neill P.S. Suerhill, "Un Punto de Vista Radical Sobre la Educación de los Niños", Editorial, Fondo de Cultura Económica, México (1975), Pag., 102.
- 7.- Ronald Smith, Irving G. Sarason, "Psicología Fronteras de la Conducta", 2a. Edición, Editorial, Marco, España (1980) Pags., 170-217 442-469.
- 8.- Sidney B. Finn, "Odontología Pediátrica", 4a. Edición, Editorial, Interamericana, México (1976).

CAPITULO III

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

En general se esta de acuerdo, en que la preparación de la conducta del niño en el consultorio odontológico es el requisito previo para su atención dental. Por años se enseñó esta importante consideración para el tratamiento odontológico y la practicaron algunos según la filosofía de ensayos y fracasos porque hay un vacío en nuestros conocimientos del enfoque correcto de la preparación psicológica del niño para que acepte la Odontología.

Pese al conocimiento a menudo limitado de la Psicología del niño, los odontólogos logran en sí llevarse bien con los niños y son capaces de trabajar, con el mismo grado de eficacia que los adultos. Sin embargo, le resulta mucho más fácil aceptar a cada niño si supiera que un problema de conducta o estado de ansiedad puede ser diagnosticado y tratado con facilidad, tal aceptación se producir' sólo como resultados de estudios e investigaciones en el campo relativamente intacto de la Psicología Infantil con relación a la Odontología.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio con algo de aprensión, miedo y ansiedad, -

pueden controlar estos temores si se les racionaliza.

Illingswort declaró igualmente que los "niños problema son - niños con problemas". Es interesante observar que el comportami-- ento del niño puede fluctuar en períodos de tiempo muy pequeños.

Puede que a los dos años el niño coopere y sea bien educado mientras que a los dos años y medio se vuelva difícil y contradic-- torio. A los tres años es amigable y tiene buen dominio de sí mis-- mo, mientras que a los cuatro y cuatro y medio puede volver atrás en su comportamiento y ser difícil de controlar.

El comportamiento poco cooperativo de un niño en el consul-- torio dental esta generalmente motivado por deseos de evitar lo - desagradable y doloroso, y lo que él puede interpretar como amena-- za a su bienestar.

Dado que los niños actúan por impulsos, el miedo al dolor_ puede manifestarla en una conducta desagradable sin que los mis-- mos impulsos tengan relación.

Aunque el comportamiento del niño sea poco razonable y no se comprenda bien es totalmente intencional y se basa en su experien-- cia subjetiva y objetiva adquirida durante su vida entera.

El condicionamiento total del niño regirá su comportamiento_ emocional en el consultorio dental.

Se puede seguir razonando por esta línea y declarar que el niño se comportará en el consultorio dental de alguna forma que en el pasado le sirvió para liberarse de algo desagradable, con negativismo y ataques de mal genio.

Cuando el niño aprenda que en el consultorio dental no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportándose así. No se pueden hacer tratos con un niño de corta edad acerca de su comportamiento. En estas situaciones es mejor usar una autoridad benévola. Se ha discutido la importancia de traer al niño al consultorio dental para que se familiarice con el dentista y con el medio dental.

Cuando el niño llega para que se le haga alguna corrección dental su comportamiento dependerá no tan sólo de su acondicionamiento anterior, sino también de la capacidad que tiene el dentista para manejar al niño adecuadamente. Mucho depende de como impresiona el odontólogo al niño y de como va a ganar su confianza. Cuando se ha establecido la relación, deberán realizarse el tratamiento dental sin retraso.

Los sentimientos de un niño no pueden ser valorados, si esta asustado o realmente tiene miedo, no puede temer a alguien y a la vez sentir afecto por él.

No puede estar enfadado con alguien y a la vez sentir cariño por la persona. Por lo tanto si se trata con un niño asustado y temeroso, deberá eliminarse primero el miedo y sustituirlo por sensaciones agradables y afecto al odontólogo. Incluso si sólo se puede eliminar el miedo hasta un punto en que quede algo de escepticismo y reservas, puede que sienta afecto y así mismo confiarse.

Cuando se llega a esta etapa, podemos decir que la batalla del manejo del niño está casi ganada.

Si es posible, el odontólogo debería establecer buenas relaciones con el paciente antes de separarlo de su madre, porque de otra manera el niño puede sentir que lo están forzando a abandonarla. En un niño de corta edad, el miedo al abandono es crítico.

Existen enfoques adecuados al manejo psicológico de los niños en el consultorio dental. No se puede dejar todo el tratamiento para después, ya que esto no ayuda en absoluto a eliminar el miedo. Puesto que los niños temen excesivamente a lo desconocido y se vuelven aprensivos para afrontar nuevas situaciones; visitar al odontólogo antes del tratamiento, puede hacer que lo desconocido se vuelva más familiar y tal vez mitigue temores o necesidades futuras de huir.

Este metodo da resultado con niños que aun no van a la escuela, y en menor medida con niños mayores.

Aunque una visita preeliminar al dentista es valiosa, a menos que se tengan que realizar algún trabajo dental en algunas de las visitas siguientes; si se permite que el niño observe como se realizan trabajos dentales en otros le servirán de reto. Observar a un hermano mayor o a uno de los padres en la silla dental le dará más confianza que observar a un extraño pero, como Ghose y sus asociados declaran; "puede ser poco eficaz para niños menores de tres años. Si el niño ve que se realizan los actos operatorios frecuentemente querrá e incluso deseará intensamente que realicen en él los mismos procedimientos. Muy a menudo saltará a la silla sin que se lo hayan pedido, en este entusiasmo existen peligros; si no observó expresiones de molestia en la persona que le presidió, pero descubre con sorpresa que a él le estan haciendo daño, puede que su entusiasmo se convierta en desilución y tal vez pierda la confianza en el dentista. Es difícil volver a ganar la confianza de un niño afectado de esta manera.

Si el procedimiento tiene que producir cierto dolor, aunque sea mínimo es mejor prevenir al niño y conservar su confianza que dejarle en el engaño.

Tratar de convencer verbalmente al niño para que pierda su miedo sin darle evidencias concretas de por qué, no es muy eficaz puesto que los terrores que se desarrollan a nivel emocional, o -- las llamadas a nivel intelectual, son generalmente ineficaces.

Cuando el niño esta en contacto con la situación que produce miedo, la ayuda verbal es inútil.

TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO

A través del reacondicionamiento realizado con la guía del - dentista, el niño aprende a aceptar los procedimientos odontológicos y a gozar de ellos. Pierde su miedo a la Odontología porque - aprende que lo desconocido no representa un peligro para su seguridad.

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

El primer paso para el reacondicionamiento es saber si el -- niño teme excesivamente a la odontología y por qué, esto se puede saber, preguntando a los padres acerca de sus sentimientos personales hacia la odontología, viendo sus actitudes y observando de - cerca al niño. Cuando ya se conoce la causa del miedo, controlarlo se vuelve un procedimiento mucho más sencillo.

El siguiente paso es familiarizar al niño con la sala de tratamiento dental y con todo su equipo sin que se produzca alarma ex - cesiva. Por éste medio se gana la confianza del niño y el medio se troca curiosidad y cooperación.

Puede uno acercarse a la mayoría de los niños si primeramente

se despierta su curiosidad. A todos les encanta los instrumentales nuevos, cualquier equipo y mecanismo les interesa y los llena de emoción.

Que mejor lugar que la sala de tratamiento para encontrar instrumentos que estimulen el interés del niño. El dentista explicará como funciona cada pieza, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio.

Después de familiarizar al paciente, la siguiente meta será: ganar completamente su confianza. Si se eligen con cuidado las palabras e ideas de la conversación, podrán llegar a comprender sin perder mucho tiempo. Al establecer ésta confianza, el dentista debe hacer saber al niño que simpatiza con sus problemas y los conoce. Cuando se esta estableciendo la relación, la conversación deberá elejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares del niño, hablarle de amigos, animales o de la escuela es muy recomendable.

Cuéntele lo triste que se siente porque su perro no puede acompañarlo diariamente al consultorio, si el niño ama a los perros pronto florecerá entre ambos una comprensión compasiva. Si el niño tiene problemas con alguna asignatura de la escuela, dígame que también encuentra ese tema muy difícil.

Explíquese que puede comprender sus problemas porque también los tuvo cuando iba a la escuela, de ésta manera empezará a haber comprensión y confianza.

El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños, puede dejar su personalidad profesional para convertirse sólo en su amigo.

La manera más fácil de ver al dentista; es que este mismo se lo diga, porque es necesario "componer sus dientes".

En este momento, el niño estará generalmente receptivo para su adoctrinamiento dental.

Paciencia y consideración ayudan enormemente a establecer armonía en el consultorio dental. Se ha discutido brevemente el método de reacondicionamiento. Esto engloba varios aspectos de la técnica usada por Anddelston de "decir, mostrar y hacer", el autor estima que utilizando este método no se producirán traumas psicológicos y que el niño a medida que pasa el tiempo, estará esperando su visita dental con alegre anticipación.

No estamos declarando que ésta sea la única técnica o la mejor; tan sólo representa un procedimiento que resultará satisfactorio y servirá de guía para que los odontólogos formulen sus propios procedimientos, ya que cada niño reacciona de manera diferente.

ser atractiva, para que el niño sienta que es enviada a él, un dibujo de algún personaje de cuento en la tarjeta le ayudará en sentido práctico, la sala de operatoria puede hacerse más atractiva al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando, el dibujo de un niño alegre es siempre bueno.

Hacer que el asistente aprenda a hacer animales u otros objetos con bolsas de algodón, esto resulta muy divertido para el niño. Tratar de evitar que los niños pacientes vean sangre o a adultos con dolores. Las personas con ojos enrojecidos de llorar o perturbados emocionalmente enervarán a los niños. Evite que vean a estos pacientes, haciendo que salgan por otra puerta o programando las visitas infantiles para el mismo horario diariamente.

PERSONALIDAD DEL ODONTOLOGO Y SU ASISTENTE

Es muy importante que el niño sienta que todas las personas del consultorio le infunden confianza. Esto habrá de verificarse con el asistente, la recepcionista, así como el odontólogo.

Los niños son muy sensibles a emociones ocultas, e identificarán rápidamente cualquier falta de entusiasmo hacia pacientes infantiles, y esto les desalentará aún más.

Si un odontólogo va a tratar pacientes infantiles; deberá asegurarse de tener los suficientes conocimientos psicológicos para manejar al niño sin producir traumas. El dentista también deberá asegurarse que el personal que emplea ama a los niños y los trate bien, y que sabe como manejarlos. Si los auxiliares tratan de forma inadecuada al niño, las oportunidades de éxito que tenga el odontólogo se verán disminuidas enormemente.

Momento y Duración de la Visita

Cuando se trate a niños, es importante la hora y la duración de la visita, ambas pueden afectar al comportamiento del niño.

Cuando sea posible, los niños no deben permanecer en el sillón más de media hora. Si la visita tarda más, los niños pueden volverse menos cooperativos hacia el final. Los pacientes muy cooperativos, si se cansan con visitas demasiado largas, pueden llegar a un punto de saturación en el que empiecen a llorar. Una vez que el niño pierda su postura, por muy tranquilo que este y sean muchos sus deseos de cooperar, difícilmente podrá volver a hacerlo.

También la hora de la visita del niño tiene relación con su comportamiento.

Estudios recientes han indicado que ni la hora ni la duración de la cita tiene importancia crítica en el comportamiento del niño. Sin embargo, no deben darse horas de visita durante el período normalmente dedicado a la siesta, a los niños que todavía no van a la escuela. Los niños vienen a la hora de la siesta generalmente adormilados, irritables por lo tanto son difíciles de manejar. Lloran con facilidad y tienen reducidas sus capacidades sus capacidades de soportar molestias.

Un niño que niega totalmente su cooperación cuando viene a la hora de la siesta puede cambiar radicalmente su actitud si se le trata a otra hora. Los niños no deberían ser traídos al dentista poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como puede ser el nacimiento de un hermano o hermana, o la muerte de alguien cercano a ellos. El niño está experimentando en este momento traumas emocionales y la visita al dentista sólo añadirá más ansiedades y desconcierto. En este momento, será muy difícil lograr cooperación y pueden encontrarse dificultades emocionales.

La Conversación del Dentista

Cuando hable a los niños el odontólogo deberá ponerse a su

mismo nivel en posición y conversación en palabras e ideas, no tiene ningún valor usar palabras demasiado difíciles que el niño no pueda entender. Hablar demasiado confundirá al niño, y le producirá desconfianza y repugnancia, debe utilizar palabras sencillas y cotidianas que suelen usar sus pequeños pacientes.

Al seleccionar temas de conversación, elija temas de situaciones familiares, si por ejemplo habla de fútbol con un niño no discuta las reglas complicadas del juego, sino hable de las experiencias personales del niño en el campo del juego, deje que el niño lleve la conversación. Si el niño es muy pequeño, es conveniente añadir algo de fantasía para dar más interés. No utilice palabras de bebé con los niños de cuatro o cinco años. Los niños se sienten alagados, si los adultos los consideran mayores de lo son, nunca subestime la inteligencia del niño, aleje la mente de los niños de los procedimientos dentales, y haga que estén interesados en lo que está diciendo. Siempre que esté trabajando con un niño no le haga preguntas que requiera respuesta inmediata, si tiene ambas manos y algunos instrumentos en su boca. Los niños tienden a utilizar una pregunta como excusa, para interrumpir por unos minutos el tratamiento. A la mayoría de los niños les gusta oír hablar al dentista, se sienten menos ignorados y olvidados, si los niños hacen preguntas debe tratar de responderlas con la -

mayor exactitud posible, sin embargo, no debe dejar que los niños usen las preguntas como técnicas dilatorias.

Conocimiento del Paciente.

Es buena política conocer al paciente infantil antes de que llegue al sillón dental, cuando los padres llamen por primera vez para pedir cita, puede obtenerse información sobre el niño.

Preguntar cuánto sabe el niño acerca del dentista y procedimientos dentales, preguntas como: ¿teme el niño ir al dentista?, ¿es nervioso?, ¿se lleva bien con los adultos?, ¿ha estado hospitalizado alguna vez?, ¿tiene miedo a su médico?, le pueden dar una idea del comportamiento futuro del niño.

Se puede aprender mucho sobre el comportamiento emocional del niño observándolo en la sala de recepción, si está sentado en el regazo de su madre o abrazado de ella, se pueden anticipar dificultades en el primer encuentro, sin embargo, el niño que se sienta sólo y lee un libro o juega alejado de su madre, se puede suponer que es emocionalmente maduro y está bien centrado para recibir tratamiento odontológico.

Atenciones al Paciente

Cada niño deberá recibir la atención completa del dentista, siempre trate al niño como si fuera el único paciente que ve al día, nunca deje a un paciente muy pequeño sentado sólo en el sillón, ya que sus temores aún no disipados por completo, pueden agrandarse. Si tiene que abandonar la sala de operación, aunque sea por un minuto, asegúrese de que este presente su asistente, sin embargo, si el niño esta claramente atemorizado, es mejor que el odontólogo no abandone en absoluto la sala dental, también es mala política, transferir al paciente infantil de una sala a otra para realizar otro tipo de tratamiento, esto presenta una situación nueva para el niño y le causará ansiedad.

Habilidad y Rapidez del Dentista

El odontólogo deberá realizar sus deberes con destreza, rapidez y mínimo dolor. Cuando se hacen trabajos operatorios, la manera correcta es generalmente la más sencilla y fácil, esto no implica técnica descuidada o trabajos de calidad inferior, sin embargo, es posible hacer que las técnicas operatorias vayan bien, si se emplea la técnica a cuatro manos correctamente, se ahorrará tiempo durante el acto operatorio.

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

Pronto sabrán que el operador es poco eficiente, y éste perderá la confianza del dentista. Trabaje suave y cuidadosamente y no pierda tiempo en sus movimientos. El niño puede soportar molestias si sabe que pronto se acabarán.

Uso de Palabras que inspiran Miedo

El odontólogo deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño, mucho de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemorizante de alguna palabra.

Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como "aguja" o "fresa", y sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si se les llama de otra manera. Cuando se trata con niños deben evitarse los engaños, y deberán usarse palabras que ellos conozcan y usen diariamente, cada odontólogo puede utilizar la selección que prefiera.

Así tenemos, que en lugar de usar palabras como "inyección", "aguja" o "pincho", podríamos decir: "vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como el bquete de un mosquito", saben que -

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

Pronto sabrán que el operador es poco eficiente, y éste perderá la confianza del dentista. Trabaje suave y cuidadosamente y no pierda tiempo en sus movimientos. El niño puede soportar molestias si sabe que pronto se acabarán.

Uso de Palabras que inspiren Miedo

El odontólogo deberá evitar utilizar palabras que inspiren miedo al niño, mucho de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado temerizante de alguna palabra.

Algunos niños se estremecerán de miedo al oír palabras como "aguja" o "fresa", y sin embargo, no se oponen demasiado a la experiencia si se les llama de otra manera. Cuando se trata con niños deben evitarse los engaños, y deberán usarse palabras que ellos conozcan y usen diariamente, cada odontólogo puede utilizar la selección que prefiera.

Así tenemos, que en lugar de usar palabras como "inyección", "aguja" o "pincho", podríamos decir: "vamos a poner algo en tus encías que se sentirá como el pique de un mosquito", saben que -

los piquetes de mosquito son molestos, pero el dolor no es suficientemente grande o duredera para producir ansiedad.

En vez de palabra "fresa", que para el niño significa "hoyo" en un diente", dígame que va a cepillar sus dientes y va a sacar los insectos malos que se encuentran en ellos, de este modo el dentista informe al niño de lo que va a hacer sin que produzca miedo. Si el odontólogo considera que va a producir dolor considerable, puede explicárselo de la manera que se mencionó anteriormente, en conclusión podemos decir que cuando se trate de niños, debemos de informarle lo que se le va a hacer, pero evitando usarlo, utilizando palabras mal seleccionadas que le sugieran dolor.

Uso de Admiración, Helegos Utiles?, Alabanzas y Recompensas?

En proceso de aprendizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Existen muchos tipos de recompensas para los pacientes que se portan bien, una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del dentista, or lo tanto si el dentista reconoce la conducta ejemplar del niño va a influir para que este se porte cada vez mejor, cuando el niño sea buen paciente, dígaselo -- éste pondrá una meta a su comportamiento futuro, y hará todo lo posible por conservar el nivel que el mismo ha establecido.

Cuando elabe al niño, elabe mejor su comportamiento, que el individuo, por ejemplo, en vez de decirle que ha sido un buen niño, dígame que hoy se portó muy bien en el sillón. Darle al niño un regalo cuando se porte bien forma parte de su manejo adecuado.

Algunos odontólogos dan pequeños objetos o juguetes, muchos dan cupones para comprar helados en alguna tienda cercana, etc. - dar a los niños estrellas doradas para que la peguen en la cartulina que esta en la sala de recepción es muy eficaz. Más sin embargo, debemos tener en cuenta que lo que impresiona favorablemente al niño, más que un regalo, es que se le reconozca su mérito.

Los Sobornos y el Paciente

Podemos decir categóricamente: nunca soborne a un niño.

Raras veces da resultado positivo el soborno, el resultado será sencillamente que el niño seguirá portándose mal para obtener más sobornos y concesiones. Sobornar es admitir que el dentista no puede manejar la situación. Es conveniente distinguir entre el soborno y la recompensa.

Una recompensa después de la visita puede servir de soborno para que el niño vuelva la próxima vez, sin embargo, no se le debe de prometer nada, recompensar es reconocer que hubo buen com--

portamiento y de debe de dar una vez que se terminó el acto operatorio.

Por lo tanto tenemos que los sobornos no tienen lugar en la Odontología.

Órdenes contra Sugerencias

En el curso del tratamiento dental es necesario asegurarse de la cooperación del paciente.

Para producir las reacciones deseadas, nunca se pide al niño que se someta a una petición, al pedirle que haga algo, el odontólogo en realidad le está dando a elegir entre aceptar o rechazar.

Si le dice que obedezca una orden, no hay más selección que aceptar, si se niega su comportamiento, se vuelve automáticamente inaceptable. Cuando a un niño se le dé una orden hay que decirlo de una manera agradable, pero decidida, no dude en sonreír y gozar con su paciente; sin embargo, sea firme en la situación que lo requiera.

El Papel del Odontólogo

La Psicóloga Jenks, ha sostenido que, aunque la función primaria del odontólogo es efectuar un tratamiento dental necesario su campo no debiera estar limitado a la eficiencia técnica.

Por el cultivo de un enfoque sensible y compasivo, puede - hacer mucho por ayudar a su paciente a superar la situación.

Más aún la odontología es una experiencia que el niño debe do minar, el niño que ha aprendido a dominar su papel como paciente - odontológico muestra cierta flexibilidad de conducta e interés -- por lo que sucede en torno a él.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que el afecto_ por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito - en el consultorio dental y ese amor por los pequeños debe ser evi dente en todo momento pero más aún, el deseo de cumplir un verda- dero servicio de salud.

Además cuenta, que prestando atención dental a los niños -- ayudaría a reducir el acumulo nacional de necesidades dentales a un volumen manejable en el futuro, es particular si su tratami-~~nt~~ ento abarca la odontología preventiva en su aspecto más amplio.

Sólo con una comprensión y conocimiento activo de la conducta y sus propias reacciones entre los problemas del csultorio den- tal.

El Control del Propio Dentista

El odontólogo nunca deberá perder su dominio y enfadarse, — la ira, como el miedo es una reacción emocional primitiva e inmadura, es señal de derrota e indica al niño que ha tenido éxito y al dentista que ha perdido su dignidad, frente al paciente lo pone en situaciones de gran desventaja, porque la ira disminuye su capacidad de razonar claramente y de tener las reacciones adecuadas. Si el dentista pierde su control y eleva su voz, sólo asustará más al niño, y le dificultará más aún su cooperación.

Si no puede evitar enfadarse, es mejor despedir al niño y — dejar que otro odontólogo pruebe suerte.

Tal vez él pueda tener éxito donde a usted lo derrota el — temperamento.

Si el dentista ha trabajado lo mejor posible, y no puede — entablar con el niño relación, es mejor admitir la derrota que — arruinar al niño para tratamientos dentales futuros.

El Odontólogo y la Gracia.

Es conveniente recordar, al llevar a cabo el procedimiento dental, que los niños de corta edad se asustan con lo desconocido, todos sus movimientos, ya sea el manejar a los pacientes o

en procedimientos, deberán demostrar suavidad y gracia.

Movimientos rápidos y bruscos tienden a atemorizar a los pequeños.

Cuando se baja al niño del sillón dental, inclinar el respaldo de éste, debe hacerlo despacio, no dejar caer al niño de golpe, ni lo incline tan rápidamente en el sillón, que le dé la sensación de estar cayendosé.

Al anesteciarlo, por ejemplo, no debe de mostrarle la jeringa, ni tampoco hacer un movimiento brusco que asuste al niño, deberá de hacer movimientos naturales y graciosos, y así podrá evitar gran parte del miedo innecesario. La Odontología es una profesión llena de gracia, utilice esta gracia para ventaja suya.

Si hubiera de definir los requisitos para un buen Odontopediatra serían: gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia.

Cuando se somete a los niños a tratamientos odontológicos hay que comparar la posibilidad de un trauma psicológico, con la necesidad de tratamiento. Como casi todos los niños requieren de la Odontología, es esencial que el trauma que produzca sea mínimo.

En todos los problemas asociados a la Odontopediatría, el manejo es sin duda el más importante ya que si no existe coope-

ración adecuada del paciente, los procedimientos dentales se vuelven muy difíciles y a veces imposibles.

Reacciones a las Experiencias Odontológicas

Hay por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica y son: temor, ansiedad, resistencia y tímidez.

El odontólogo que trata niños se dará cuenta que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única. Esto puede darse en una combinación de varias reacciones, esta combinación se torna más compleja, dado que el odontólogo debe diagnosticar la reacción con rapidez y sin la ventaja del conocimiento de la experiencia previa del niño con miembros de la profesión de la salud.

Temor

Es una de las emociones que con más frecuencia se experimentan en la infancia. Su efecto sobre el bienestar físico y mental del niño, puede ser extremadamente dañoso.

Watson estima que el temor en su mayor parte "es cultivado en el hogar", tal como los estallidos de amor o rabietas, cree además que hacia los tres años de la vida emocional del niño ha quedado establecida y que los padres han determinado ya, si el -

niño se convertirá en una persona llorosa y quejosa, o una persona feliz, y de buen carácter, o cuya vida estará regida por el temor.

Los niños, sin embargo, parecen tener ciertos temores naturales, tales como los asociados con la inseguridad o la amenaza de inseguridad.

Gesell afirmó que un niño llora si se golpea una puerta, si se produce un movimiento brusco o si experimenta un segundo tipo de temor, un temor adquirido desarrollado por la limitación de aquellos que temen. La persona que imita puede temer a las tormentas con truenos, la visita al odontólogo o una gran variedad de situaciones.

Un tercer temor expresado por un niño es el resultado de experiencias desagradables y estas pudieron ser; con un animal, un compañerito, o incluso un médico o un dentista.

No debemos suponer por lo tanto, que todos los niños temen al consultorio odontológico.

En vez, quienes tengan esta reacción pueden estar imitando a alguien o haber adquirido el temor como resultado de una experiencia real.

En el manejo del niño temeroso en el consultorio dental, -

el odontólogo debe primero determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables de él. En casos aislados, el temor a un odontólogo puede ser el resultado de una experiencia odontológica traumática que dejó sensibilidad en el niño y desarrolló en él sus propios temores a partir de familiares y relaciones.

Son muchos los enfoques que han sido recomendados a la profesión dental en cuanto al problema de eliminar el temor. Incluyen la postergación de la sesión, intentos de razonar con el niño, ridiculizarlo, retarlo, dejar que observe la atención dental de otra niño.

A menudo el niño expresará su temor a determinado procedimiento o relatará que escuchó algo sobre la experiencia odontológica que lo asustó. En este caso, el profesionalista podrá proceder a borrar esa idea mediante demostraciones y explicaciones.

Ansiiedad

La ansiedad o inseguridad esta probablemente muy relacionada con el estado de temor. Edeleston estima que algunos niños desarrollan la necesaria seguridad con lentitud y permanecen inseguros y ansiosos mucho tiempo después que superaron esos sentimientos.

Los niños asustados estan esencialmente asustados de toda nueva experiencia. su reacción puede ser violentamente agresiva, por ejemplo, una exhibición de rabieta en el consultorio dental.

Benjamín estima que en los niños la rabieta suele ser una reacción que oculta lo que pasa "entre bambalinos" un estado de ansiedad o de inseguridad.

Si al niño que hace demostración de rabietas en su hogar se le recompensa, las rabietas pueden convertirse en hábito.

Cuando el niño se comporta de un modo similar en el consultorio dental, el profesionista deberá decidir si la reacción es tempr agudo o si es una rabieta; en este caso el odontólogo -- puede demostrar su autoridad y su dominio de la situación.

Resistencia

La resistencia es una manifestación de ansiedad o inseguridad, y de hecho el niño se rebela contra el medio.

Puede hacer despliegues de rabieta o darse en la cabeza -- contra las paredes o provocarse vómito cuando no desea adaptarse.

La regresión puede ser otra manifestación, en cuyo caso el niño se niega a desarrollarse. Puede seguir mojando la cama, puede no intentar hablar bien o puede seguir con sus hábitos de jue-

gos más infantiles. La retracción es otra manifestación de ansiedad, en cuyo caso el niño se niega a participar en el juego con otros niños y no hablará con extraños y ni siquiera con conocidos. El odontólogo tiene dificultades para comunicarse con este tipo de pacientes, el niño se siente lastimado con facilidad y llora en cualquier ocasión. Si bien no entra en la responsabilidad del odontólogo tratar los estados psicológicos antes mencionados, será útil que pueda reconocerlos y comprenderlos que la reacción del niño en el consultorio dental está condicionada por la experiencia previa, la educación en el hogar y el medio.

Tímidez

La tímidez es otra reacción que se observa ocasionalmente, en particular en el caso del paciente de primera vez.

Puede estar relacionada con una experiencia social muy limitada por parte del niño. El niño tímido necesita pasar por un período previo a su tratamiento, esta es una insistencia en lo que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio por otros pacientes bien adaptados.

El niño tímido necesita ganar más confianza en sí mismo y en el odontólogo.

Persuasión

Establecer la comunicación afectiva es uno de los principales objetivos en el manejo del niño.

La comunicación la comunicación la podemos definir como la adquisición de expresiones que en un momento dado van a significar lo mismo para uno como para las demás personas con las que se esta hablando.

La comunicación no significa conversación, la comunicación no verbal tal como tomarle la mano o acariciarle la mejilla conduce al niño a la arrobación y aceptación.

Este aspecto es el más descuidado en la guía de la conducta y tratamiento del niño.

Los componente verbales y no verbales de la comunicación - deberán en todo tiempo ser específicos y simples.

La actitud y sentimientos del dentista son importantes para establecer la comunicación, ya que se debe aceptar al niño ya sea buen paciente, rebelde o agresivo, las preguntas se contestarán siempre con la verdad, usando lenguaje y conceptos en el nivel del entendimiento del niño.

Algunas fases críticas en las cuales, la técnica de decir, mostrar y hacer, debe ser utilizada con las siguientes; Hola Mi-

guel, soy la Dra. Tania y esta es mi ayudante la Srita. Hernández
queremos que nos conozcas para poder ser tus amigas.

Sala de Operatoria Dental

Esta es mi oficina donde limpiamos los dientes de los niños,
tiene una silla que se mueve para que tu puedas estar a gusto.

Lámpara Dental

Esta es una luz brillante que nos ayudará a ver mejor tus di-
entes. Tenemos gabinetes iguales a los de tu cocina, que nos sir-
ven para guardar nuestros cepillos.

Aparatos de Rayos X

Esta es una cámara fotográfica que toma fotos de tus dientes.

Examen Oral

Esto es un contador especial y nos sirve para saber cuantos
dientes tienes, se cuentan los dedos del niño con el explorador.

Profilaxis

Para limpiar tus dientes usamos un cepillo eléctrico y una
pasta especial.

Frecuentemente es útil limpiar una uña del niño como introducción a la profilaxis.

Anestesia Local

Voy a poner a dormir a tus dientes, así que nada les pasará, estarán dormidos, pero tú permanecerás despierto para que plati--
quemos contigo, lo único que sentirás es un apretón, ya que usare--
mos una pasta y un juguetito que lo hará dormir.

Rique de Hule

Pondré una sombrilla encima del diente para guardar el agua--
que echaremos con nuestro cepillo, usaremos un arco y un cartón --
para sostenerla.

Restauración

Usamos un poco de agua para limpiar el diente de germen y
pondremos un relleno de plata para hacerlo fuerte otra vez.

El dentista y su personal tienen la tendencia a no escuchar
lo que el niño está diciendo, preguntas o comentarios, son fácil--
mente mal interpretados o mal entendidos.

El niño muchas veces revela miedo para preguntar acerca del equipo y procedimientos dentales. Por lo tanto el dentista debe rá escuchar al niño y no intentar callarlo ya que así no ganaremos su confianza. La tendencia es acariciar al niño por su conducta, estas caricias deben decirle al niño su valor, pero no so lo como paciente sino como persona.

Caricias Positivas y Negativas

El dentista y su asistente ayudan a que el niño se sienta - inseguro y temeroso si se le dan demasiadas caricias positivas y sea con frases o físicamente.

Las caricias positivas son palabras de aceptación y estímulo, caricias físicas, sonrisas y guñar el ojo.

Las caricias negativas deben ser evitadas, estas se reflej-- ren a arrugar el entreojo y amenazar con caricias físicas.

La comunicación debe hacerse antes del tratamiento de imita-- ción sin un adecuado principio, muchas ordenes mas tarde serán - inefectivas.

Debe haber entendimiento esenciales los cuales deben ser - comunicados:

Yo te veo como un individuo y responderé a tus necesidades

como tal.

Yo estoy completamente capacitado en conocimiento y habilidad.

Yo soy capaz de ayudarte y no te haré ningún daño innecesario.

Hay puntos importantes de comunicar en este caso, claridad de expresión no garantiza una comunicación exacta, la comunicación es un ajuste entre el mensaje intentado y el mensaje entendido.

Para que exista una comunicación apropiada, debe haber un entendimiento en lo que el dentista dice y el niño entiende.

La llave para el manejo del niño y la comunicación es la percepción, este es el factor que determina como el dentista y los niños traducen lo que ellos oyen. Esto implica reconocer lo que los niños están haciendo, así que se puede modificar la conducta apropiadamente, aquí es donde se cometen errores, ya que se piensa que los niños ven las cosas de la misma manera que nosotros lo hacemos.

Hay tres elementos esenciales en la comunicación, el transmisor, el medio, el receptor.

Dentista - transmisor

Consultorio - medio

Paciente - receptor

El dentista es el transmisor y debe asegurarse que su transmisión es pertinente, interesante, informativa, amigable, confidencial y sincera. Debe ser sincero y simpático para que el niño pueda comunicarle su medio y entonces será utilizada la técnica decir-mostrar-hacer. (Addelston 1979)

Para explicarle al niño todos los procedimientos planeados.

El consultorio dental es el medio en el cual proyectamos -- nuestra comunicación a este, debe estar tranquilo para que el -- niño nos ponga atención Kaimces de los principios de Ginott, los cuales aplicados a la situación dental.

1. Reconocer la experiencia del niño, no repudiar sus sentimientos, especialmente no tratar de convencerlo que lo que ve, oye y siente no es cierto.

2. Dar elogios al niño únicamente por los esfuerzos que realiza y no por su carácter y personalidad. Decirle "Juanito tú puedes hacer fácil esto para mí, teniendo cuidado de tus dientes y quiero darte las gracias por ayudarme a terminar tu tratamiento fácilmente.

3. Ofrecer opciones y alternativas a los niños, nosotros damos -

preferencia a que los niños escojan. "Te gustaría que nosotros - contáramos primero tus dientes de arriba o de abajo". "Deseas -- que nosotros tratemos primero el lado izquierdo o derecho" y "te gustaría descansar por un minuto o deseas que continuemos". Hay que considerar que todas estas alternativas deben ser favorables al dentista.

4. Los niños necesitan ser complacidos, en las relaciones humanas los agentes que ayudan no son solamente las técnicas sino también las personas que las emplean y si estas se emplean sin comprensión y autenticidad fallarán, los niños necesitan ser complacidos y necesitan saber que son complacidos. Uno puede ser genuinamente sincero en sus sentimientos, pero los niños son más listos que los adultos y perciben nuestros verdaderos sentimientos.

Berens y Ripe reportaron que la comunicación de desensibilización, modelaje y modificación de la conducta pueden producir la conducta más deseada.

Desensibilización.

Los terapeutas de la conducta han encontrado que la desensibilización sistemática es uno de los caminos más efectivos para redu

cif la ansiedad del niño, la aplicación más común involucra enseñar al paciente como inducirlo a un estado de relajación muscular profunda. Las escenas imaginarias son descritas en forma gradual o de jerarquía, así que primero las escenas que provocan mínima ansiedad, mientras el paciente es relajado.

Wolpe ha sugerido que la desensitización es efectiva porque el paciente es enseñado a sustituir una apropiada respuesta emocional, (relajación) por una inapropiada respuesta emocional (ansiedad).

Zurilla ha sugerido que el proceso imaginario de desensitización puede ser no necesario, en suma el proceso de relajación profunda no puede ser precisamente necesario para el proceso de desensitización.

La Técnica decir-mostrar y hacer

Armado con el conocimiento del lenguaje en las diferentes edades, el dentista y su personal pueden usar la parte de la técnica "decir" con palabras que están al nivel del entendimiento del niño, después el dentista muestra al niño como llevar a cabo el procedimiento demostrándolo sobre sí mismo y por último sin desviarse de la explicación y demostración del procedimiento lo-

llevará a cabo.

Los ruidos inexpressivos deberán ser evitados, ya que estos pueden romper el reposo del niño y el dentista, por lo que los instrumentos con residuos deberán ser demostrados a cierta distancia del niño evitando sorprenderlo, usando la pieza de mano sin tocar al niño ni al diente, solo permitirle sentir la vibración y pueda ver la diferencia entre ruido, vibración y dolor, esta técnica debe ser usada desde que el niño entre al consultorio y desde el principio hasta el final del tratamiento.

La técnica decir-mostrar-hacer, puede ser usada en niños pequeños por falta de condicionamiento a su alrededor, en niños temerosos que tuvieron una experiencia anterior dolorosa y en niños que son aprensivos porque la información que recibieron de sus padres fue muy pobre. La técnica trabaja porque evita el miedo a lo desconocido, pero el factor que realmente hace que sea efectiva es que uno sea constante.

Como la administración de anestesia local juega un papel muy importante en la práctica diaria parodontica y por lo tanto debe mencionarse una técnica exitosa.

El uso propio de la anestesia típica provee al dentista del significado de una inyección sin dolor y un mínimo de angustia,

por lo tanto debe ser aplicada en el sitio de la inyección por lo menos un minuto antes de su aplicación, el niño tiene que ser distraído.

Siguiendo con la técnica de desensitización una vez que el paciente es enseñado a relajarse mientras visualiza situaciones que no evoquen ansiedad hasta llegar a visualizar las situaciones de mas ansiedad.

Las razones técnicas para la eficacia de esta técnica están enfocadas sobre la situación de estímulo previamente asociado con ansiedad y que ahora queda asociada con relajación.

Gale ha sugerido el uso de esta técnica para tratar las fobias dentales y ha encontrado con muchos pacientes, soliciten tratamiento dental bajo esta técnica; las fobias dentales frecuentemente están asociadas con la percepción del dolor, las más comunes incluyen el miedo a la inyección, miedo a la preparación de cavidades, miedo a la extracción y miedo de que le coloquen el explorador en el sitio de la cavidad. Mas bien es la idea o sugerencia de dolor.

Modelaje

El uso de la técnica de modelaje en el consultorio dental

es relativamente reciente. El procedimiento básico es mostrar - al paciente uno o más individuos que demuestran conducta apropiada. El paciente es referido como observador, como frecuentemente imitará la conducta modelo cuando es colocado en una situación similar, el modelo puede estar presente (vivo), filmado - (simbólico) con iguales resultados de éxito.

El procedimiento de modelaje sirve para cuatro funciones.

Adquisición de nueva conducta.

Desinhibición de la conducta que el paciente ha evitado por el - miedo.

Extinción del miedo asociado con un estímulo.

La atención del paciente es obtenida.

Modificación de la conducta.

Involucra la presentación o retiro de reforzadores para asumir - la frecuencia de la conducta deseada.

Los reforzadores por definición siempre aumentan la frecuen -
cia de la conducta deseada.

Hay varios tipos de reforzadores.

Los reforzadores positivos pueden considerarse los siguien -
tes: presentándoles atención, palabras de elogio, sonrisas y ca -
ricias.

Los reforzadores aprendidos son eventos que el niño aprende fortaleciendo la conducta.

Reforzadores simbólicos: son artículos los cuales pueden ser cambiados por un evento deseado, los ejemplos incluyen estrellas, estampas o juguetes.

El castigo es ocasionalmente necesario y por definición podría ser una consecuencia la cual disminuirá o eliminará la conducta original.

Rosenberg da su punto de vista respecto a los reforzadores y castigos.

Dice que nosotros podemos aprender a utilizar los instrumentos de la psicología, particularmente aquellos concernientes a la modificación de la conducta humana.

Las actividades con las que el niño disfruta, también pueden ser usadas como reforzadores. Los padres han usado este sistema como reforzamiento... "si tu comes tus verduras podrás comer postre" o "si tú terminas la tarea entonces podrás ver la televisión".

El reforzamiento inmediato identifica la conducta deseada - debido a la complejidad de la conducta y el nivel de la capacidad del niño, no es real el esperar una conducta satisfactoria inme-

diatamente; las críticas y el regaño pueden ser reforzantes para llamar la atención del niño.

Ripa explica que algunas clínicas no están de acuerdo con la técnica de modificación de la conducta y le llaman una forma de soborno, pero él cree que esto es una comparación impropia, porque el soborno se refiere generalmente a pagarlo debido a una conducta indeseable, o moralmente ofensiva, la modificación de la conducta es más correcta en comparación con los conceptos de salarios, bonos, frases, aprobación y premiación de la conducta deseada.

También es recompensa material la que se le da al final de la visita, a pesar del tipo de conducta exhibida, esta práctica es contraproducente, porque se recomienda que los reforzadores sean dados después de una exhibición de conducta apropiada.

Control de Voz

Los dentistas han reconocido que la calidad de voz es de gran importancia, frecuentemente un cambio repentino en el tono o volumen, firmeza y suavidad de la voz, puede ser usada ganando atención del niño que no está cooperando.

"Esta bien ya basta", entonces es necesario que sea dicho, pero el cambio de voz gana la atención del niño, que es lo más

importante; hay una sorpresa en el niño, en el cambio de voz que siempre, invariablemente trabaja.

Ganar la atención del niño, es objetivo primordial del control de voz y desde luego es objetivo primordial de casi todas las técnicas de control usadas en el consultorio.

Sin la atención del niño no tendremos comunicación, porque el contexto y componentes de expresión abruma el mensaje, si hay algo imprevisto, las ordenes firmes y en voz alta son usadas y así el niño nos pondrá atención, o detenerlo en lo que está haciendo.

Esto también sostiene la información de que el control de voz es más efectivo cuando se usa en conjunción con la comunicación. Una orden imprevista "deja de llorar y pon atención" puede ser una medida para eliminar el lloro necesaria preparando el campo para la futura comunicación.

Concluyendo el dentista, debe adaptar su voz y control del lenguaje proyectando una imagen de confianza, paciencia y conocimientos.

Mano sobre boca y mano sobre boca y nariz.

Varias técnicas han sido usadas en el manejo del niño no -

cooperador, una de las más controversiales es la técnica "manos sobre boca".

Los niños deben conocer las reglas del consultorio dental como por ejemplo "Nadie llora en este consultorio, no está permitido", "no muevas la cabeza mientras estoy trabajando" y "levanta tu mano si algo te molesta". Aunque las reglas son simples son efectivas para mantener una conducta cooperativa, la cual permita procedimientos mentales exitosos.

Hay acuerdos generales de que la técnica es una forma de manejo de conducta para el niño quien presenta conducta sin control, esta forma de conducta crea una situación en donde la comunicación dentista-niño es imposible; sin embargo, si un niño se azota cerca del sillón al grado de hacerse daño a si mismo, puede requerir premedicación o anestesia general.

El mayor propósito de la técnica es ganar el control del niño, logrando que oiga lo que estamos diciendo ya que esto permite al dentista enseñarle a responder apropiadamente.

La técnica mano sobre boca puede ser utilizada en niños normales, saludables y mayores de tres años, con la suposición de que uno puede razonar con estos niños; los tipos de conducta indican esta técnica fueron descritos con las siguientes pala--

bras: histeria, berrinche y desafío.

Esta técnica está contraindicada en niños con retraso mental y pacientes muy pequeños, ya que no entenderían el propósito de la técnica, sin embargo; su uso no es recomendable en conjunción con sedación. (5)

Varios autores dan su opinión a cerca de la técnica siendo Macgregor el primero en opinar que no está de acuerdo con el uso de la técnica y la describe como anticientífica. Davis y Ling sugieren que es un tratamiento muy drástico y que podría ocasionar un trauma psicológico resultando errores nocturnos y un resentimiento profundo en el niño. Sweet considera que la técnica no es necesaria ya que contamos con los métodos modernos de premedicación. Laurestein dice que estas opiniones son preconcebidas y que es preferible observar la habilidad del dentista para su uso. Finn establece que es una medida externa y solo debe usarse como último recurso, sin embargo el siente que no produce ningún trauma ni tampoco afecta al niño para actividades en citas posteriores. Wilson señala que la nariz del niño puede estar tapada hasta que realmente necesite aire y esto lo sabe por el color del niño, él está de acuerdo que esta técnica es un camino extremo pero que no solo es justificable en casos extremos. Chambers dijo que la premedicación puede ser más dañina ya que -

en lugar de resolver el problema de ansiedad solo se pospone y -
 evite que el niño se enfrente conscientemente con la odontología.
 Lavitas ha sugerido que las dificultades e menudo pueden produ-
 cir problemas de conducta, y cuando esta predicción es hecha, -
 la técnica mano sobre boca puede ser discutida por anticipado -
 con los padres; antes del tratamiento los padres llenan y fir--
 man una hoja de información la cual concluyen; Yo doy mi consen-
 timiento para los servicios dentales necesarios y acepto los mé-
 todos necesarios para completarlos.

Se ha establecido que antes de aplicar la técnica mano so-
 bre boca todos los medios para establecer la comunicación deben
 haber sido agotados, cuando esto ha fracasado y la conducta del
 niño continua sin control, la técnica es aplicada.

El control del niño por medio de esta técnica tiene dos --
 puntos importantes.

Controlar la conducta del niño.

El dominio completo del dentista de sus propias emociones.

Todo esto puede ser difícil por los patadas y gritos del -
 niño, sin embargo, el dentista debe controlar su respuesta y --
 no manifestar su enojo al niño. Su acercamiento debe ser tan -
 frío como sea posible, el fracaso al controlar sus emociones pue-

de resultar un manejo impropio de la conducta y de este modo se vencen los propositos del dentista.

Una descripción excelente de la técnica mano sobre boca fue descrita recientemente por Ievitas, los detalles estan a continuación.

Llevo mi mano sobre la boca del paciente cubriendo la nariz y con su cara muy cerca de la mía, le digo directamente al oído "si tu quieres que yo retire mi mano, tu deberás de dejar de llorar y escucharme, yo solo quiero hablar contigo y mirar tus dientes". Después de pocos segundos se vuelve a repetir lo mismo y se añade "estás tu listo para que quite mi mano", si el niño asiente con la cabeza, con una palabra final de advertencia se retira la mano. Si al quitarla el niño continua gritando y diciendo "quiero a mi mami, entonces se vuelve a tepar la boca y la nariz se vuelven a repetir las mismas palabras de que deje de llorar y se añade "tú quieres a tu mami", si asiente con la cabeza, se le dice "esta bien, pero tu deberás estarte quieto y yo traeré a tu mami tan pronto como yo termine, de acuerdo". Si lo acepta el niño se quita la mano lentamente, la asistente debe tener fijos los pies y las manos del niño para que el dentista no sea agredido físicamente, mientras que el niño se repone a sí mismo.

Cuando esto ocurra, se les puede hablar de su vestido, sus pecas, sus animales o alguna otra cosa, sin hacer referencia a su conducta indeseada. Muchas veces se requiere repetir la técnica, pero lo más importante es el control de la voz y su modulación.

Con esta técnica el niño gana confianza en sí mismo, mostrando sus dientes, permitiendo la toma de radiografía, la profilaxis y dejando que se realice el tratamiento dental completo.

Otras variaciones incluyen colocar una toalla, entre la cara del niño y la mano del dentista, por lo tanto se modifica el término y se le llama "técnica de la toalla", en la cual al cubrir la boca firmemente se restringe la vía del aire.

Cada variación excepto la última, puede ser usada por períodos variados de tiempo.

Para finalizar este capítulo llegamos a la conclusión de que hay definitivamente un lugar para la premedicación en odontología infantil, pero no es lo indicado para manejar la histeria, el berrinche o el desafío.

La analgesia con óxido-nitroso, tiene un lugar en la odontopediatría, pero requiere de cierto grado de cooperación del paciente y no es alternativa de la técnica mano sobre boca.

Cuando el consentimiento ha sido obtenido, para tratar el --

niño, la objeción de los padres a la técnica, no será motivo de preocupación, ya que fué encontrada necesaria especialmente cuando ha habido un buen reporte con el niño.

La técnica podría producir cierto miedo en el niño, pero el papel del odontólogo en estos casos más que nunca será el de educar a su pequeño paciente y ayudarlo en el manejo de la ansiedad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bird B., "La Conversación con los Pacientes", 2a. Edición, Editorial, Vital, Buenos Aires (1979), Pags., 30 - 37 - 45.
- 2.- Forres, "Odontología Preventiva", Editorial, El Manual Moderno, México (1982), Pags., 102 - 123 - 131 - 134.
- 3.- Katz, Mc, Donald, Stookey, "Odontología Preventiva en Acción" 3a. Edición, Editorial, Panamericana S.A., México (1980), -- Pags., 66-68.
- 4.- Samuel Leyt, "Odontología Pediatría", 1a. Edición, Editorial, Mundi, S.A.I.C. y F., Buenos Aires, Argentina (1980), Pags., 1 - 9 - 17 - 38.
- 5.- Sidney B. Finn, "Odontología Pediatría", 4a. Edición, Editorial, Interamericana, México (1978), Pags., 1 - 13 - 29 - 39.
- 6.- Ralph E. Mc. Donald, "Dentistry For The Child and Adolescent", 2a. Edición, Editorial, Mosby, St. Louis (1979), Pags., 20 - 23 50 - 56.

CAPITULO IV

MANEJO DE LOS PADRES

Al Cirujano Dentista se le presentan escenas tales como ver a una madre angustiada llevando de la mano a su hijo lloroso por el dolor, y a veces hasta con cierta inflamación y con temperatura alta a la normal.

Al preguntar el motivo por el cual no había acudido antes al consultorio dental, es frecuente que responden de esta manera; "es que no le había molestado, pero anoche no pudo dormir".

Generalmente la mentalidad de estos padres es la de que es una mala inversión el llevar a los niños con el odontólogo pues sus dientes temporales, van a perdérsé y por lo tanto no es necesario atenderlos, por lo que el deber del odontólogo es explicarles que se encuentran en un error, mencionándoles la importancia de la dentición temporal para el buen desarrollo psico-motor del pequeño.

Será raro encontrar a un padre o madre llevando al consultorio dental a su hijo sin cierto recelo y aprensión. El dentista hará mucho por la educación de los padres al asegurarles que su hijo entrará al consultorio sin vacilación ni miedo; será una gran

CAPITULO IV

MANEJO DE LOS PADRES

Al Cirujano Dentista se le presentan escenas tales como ver a una madre angustiada llevando de la mano a su hijo lloroso por el dolor, y a veces hasta con cierta inflamación y con temperatura alta a la normal.

Al preguntar el motivo por el cual no había acudido antes al consultorio dental, es frecuente que respondan de esta manera; "es que no le había molestado, pero anoche no pudo dormir".

Generalmente la mentalidad de estos padres es la de que es una mala inversión el llevar a los niños con el odontólogo pues sus dientes temporales, van a perderse y por lo tanto no es necesario atenderlos, por lo que el deber del odontólogo es explicarles que se encuentran en un error, mencionándoles la importancia de la dentición temporal para el buen desarrollo psico-motor del pequeño.

Será raro encontrar a un padre o madre llevando al consultorio dental a su hijo sin cierto recelo y aprensión. El dentista hará mucho por la educación de los padres al asegurarles que su hijo entrará al consultorio sin vacilación ni miedo; será una gran

tranquilidad para los padres saber que su hijo participará voluntariamente y que no serán necesarias medidas disciplinarias extremas.

Comportamiento de los Padres en el Consultorio Dental

Es preciso llevar a los padres a comprender, que una vez - que el niño está en el consultorio dental, quién sabe como prepararlo emocionalmente para su tratamiento; es el odontólogo.

Los padres deben tener completa confianza en el dentista y dejarle al niño a su cuidado.

Cuando el niño entre a la sala de operatoria, los padres, no deben de hacer ningún movimiento en cuanto a seguirlo o guiarlo, a menos que el odontólogo se los indique.

La mayoría de los niños, se comportan mejor lejos de la vista de sus padres, sin embargo, hay ocasiones que la presencia de los padres, inspira confianza al niño, por lo que si se llega a invitar a alguno de los padres a pasar a la sala de operatoria, deberá asumir el papel de un testigo pasivo y sentarse o estar de pie, lejos del sillón dental, no debe hablarle al dentista ni al niño, excepto en el caso de que se le pida, tampoco debe tomar la mano del niño, ni mirarlo simpatizando con él, al mismo tiempo

que su expresión refleje temor o ansiedad.

Es más perturbador para el manejo del niño, que el padre le este dando falsa información, o que le este demostrando compasión.

El tener que dividir su obediencia, no solo llevará al niño a desconfiar del dentista, sino también demostrará miedo a los procedimientos odontológicos.

Indicaciones a los Padres

El dentista debe saber dar indicaciones, a cada tipo de padres y determinar de este modo el tratamiento de su hijo en particular:

1. Explicar acerca de la influencia inconveniente del miedo hogareño, de la importancia de las actividades y del buen ajuste con que el pequeño haya sido creado.
2. Indicarles que no manifiesten temor propio, frente al niño; los padres temerosos se les recordará que contamos con conocimientos y experiencia y no hay motivo para que teman.
3. Que nunca traten de utilizar los tratamientos odontológicos como amenaza de castigo, pues lo asociarán con lo desagradable y con dolor.

4. Llevar a sus hijos, periódicamente para poder llevar a cabo la prevención y lograr que se vayan familiarizando con el consultorio dental y por lo tanto se establezca una relación favorable con el dentista; que deberá cooperar, siendo amable y explicando a grandes rasgos en lo que va a constar su tratamiento.
5. Aconsejarles que varios días antes de la cita, le dirán al niño en forma casual, que ha sido invitado a asistir al consultorio dental, no deben reflejar temor, ni recelo en su voz o en su conducta.
6. No deberá sobornar a su hijo para que asista al dentista pues le dará la impresión de un posible peligro.
7. Hacerles notar a los padres, el valor del cuidado dental de sus hijos, no sólo desde el punto de vista de la conservación de sus dientes, sino como futuros pacientes.
8. No deberán los padres asegurarle lo que hará o dejará de hacer el odontólogo, pues compromete a éste y será limitado lo que pueda hacer por el niño; ni le dirán, "que no haránada", porque la mentira le traerá decepciones y perderá la confianza.
9. Indicarles que deberán permanecer fuera de la sala ope-

retoria y no entrar a menos que se le indique.

10. Deberán saber evitar todas las impresiones negativas, - referentes al dentista, que pudieran venir de personas_ ajenas al núcleo familiar.
11. Nunca deben apenar a sus hijos, reterlos o ridiculari-- zarlos para dominar su temor al tratamiento, pues con - el tiempo generarán, un sentimiento negativo hacia ellos mismos y hacia el odontólogo, por lo que harán más difi-- ciles los esfuerzos de éste último.

Primera Visita al Consultorio

Es la primera visita la más importante, ya que de ella de-- penderá el éxito o fracaso del odontólogo ante su paciente.

En la primera visita deberán realizarse solo los procedimien-- tos menores e indoloros. Se obtendrá la información completa de_ la historia clínica, en ésta etapa se procurará conocer bien a - la familia del niño.

Con estos procedimientos sobre el paciente resulta mucho -- más sencillo preever cual va a ser su reacción ante el tratamien-- to, cuando este se inicie. Conocer al paciente significa ya una - parte de la victoria, saber como actua nos ayudará a guiar su --

comportamiento, con lo que tendremos mayor acceso para su manejo en el consultorio dental.

Generalmente, se invita a los padres en la primera cita que pasen a la sala de operatoria, para que comprendan el papel tan importante que tienen en la adquisición de hábitos de higiene de su hijo, de hábitos alimenticios y sobre todo de la gran influencia negativa que tiene el niño ante el dentista, que ha sido transmitida, en la mayoría de los casos por ellos mismos.

Pacientes con Cita

Los niños de previa cita, generalmente, no vendrán alterados por ninguna molestia, por lo que en la primera cita podrá pasar a la sala de operatoria, para mostrarle el instrumental y aparatos que emplearemos en su tratamiento, con el objeto que se familiarice con ellos y pierda el temor hacia lo desconocido.

Por este método se trata de ganar la confianza del niño y podemos lograr que el miedo se transforme en curiosidad, el cual puede ser mitigado aún más, si se le permite e incita al niño a que pruebe todas las partes del equipo.

Cuando presente exceso de placa dental bacteriana, deberá hacerse una profilaxis, explicándole que se limpiarán sus dientes

para poder efectuar un examen clínico correcto, en caso necesario se tomarán radiografías e impresiones para modelos de estudio y de trabajo.

Se procederá a elaborar el plan de tratamiento y se les dará a conocer a los padres, en caso de que sea aceptado se le dará fecha para su próxima cita.

Algunos autores recomiendan que en la primera cita se haga la aplicación tópica de fluor, pero pensamos que esta aplicación deberá de hacerse una vez que terminemos nuestro plan de tratamiento, sin olvidar que es de suma importancia dar indicaciones de higiene oral, técnica de cepillado de acuerdo a las necesidades de cada paciente, con lo cual daremos por terminado nuestro plan de tratamiento.

Pacientes con Emergencia

Tratándose de un niño que llega de emergencia, también se debe de enseñar nuestra área de trabajo, instrumental y aparatos -- que emplearemos, esto se hará para que su tensión nerviosa (aumentada por la colectia), disminuya y ganemos parte de su confianza. Inmediatamente se procederá, a tratar el problema que presenta nuestro pequeño paciente, procurando molestarlo lo menos posible y recordando que el tiempo es un factor de suma importancia --

esto no hará que el paciente pierda confianza, lo cual nos ayudará para las siguientes lesiones.

A continuación se les explicará a los padres, la necesidad de un tratamiento dental pues generalmente cuando el paciente acude - por emergencia es porque los padres han descuidado la cavidad oral en sus niños y por lo que presenten un sinnúmero de problemas en su salud buce-dental.

Se le deben de dar indicaciones de higiene, con su respectiva técnica de cepillado, de acuerdo a las necesidades de cada paciente pues para lograr la salud de nuestros pequeños pacientes debemos - recordar lo de: "encaminar los medios para una futura salud, previniendo problemas en la cavidad oral".

Papel de los Padres en el Cepillado

Un estudio de los hábitos de cepillado en los niños, demostró que aquellos de la edad de cinco años, se cepillan menos de 20 segundos.

En el mismo estudio alrededor del 35% de los niños de ese grupo, eran incapaces de llevar a cabo una buena técnica de cepillado.

Además se comprobó que la acción del cepillo dental en los menores de siete años, era mucho más breve y caprichosa que en los -

mejores. Los niños en edad escolar o sea los que están en la etapa de la dentición temporal, suelen haber desarrollado sus aptitudes al punto de poder ejecutar un cepillado dental eficiente.

Mc Clure incluyó, a estos niños en un estudio de observación referente a la eficacia del niño al cepillarse los dientes, poniendo en comparación los resultados de cuando son los padres quienes se los cepillan, llegando a la conclusión de que "los padres cepillan los dientes a sus hijos mucho mejor que los mismos niños"

En otro estudio que realizó Hall, se confirmó lo dicho por -- Mc Clure, por lo que el odontólogo debe de enseñar a los padres de sus pacientes a que cepille los dientes de sus hijos con una técnica de cepillado adecuada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fauchard, "Ansiedad de los Padres y en los Hijos ante la Experiencia Odontológica", 2a. Edición, Editorial Paidós, Buenos Aires (1977), Pags. 171-175.
- 2.- Josepho Criasteen, "Principios de Clínica Odontológica", Editorial, El Manual Moderno, México (1982), Pags. 391-392.
- 3.- Kartz, Mc. Donald, Stookey, "Odontología Preventiva en Acción", 3a. Edición, Editorial Panamericana S.A. México (1980), Pags., 51-52.
- 4.- Neill, A.S. Summerhill, "Un punto de Vista Radical Sobre la Educación de los Niños", 2a. Edición, Editorial, Fondo de Cultura Económica, México (1975), Pag. 302.
- 5.- Samuel Leyt, "Odontología Pediátrica", 1a. Edición, Editorial, Mundi, S.A.I.C. y F. Buenos Aires, Argentina (1980), Pags., 253 263-281.
- 6.- Shaller Peterson, "El Odontólogo y su Asistente", 3a. Edición, Editorial Mundi S.A.I.C. y F. Buenos Aires, (1980), Pags., 1-35.
- 7.- Sidney B. Finn, "Odontología Pediátrica", 4a. Edición, Editorial, Interamericana, México (1976), Pags., 14 - 28.

CONCLUSIONES.

Al terminar este trabajo, es importante para nosotras, citar que el odontólogo debe tener en cuenta, que un buen aprendizaje sobre el cepillado dental por parte de sus pacientes, logrará despertar en ellos el interés hacia su higiene bucal.

Esto ha inquietado en mayor grado a los odontólogos, en el problema del cuidado del aparato estomatognático, especialmente en niños y jóvenes, ya que se ha olvidado el aspecto psicológico sobre la conducta y comportamiento de dichos pacientes.

Por esta razón, consideramos que es muy importante aplicar la Psicología a la Odontología, ya que no puede pasar desapercibido el desarrollo psicológico del niño y los factores que intervienen en su integración tanto al grupo familiar como a la Sociedad.

Concentrarse en el desarrollo psicológico del niño, permitirá al psicólogo, introducir nuevas técnicas del control de la conducta, que puedan aplicarse al tratamiento dental del niño.

Siendo él, responsable del estudio del comportamiento, proporcionará la forma de obtener hábitos adecuados de acuerdo a su desarrollo, tanto físico como psicológico. El establecer estos hábitos harán cambiar la actitud del niño ante el odontólogo.

RESULTADOS.

El crecimiento Psicológico del niño es una complicada serie de sucesos establecidos, que se manifiestan exteriormente en un patrón de conducta; estos es, acción las actitudes y la personalidad del niño. El crecimiento psicológico es en gran parte producto de los potenciales heredados del niño y el medio ambiente. Cada individuo tiene una personalidad distinta, cuyas experiencias en la temprana infancia son importantes para su futura conducta y relación con los demás.

El niño consigue realizar acciones por medio de la intervención de la voluntad y entendimiento, A la edad de los cinco años, participa más en el mundo exterior, durante esta época se pueden corregir los malos hábitos que haya adquirido anteriormente, no por medio de regaños y castigos, sino buscando las causas psicológicas que lo originan. A los siete años, con el apoyo familiar, comprende, supera y resuelve sus temores hacia los procedimientos dentales, ya que el dentista puede razonar con él, de tal manera que el lo puede comprender. A la edad de diez años tiene bien definida su individualidad, tolera situaciones desagradables, y muestran marcados deseos de obedecer, no les gusta verse forzados ni ser mimados.

La sugestión requiere, que exista una actividad mental propia el niño se comporte pasivamente en la imitación y activamente en la sugestión. La sugestión nos sirve para formar buenos hábitos - y en un momento dado combatir el miedo.

La sugestión varía de persona a persona, aunque ningún niño-esta libre de ella.

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica de su hijo para el tratamiento dental, está en relación principal con el problema emocional, miedo.

El miedo es una de las emociones primarias del recién nacido y una de las que activan, modifican y motivan, la conducta humana.

El propósito de la enseñanza adecuada, no es eliminar el miedo sino, guiar al pequeño para que él mismo sea una protección contra el peligro.

El conocimiento por parte del odontólogo, del ambiente hogareño, y la influencia de los padres sobre el pensamiento y la conducta del niño, nos da como resultado un acercamiento positivo hacia este.

Ignorar las variaciones de la conducta, experiencias y enseñanza de los padres cuando presentan a sus hijos al Odontólogo, es limitar el propio campo de utilidad al niño y la sociedad.

En la tendencia filosófica del Evolucionismo, encontramos que, reconoce y admite las fuerzas hereditarias de costumbres familiares, que dirigen y determinan las secuencias del crecimiento psicológico, como también el patrón del crecimiento individual del niño.

El objeto, es conservar todas las mejores potencialidades del niño. Un chico así guiado, se adaptará rápidamente, a las rutinas del consultorio dental. Conjuntamente con el crecimiento psicológico del niño y la influencia parenteral, es importante considerar también que posibles relaciones pueden tener, el estado físico, la escuela y la visita al consultorio dental sobre la conducta del niño.

Cuando se llega al punto de hablar del manejo del niño en el Consultorio Dental, tenemos como resultado que es un requisito previo, para la atención dental del mismo.

Conociendo las técnicas que hemos mencionado a través de este trabajo, y sabiéndolas aplicar, nos dará como resultado, el tener más capacidad para entender al niño y obtener mayor éxito en el tratamiento que le brindemos a nuestro pequeño paciente.

Lo anterior es un procedimiento que resultará satisfactorio y servirá de guía para que los odontólogos formulen sus propios procedimientos, ya que cada niño reacciona de manera diferente.

ALTERNATIVAS.

El manejo exitoso del niño, depende del cariño, la firmeza, el sentido del humor y la capacidad del Odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.

El Odontólogo debe encerrar la situación de manera positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea, que el trabajo es extraordinariamente importante y esencial para el bienestar del niño.

Se debe evitar todo conflicto de lucha con el niño.

El odontólogo debe alentar todos los buenos hábitos con elogios, y debe esperar el momento apropiado para felicitar al niño.

Se ha de intentar una transferencia de la confianza, seguridad y entusiasmo del odontólogo y su asistente, hacia el niño.

La habilidad y la rapidéz del dentista, implica no perder tiempo, lo cual le dará más confianza al niño.

Nuestra conversación con los pacientes generalmente es superflua, ya que en la mayoría de los casos, no conocemos de manera adecuada la personalidad de nuestro paciente, y esto le producirá desconfianza y comprensión. El tema se debe elegir con sumo cuidado dejando participar al niño en la conversación sin que esto interfiera en nuestro trabajo.

El uso de palabras que inspiren miedo, y los engaños, para obtener cooperación por parte del niño, deberán evitarse.

La comunicación juega un papel muy importante, ya que la comunicación no es solamente conversación, la comunicación no verbal, tal como tomarle la mano o acariciarle la mejilla, conduce al niño a la arrobación y aceptación. Los componentes verbales y no verbales de la comunicación deberán en todo tiempo, ser específicas y simples.

Es importante mencionar el aspecto que debe presentar el consultorio dental, ya que la impresión del niño, debe ser de confianza al penetrar en un ambiente confortable.

De la actitud del Odontólogo ante cualquier paciente depende rá gran parte del éxito.

DISCUSION

Haciendo un análisis, de como ha sido manejado el aspecto psicológico en el tratamiento dental del niño, hasta la fecha -- en un gran número de Odontólogos, hemos podido apreciar por el trabajo aquí desarrollado, el poco interés que le han dado a la aplicación de la Psicología. Pensamos que la falta de conocimientos sobre el desarrollo del crecimiento psicológico del niño, en el Odontólogo de práctica general, ha dado como consecuencia, la falta de éxito en el tratamiento dental de estos pacientes.

No obstante la gravedad de estas fallas, todas pueden ser reducidas al mínimo y algunas eliminarlas.

En este trabajo de investigación proporcionamos los procedimientos a seguir en el manejo del niño, con el afán de mejorar la atención y contribuir así a que la Psicología forme parte importante en la práctica diaria, para hacer una mejor Odontología.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1.- Alfredo Ardilla, "Psicología de la Percepción", 3a. Edición, Editorial, 904, Buenos Aires (1980),
- 2.- Arminda Aberastury, "Abortaciones al Psicoanálisis de niños", 2a. Edición, Editorial, Paídos, Buenos Aires (1979).
- 3.- Beimont H. S., "The Development of the Oral Cavity as Related to the Development of Total Personality, Editorial Masson, Paris (1975).
- 4.- Bijou Baer, Donald Baer, "Psicología del Desarrollo Infantil" 2a. Edición, Editorial Trillas, México (1978).
- 5.- Bird B., "La Conversación con los Pacientes", 2a. Edición, Editorial, Vital, Buenos Aires (1978).
- 6.- Cohen M.M., "Odontología Pediátrica", 2a. Edición, Editorial, Interamericana, México (1979).
- 7.- Forres, "Odontología Preventiva", Editorial, El Manual Moderno México (1982).
- 8.- Helen Bee, "El desarrollo del niño", 1a. Edición. Editorial, Harla, México (1979).
- 9.- Irving G. Sarason, "Manual de Psiquiatría Infantil", 2a. Edición, Editorial, Limusa, México (1978).

- 10.- J. de Ajuriaguerra, "Manual de Psiquiatría Infantil", 1a. Edición, Editorial, Masson (1965).
- 11.- Jean Piaget, "Psicología del Niño", 3a. Edición, Editorial, - Paidós, Buenos Aires (1980).
- 12.- John Charles Brouer, "Odontología para Niños", 4a. Edición, - Editorial, Mundi, Buenos Aires Argentina (1980).
- 13.- Joseph Criasteen, "Principios de Clínica Odontológica", Editorial, El Manual Moderno, México (1982).
- 14.- Kenneth D. Snawder, "Manual de Odontopediatría Clínica", 2a. - Edición, Editorial, Labor, México (1983).
- 15.- Neill, A.S. Summerhill, "Un punto de vista Radical Sobre la Educación de los Niños", 2a. Edición, Editorial, Mundo de - Cultura Económica, México (1975).
- 16.- Ralph E. Mc. Donald, "Dentistry For the Child and Adolescent", 2a. Edición, Editorial, (Dos, St. Louis, (1979).
- 17.- Samuel Leyt, "Odontología Pediátrica", 1a. Edición, Editorial Mundi, S.A.I.C. y F. Buenos Aires (1980).
- 18.- Shailer Peterson, "El Odontólogo y su Asistente", 3a. Edición, Editorial, Mundi S.A.I.C. y F. Buenos Aires (1980).
- 19.- Sidney B. Finn, "Odontología Pediátrica", 4a. Edición, Editorial, Interamericana, México (1976).

SOIS EL ARCO DEL CUAL VUESTROS HIJOS SON
DISPARADOS CUAL SAETAS VIVIENTES.

EL ARQUERO VE EL BLANCO SOBRE EL CAMINO
DEL INFINITO, Y OS DOBLA CON SU PODER DE MODO
QUE LAS SAETAS PUEDAN VOLAR VELOCES Y A GRAN
DISTANCIA.

DEJAD QUE VUESTRO ENCORVAMIENTO EN LA MANO
DEL ARQUERO SEA POR PLACER:

PORQUE ASI COMO AMA LA SAETA VOLADORA, ASI
AMA TAMBIEN EL ARCO QUE ESTA TENSO.