

354

ZET



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**MODELO DE CONDUCTA  
DE LOS NIÑOS**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A  
GUADALUPE ELIZABETH VILCHIS GUERRA**

**ASESOR:**

**C.D. ALEJANDRO MARTINEZ SALINAS**



**MEXICO, D. F.**

**DICIEMBRE 1995**

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

.espero que te sientas orgulloso de  
mi como lo estoy yo de ti.

**A MI MADRE:**

Donde quiera que estes  
yo se que te vas a sentir muy  
contenta con este logro,  
siempre me apoyaste y me  
quisiste mucho, y lo único que  
te puedo ofrecer es este sueño  
que se esta haciendo realidad  
. "Gracias por haberme dado la vida"

**A MIS HERMANOS**

Martín por siempre creer en  
mi y por apoyarme en todo.  
Armando, tú que has sido  
como mi padre, hermano y  
amigo te debo todo lo que soy  
porque siempre me has  
ayudado a salir adelante en  
todo momento

**A MI PRIMA ADRIANA:**

Porque siempre que tengo  
algún problema estas conmigo  
apoyándome.

**A MI CUÑADA GRACIELA:**

Porque en ti encuentre una gran  
amiga y por toda la ayuda que  
me has brindado.

**A SILVIA:**

Por apoyarme y darme su  
ayuda en el momento que sea.

**A MIS AMIGOS:**

Por ser las personas mas lindas  
y nobles que he conocido, y por  
aceptarme como soy.

**A LAS DRAS. PATRICIA DIAZ COPE  
E IRMA CELIS B..**

Por haberme permitido conocer  
más a fondo la pediatría .

**AL DR. ALEJANDRO MARTINEZ SALINAS**

**Por ayudarme y apoyarme como mi director de tesina.**

**A LA UNIVERSIDAD:**

**Por darme la oportunidad de  
haber aprendido en sus aulas y  
por haber conocido a tantas  
personas como profesores y  
amigos que siempre los llevare  
en mi corazón**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Conocer las variables que influyen en la conducta de los pacientes pediátricos en el consultorio dental para su mejor atención integral.

## **JUSTIFICACION DEL PROBLEMA**

Es necesario para el odontopediatra conocer las variables de conducta y desarrollo psicomotriz de los pacientes para ofrecer una mejor atención.

## **HIPOTESIS**

El manejo adecuado de la conducta del niño nos va a ayudar a tener éxito en cualquier tratamiento dental y que posteriormente a sus visitas dentales no tengan mal comportamiento.

## **OBJETIVO GENERAL**

Es considerar la importancia que tiene el manejo adecuado de los aspectos psicológicos de cada paciente en sus diferentes etapas, así como el medio ambiente que los rige y sus patrones de conducta.

## **OBJETIVO ESPECIFICO**

Conocer el desarrollo psicológico del niño desde su nacimiento hasta los 12 años de edad. Y hacer conscientes a los padres del manejo de una buena higiene oral y preservar sus dientes temporales para que se logre un estado de salud favorable, esto le va a proporcionar mucha seguridad emocional y socialmente.

## **INDICE**

### **INTRODUCCION**

#### **CAPITULO I**

HISTORIA DE LA NIÑEZ.

#### **CAPITULO II**

TEORIAS DE LA PSICOLOGIA DEL DESARROLLO.

##### **2.1 FREUD Y LA TEORIA PSICODINAMICA:**

- A) Energía de la libido
- B) Etapa oral
- C) Etapa anal
- D) Etapa fálica
- E) Complejo de Edipo
- F) Período de la latencia sexual.
- G) Etapa genital

##### **2.2. PIAGET Y EL ENFOQUE COGNOSCITIVO**

- A) Asimilación y adecuación
- B) Etapa sensorimotora
- C) Período preoperacional
- D) Etapa de operaciones concretas
- E) Período de operaciones formales.

##### **2.3 CONDUCTISMO Y TEORIA DEL APRENDIZAJE**

- A) Condicionamiento clásico
- B) Generalización y diferenciación
- C) Condicionamiento operante

D) Emulación

### **CAPITULO III**

#### **PSICOLOGIA DEL NIÑO**

- 3.1 Psicología del desarrollo
- 3.2 Edades psicológicas de los niños

### **CAPITULO IV**

#### **EL MIEDO Y LLANTO COMO FACTORES EN LA CONDUCTA DEL NIÑO**

- 4.1 El miedo y el crecimiento
- 4.2 Definición de miedo, y causas del miedo.
- 4.3 Tipos de miedo
- 4.4 Definición de llanto, tipos de llantos y conductas posibles

### **CAPITULO V**

#### **TIPOS DE CONDUCTAS DE LOS NIÑOS**

- 5.1 Niño miedoso
- 5.2 Niño tímido y vergonzoso
- 5.3 Niño desafiante
- 5.4 Niño temeroso
- 5.5 Niño temperamental
- 5.6 Niño ansioso
- 5.7 Niños con resistencia o rechazo
- 5.8 Niño incorregible o consentido

## **CAPITULO VI**

### **LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL**

#### **6.1 EDUCACION DE LOS PADRES**

#### **6.2 CONDUCTA DE LOS PADRES**

- A) Padres protectores
- B) Padres críticos
- C) Padres ansiosos
- D) Padres no afectivos
- E) Padres identificativos
- F) Rechazo
- G) Dominación

## **CAPITULO VII**

### **RESPONSABILIDADES DE LOS ODONTOLOGOS**

#### **7.1 Responsabilidad para consigo mismo**

#### **7.2 Responsabilidad para con sus pacientes**

#### **7.3 Responsabilidad hacia su comunidad.**

## **CONCLUSIONES**

## **BIBLIOGRAFIA**

## INTRODUCCION

En la actualidad se hace más necesaria, la atención a menores en el consultorio del odontólogo general, pero desafortunadamente en muchas ocasiones no se cuenta con una formación suficiente para atenderlos, debido en gran parte a la poca atención dirigida a estos pacientes, desde la instrucción en la facultad y en la práctica privada.

Los temas de la conducta y su modificación a la odontología pediátrica se han llevado a los campos de la investigación, y estos esfuerzos han comenzado a esclarecer la dinámica de la conducta.

Esto ha dado al Cirujano Dentista una oportunidad no sólo de comprender y manejar la conducta del niño, sino de valorar y modificar su propio comportamiento para provocar la respuesta apropiada en el niño.

El éxito de la práctica odontológica en niños depende no sólo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación del infante. La mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores; en estos casos el profesional deberá apoyar su conducta.

Sin embargo, cuando un niño no coopera dicha conducta deberá ser modificada y controlada.

Para nuestro tratamiento es necesaria la ayuda de sus padres y la información que les brindan a sus hijos esto será de gran ayuda para nuestro éxito o fracaso.

Si los padres no están bien informados para prevenir las enfermedades bucales, en muchas ocasiones asisten al consultorio dental con síntomas como el dolor, y por consiguiente sus visitas no han sido del todo agradables, aunado al temor infundido al niño por sus amigos, predispone al infante a una experiencia dolorosa.

Es importante saber la relación que existe entre padre-hijo ya que la conducta de los padres va a depender mucho en la conducta del niño.

Por tal la conducta de un odontopediátra es una disciplina que se debe enfocar a los problemas psicológicos, sociales y de aprendizaje de los niños y de los adolescentes en cuanto a su relación a la situación dental. Por lo tanto el odontopediátra, debe comprender primero el crecimiento y desarrollo del niño antes de poder aplicar con éxito las técnicas de modificación de la conducta.

## **CAPITULO I**

### **HISTORIA DE LA NIÑEZ**

La historia de la niñez ha cambiado a través del tiempo y sigue experimentando cambios debido al acúmulo de información que progresivamente se ha reunido acerca del desarrollo humano. Esta información se ha organizado en teorías que contribuyen a explicar y a predecir la conducta humana

En 1923 los niños que habían sido esenciales como aportadores de ingresos para la familia quedaron libres para ir a la escuela. Posteriormente llegaron médicos, que examinaron a los niños y se remitieron a médicos y dentistas en cantidades que exigieron el reconocimiento de la Pediatría y la Paidodencia como especialidades necesarias.

Con esto fueron muchas las personas que pasaron a ocuparse de los niños y se interesaron cada vez más por el control de las conductas indeseables.

Los primeros estudios y experiencias constituyeron la base para el desarrollo de lo que habría de ser las "Ciencias de la Conducta".

El trabajo central fue el de Sigmund Freud "Análisis de la fobia en un niño de cinco años", Publicado en 1909. El niño tenía miedo de dejar su casa porque podía morderle un caballo. Freud

siguió las fantasías del niño, al punto de comprender que el caballo representaba a su padre, a quien deseaba matar o por lo menos castrar y ocupar su lugar como amante de la madre. El temor al caballo representaba el temor de que el padre pudiera percibir su deseo y se vengará castrandolo a él. Freud determinó que este fenómeno era normal en la vida mental de los varones pequeños (con su paralelo en las niñas pequeñas) y que persistía activamente en el inconsciente del adulto en la afección denominada "neurosis".

El temor a la castración está a menudo disfrazado como temor a la pérdida de otras partes, como los dientes. Lo llamó "Complejo de Edipo", e insistió en que era universal

En 1901 Freud hizo un trabajo el cual le llamó "Psicopatología de la vida cotidiana" donde describió muchos mecanismos utilizados por la mente para apartar de la conciencia, las ideas, experiencia y emociones, cuyo recuerdo sería muy doloroso. A estas actividades mentales les llamó "Defensas". A la parte de la mente en que residen esos pensamientos les llamó "Inconsciente"

En 1936 Anna Freud publicó "El ego y mecanismo de defensa" en el que describió los procesos mentales que los niños y adolescentes acostumbran a usar para conservar intacta la imagen de si mismos al desviar de la conciencia sus impulsos sexuales y agresivos. Cuando las defensas no funcionan, la

ansiedad se abre paso. Cuando está se torna intolerable, aparecen síntomas en forma de fobias, obsesiones, depresiones, problemas somáticos. Cuando se produce un escape de la realidad como respuesta a la ansiedad suele ser bajo la forma severa de patología llamada "Psicosis".

En 1950 Erick Erickson publicó "Childhood and Society" en el cual puso el proceso del desarrollo del niño en términos psicológicos-sociológicos. Habló de "Confianza", "autonomía" e "Iniciativa" y correlacionó esos rasgos sociales con el investimento psíquico de la criatura, secuencialmente en su boca, su ano, y sus genitales, según lo formuló Sigmund Freud en 1905, "Industria", es la característica social que hace paralelo con el período de latencia. psicosexual.

De 1940 y 1950 Margaret Mahler llevó a cabo estudios sobre las madres y los hijos. Y dieron como resultado la teoría llamada "Separación-Individuación" este es el proceso por el cual la criatura que a los tres a cinco meses de edad emerge del estado normal-austico es autocentrado, se une a la madre. Entonces comienza a practicar el funcionamiento sin ella, hacia la época que comienza a caminar y alcanza un sentido de autosuficiencia e individualidad en la época en que entra en el jardín. En ese momento se establece el "Complejo de Edipo".

En 1950 un radiólogo llamado John Caffey, comenzó a publicar estudios radiológicos con los que reveló que los padres

sin duda mutilaban y mataban a sus hijos. Más tarde con leyes que protegían a los infantes contra litigios por falsa acusación, salió a la luz el grado de abuso de los niños.

Probablemente una de las teorías más populares nunca propagadas para explicar la causa del funcionamiento deficiente en los niños es la llamada "Lesión" o "Disfunción cerebral mínima".

El curso del desarrollo normal no es algo que corra parejo. Sólo el conocimiento de la vida íntegra de un niño puede ayudarnos a saber si la conducta difícil del niño es parte de una estructura anormal de la personalidad o sólo un desvío de su funcionamiento habitualmente normal.

## CAPITULO II

### TEORIAS DE LA PSICOLOGIA DEL DESARROLLO

#### 2.1 FREUD Y LA TEORIA PSICODINAMICA

Freud pensaba que la conducta humana e incluso la mayoría de las enfermedades mentales, eran causadas por fuerzas psicodinámicas, "Mente y Energía".

Estas energías de la mente, en su opinión estaban en actividad constante, dando origen a la conducta y configurando la personalidad humana.

Sostenía también que tal energía está presente en cada individuo desde el momento de su nacimiento, y que influye en todas las etapas del desarrollo humano. Por tanto Freud, pensaba que para entender cabalmente la conducta humana, era necesario comprender las fuerzas psicodinámicas que operan en la lactancia y el principio de la niñez.

##### A) Energía de la libido:

Una de las fuerzas dinámicas que configura la personalidad del individuo según Freud, es la energía de la libido, "Deseo o anhelo . vehemente". Está energía se produce constantemente"

desde que nace el niño. Esto paulatinamente se va acumulando en cada individuo. Las personas no estallan físicamente, pero la teoría Freudiana, señala que los niveles altos de energía ocasionan dolor y malestar, mientras que los bajos tienen relación con el placer. Cualquier cosa que incremente la energía de la libido, redundará en tensión e infelicidad. Cualquier cosa que disminuya la energía de la libido da por resultado sensaciones de satisfacción y bienestar

La personalidad y la conducta humana, según Freud se configuran conforme a la manera en que los lactantes y niños aprenden a controlar y liberar la energía de la libido. Se libera esta energía mediante tres sistemas biológicos:

- 1.- La boca o cavidad bucal y el acto de comer
- 2.- El ano y la excreción o eliminación
- 3.- Los genitales, órganos sexuales externos y la conducta sexual.

#### **B) Etapa oral:**

Durante los primeros años de la vida humana, el sistema bucal adquiere importancia enorme. Las primeras experiencias de los niños respecto a la satisfacción y la incomodidad y a las relaciones humanas agradables y desagradables están relacionadas con la boca y el proceso de alimentación. Durante esta etapa oral la energía de la libido se libera agradablemente

mediante actividades bucales: comer, succionar, deglutir. Un trato relajante y generoso en la etapa oral originará una niñez y una personalidad adulta caracterizada por rasgos de colaboración, pacíficos, amistosos, optimistas, de desprendimiento y generosidad.

Los niños a quienes se priva de alimento o que son objeto de cualquier otro maltrato durante la etapa oral sufren la acumulación de la energía de la libido, y tienden a sentirse abrumados por temores y angustias.

Según la teoría Freudiana, los lactantes que no experimentan suficiente satisfacción o agrado durante la etapa oral, tienden a pasar mucho tiempo de su vida posterior tratando de compensar o contrarrestar las carencias sufridas durante dicha etapa. Comer, y beber alcohol en exceso, fumar demasiado, a menudo se consideran formas de compensación oral. La gente que parece dedicar demasiada energía a defenderse de la angustia y de la inseguridad relacionados con la privación oral, tiene fijaciones en la etapa oral. Además de la conducta oral patente, los adultos que tienen fijaciones de este tipo suelen ser mezquinos, arrogantes, agresivos, impacientes, competitivos, suspicaces, deprimidos y cínicos.

Lo opuesto a la privación, es decir, la sobreprotección y la gratificación excesiva durante la etapa oral también redundan en fijación. Los padres sobreprotectores tienden a conservar a sus

hijos en cierta etapa del desarrollo y a impedir que pasen a la siguiente. Estas personas tienden a ser muy independientes, confían demasiado en los demás, esperan que los demás lo hagan todo por ellos y tienen sentimientos irrealistas de seguridad y confianza en sí mismos. Por otra parte, los niños que padecen privaciones en la etapa oral, tienden a ser prematuramente autodependientes y autosuficientes aunque al mismo tiempo sientan inseguridad. De esta manera, la teoría Freudiana explica cómo ciertos rasgos de responsabilidad semejantes "Dependencia-Independencia" pueden tener orígenes del todo distintos de la misma manera que conductas muy diferentes pueden tener orígenes semejantes.

### **C) Fase oral**

En algún momento del segundo año de edad, cuando la alimentación ya no es la actividad importante, la madre comienza el adiestramiento de esfínteres. El interés está concentrado en el ano y en las ideas que brotan de los conflictos sobre su control que predominan en la determinación de su sentido de la capacidad de su cuerpo y del cariño de la madre.

La ansiedad de este período produce reacciones que más tarde se graban en la formación de un carácter que es muy contradictorio, rebelde o rígidamente unilateral. La persona unilateral puede ser perfeccionista o descuidada,

extremadamente agresiva o pasiva. El niño con personalidad sana es limpio y sabe que es bueno para él.

A veces cuando se enfrenta al niño con las tareas del período anal y de separación, reacciona a su frustración con agresión oral y si nadie le hace caso puede pasar a morderse o golpearse a sí mismo o a torturar a una mascota.

Hacia fines del primer año el niño puede expresar sus deseos con palabras sueltas y frases

Al percibir los sentimientos, actitudes y expectativas de los padres, el varón y la niña alcanzan un sentido de su identidad sexual. Saben que su padre es varón y su madre mujer antes que partes específicas del cuerpo lo determinen.

#### **D) Etapa fálica:**

Entre los tres y cinco o seis años de edad, los niños toman conciencia cada vez mayor de su propia sexualidad. Tanto los niños como las niñas descubren que son físicamente diferentes. La agradable liberación de la energía de la libido durante esta etapa se relaciona a menudo con la manipulación o estimulación de los propios órganos genitales.

Sin embargo, los cambios que se producen durante esta etapa se aplican a varones y a mujeres. Tanto unos como otros se interesan por su propia sexualidad y por la de los demás y, en

general empiezan a establecer una reacción muy afectuosa con el progenitor del sexo opuesto.

El trato demasiado severo y restrictivo durante la etapa fálica puede impedir o dañar la confianza en uno mismo, la curiosidad y la ambición, y origina angustia acerca de las nociones del cuerpo y sus funciones, sobre todo en el ámbito de la conducta sexual.

#### **E) Complejo de Edipo**

El apego del niño al progenitor del sexo opuesto redundaba en lo que Freud consideraba uno de los aspectos más importantes del desarrollo.

Para que prosiga el desarrollo normal, los muchachos deben renunciar a la relación intensa que hayan establecido con su madre, y las niñas deben hacer lo mismo respecto a su progenitor. Renunciar a esta relación constituye una lucha o un conflicto importantísimo para niños y niñas de corta edad.

El desenlace del conflicto sucede entre los cinco y siete años de edad, esto se resuelve cuando el varón se da cuenta de que en realidad no puede reemplazar a su padre, pero que puede captar, gran parte de amor materno al imitar los valores y la conducta del padre. Se supone que las niñas siguen la misma pauta de desarrollo, pero tal fenómeno ocurre más tarde. Para

resolver el conflicto, la niña imitan mucho la conducta materna, en su intento de atraer el amor del padre.

**F) Período de latencia sexual:**

Después de la resolución del Complejo de Edipo la sexualidad infantil parece estancarse o perder importancia. Este período se inicia de los seis a los doce años de edad. La "Latencia" sugiere que la sexualidad aún está presente pero oculta por otros intereses

Cuando los niños comienzan a salir del hogar más a menudo empiezan a aprender de otras personas, aparte de sus progenitores.

Durante esta etapa los muchachos buscan la compañía de otros y encuentran modelos masculinos o héroes entre los varones de mayor edad. En forma semejante, las muchachas tienden a permanecer unidas en esta etapa, y empiezan a imitar a otras mujeres de mayor edad. Freud llamó a la "latencia", "Período de homosexualidad natural", que aparece inmediatamente antes del resurgimiento del interés sexual.

**G) Etapa genital:**

Durante esta etapa, los niños en desarrollo toman conciencia de que las relaciones con el sexo opuesto pueden ser placenteras.

La etapa genital trae consigo varios problemas. Conforme los adolescentes adquieren conciencia de su sexualidad, acaso se tornen demasiado conscientes de sus cuerpos en desarrollo y de sus caracteres sexuales secundarios. Quizá les preocupa que su desarrollo sea demasiado lento o muy rápido, es posible que se les dificulte decidir entre la existencia tranquila y cómoda de la niñez y las responsabilidades de la vida adulta.

Estos problemas a veces ocasionan trastornos emocionales, volubilidad de ánimo y rebelión contra la autoridad. Pero si las etapas anteriores se han manejado con relativa eficacia, los adolescentes, en general, estarán bien preparados para hacer los ajustes que requiera la etapa genital y para pasar a la edad adulta.

## 2.2 PIAGET Y EL ENFOQUE COGNOCITIVO

### A) Asimilación y adecuación

Piaget se ha dedicado a una de las conductas más peculiarmente humanas: La cognición. Todas las facultades intelectuales como son; pensar, saber, percibir, recordar, el raciocinio abstracto y la generalización.

La adaptación, es el proceso más importante del funcionamiento intelectual.

Según Piaget existen sólo dos formas específicas de adaptación:

La asimilación

La adecuación

Asimilación significa apropiar; es lo que hacen los niños cuando oyen hablar a las personas que lo rodean

Adecuación, es un proceso que se refiere al exterior mediante el cual la persona se ajusta o se adapta al medio. Una vez que los niños han asimilado unas cuantas palabras, empiezan a utilizarlas.

Según Piaget, cada asimilación y adecuación van conformando el crecimiento y desarrollo intelectual.

**B) Etapa sensorimotora:**

La facultad mental o de raciocinio, se desarrolla o madura en 4 etapas o períodos: La sensorimotora, la preoperacional, la de operaciones concretas y la de operaciones formales. Se piensa que todos los niños pasan por cada una de estas etapas en el mismo orden, independientemente de la cultura en que se críen y en la cantidad de experiencias y adiestramientos a que estén sometidos. Varias partes de las etapas pueden superponerse y algunos niños quizá se desarrollen más rápidamente que otros, pero las etapas seguirán siempre con el mismo orden.

Durante la etapa sensorimotora que va desde el nacimiento hasta alrededor del segundo año de vida, los primeros signos de inteligencia parecen estar relacionados con los sentidos y con las actividades motoras (movimientos físicos). Al nacer los niños son egocéntricos. De la única existencia de que están conscientes es de la propia.

Los niños muy pequeños no tienen ninguna idea de la permanencia de los objetos. En otras palabras, cuando un objeto está fuera del campo visual del niño, no existe para él

Poco a poco durante la etapa sensorimotora, los sentidos y los movimientos motores ayudan a los niños a tomar conciencia del mundo exterior y hacer contacto con él. Después de tal experiencia sensorial con objetos y personas en movimiento, empieza a darse cuenta de que tales objetos existen aunque no los vean. A medida que aprende a controlar sus movimientos corporales y sus actividades físicas empiezan a intentar asir los objetos.

Esta etapa es muy importante en el desarrollo. Conforme los niños buscan objetos, y a las personas de su mundo, empiezan a formar una imagen mental de un mundo que contiene algo más que su propio yo

C) Período preoperacional:

Durante este período que abarca de los dos a los siete años de edad, aproximadamente los niños empiezan a adquirir la capacidad de ejecutar actividades u operaciones mentales internas, en oposición a operaciones, puramente físicas. Por ejemplo, los niños tratan de asir un juguete o un objeto que ven y desean.

En esta etapa aprenden a pensar en los juguetes y a pedirlos incluso cuando no estén a la vista. Con esta capacidad de imaginar o simbolizar el mundo, empieza a jugar y a fingir. Al pretender hacer creer que son otras personas, como maestros, doctores o los progenitores, los niños asimilan y empiezan a aprender, las costumbres y modales de los individuos que los rodean.

Al imitar a otras personas se adecúan a nuevas y extrañas experiencias.

Piaget explica que el intelecto de los niños en la etapa preoperacional todavía no se desarrolla al punto en que pueden captar las transformaciones o cambios de forma.

#### D) Etapa de operaciones concretas:

Esta etapa comprende de los siete a los once años de edad. Los niños empiezan a utilizar su creciente capacidad mental para pensar en lo que sucede a los objetos concretos o sólidos sin tener que experimentar en la práctica con ellos. Al omitir las

partes físicas o sensorimotoras de una experiencia, las operaciones mentales se aceleran mucho. Los niños en edad preoperacional buscan un juguete extraviado en cada habitación de la casa. En la etapa de las operaciones concretas se sienta a pensar en dónde está el juguete, sin tener que emprender una búsqueda física detallada. También los niños son capaces de pensar en cualquier objeto con el que hayan tenido alguna experiencia. En general los mismos niños no pueden hacer extensivo tal pensamiento, a objetos no concretos o ideas abstractas.

#### **E) Período de operaciones formales:**

Piaget llama a este período final, período de operaciones formales, que abarca después de los once ó doce años de edad.

El pensamiento abstracto se desarrolla durante esta etapa, porque los adolescentes aprenden a entender los procesos del pensamiento o raciocinio (es decir su raciocinio se hace en función de operaciones mentales).

También en esta etapa le es posible formular o generalizar juicios sobre conceptos abstractos como, amor, honor, verdad y justicia.

Hacia el final del período de operaciones formales, entre los catorce y quince años de edad, el desarrollo suele haberse completado.

Cualquier destreza mental adicional se adquiriría sólo mediante el ejercicio continuo del pensamiento, aprendizaje, experiencia y adquisición de más información.

### 2.3 CONDUCTISMO Y TEORIA DEL APRENDIZAJE

Si bien las teorías de Freud y Piaget contribuyen a explicar la conducta y el desarrollo humano, en ambas hay elementos cuya existencia no es posible comprobar. Aún cuando resulta razonable emplear el término de "Energía de la libido" para explicar las fuerzas internas que parecen impulsar u obligar a la gente a actuar, dicha energía no puede observarse ni medirse, por otra parte, aún no se ha comprobado su existencia. Piaget habla de "Conceptos mentales" e intenta demostrar su existencia con base en la forma en que los niños dan respuesta a preguntas o resuelven problemas. Sin embargo, los conceptos mentales en sí no pueden observarse ni medirse científicamente. Lo que es posible observar y medir son las conductas producidas por esas fuerzas y sucesos internos supuestos. El conductismo representa el tercer enfoque en el estudio del ser humano

En su afán de lograr un carácter más científico, esta teoría se basa exclusivamente en sucesos, conductas científicamente observables y medibles.

El Conductismo nació a principios del siglo en Estados Unidos con las investigaciones de John B. Watson, quien sustentaba con firmeza que la psicología no debería inmiscuirse en asuntos de Filosofía y Mentalismo (hipótesis que hacen suposiciones no comprobables acerca de la mente) sino concentrarse a sus casos naturales, observables para el científico.

El Conductismo considera al desarrollo humano, no como una serie de etapas o fases por las que debe pasar todo niño, sino como el proceso del aprendizaje y formación gradual de hábitos y normas de conducta.

Según la teoría Conductista, las conductas no son resultado de fuerzas internas no observables, sino que aprenden a través de la interacción y la experiencia con el ambiente, incluidas las demás personas.

El teórico del aprendizaje Robert M. Gagné, las etapas del desarrollo no guardan relación con la edad, salvo en el sentido de que el aprendizaje requiere tiempo.(2)

#### A) Condicionamiento clásico:

En los niños, su capacidad de aprendizaje se manifiesta desde el nacimiento.

Este tipo de aprendizaje implica, establecer una asociación entre un estímulo y una respuesta. El estímulo es todo aquel

elemento del ambiente que hace que un organismo ( de niño, adulto animal o planta) reaccione o emita una respuesta.

El acto de responder a un estímulo constituye una de las manifestaciones fundamentales de la conducta humana. Sin embargo, las personas no reaccionan de la misma forma. Según la situación, aprender a reaccionar, en forma distinta ante el mismo estímulo.

Después de tener suficiente experiencia con un estímulo, las personas aprenden a establecer una asociación entre él y la respuesta.

Las respuestas, son resultado de condiciones también diferentes. Se llama condicionamiento clásico al método mediante el cuál se establece, una asociación entre un estímulo y una respuesta.

Mediante el condicionamiento clásico, las personas aprenden a reaccionar a millones de estímulos: luces, campanas, aromas, comida, sonrisas, palabras amables. Puesto que existen muchísimas situaciones, (estímulos y reacciones distintas), el condicionamiento clásico puede explicar gran parte de la conducta humana. Con base en la teoría Estímulo-respuesta John Dollard y Neal Miller explican la manera en que los niños forman hábitos y maneras básicas de reaccionar, durante los primeros años de vida (3)

Tales hábitos condicionados pueden durar años y volverse parte esencial de cada personalidad.

No obstante, las respuestas o hábitos condicionados no siempre son permanentes. Pueden desprenderse. El proceso por el cual se disipa o se hace desaparecer el condicionamiento se llama extinción.

#### **B) Generalización y Diferenciación:**

Mediante un proceso que se conoce como generalización, en el cual un conocimiento particular aprendido, se aplica a situaciones que no se han experimentado directamente. La asociación entre estímulo y respuesta puede ampliarse o generalizarse a otros estímulos. La opuesta generalización es la diferenciación. Mediante la experiencia, los individuos aprenden a diferenciar o distinguir entre varios estímulos.

#### **C) Condicionamiento operante:**

El psicólogo B.F. Skinner, demostró que el condicionamiento operante o modificación de la conducta, constituye una forma más completa de aprendizaje en la que se actúa sobre el ambiente, con el fin de producir una respuesta (el niño llora para hacer que sus padres lo alimenten). Por medio del condicionamiento operante, el niño aprende a modificar o cambiar

su propia conducta, con el propósito de modificar el ambiente (incluso la conducta de otras personas)

#### D) Emulación:

La emulación también recibe el nombre de imitación o aprendizaje social.

Dado que el niño es un gran imitador, mucho de lo que aprende durante los primeros años de vida será resultado directo de la imitación que haga de las acciones de padres y otras personas que le sirven de modelos. Sin embargo, aún cuando los adultos no actúan intencionalmente como modelos, mucho de lo que hagan servirá de modelo e influirá en la conducta del niño (4).

### **CAPITULO III**

#### **PSICOLOGIA DEL NIÑO**

La Psicología infantil es la disciplina científica que tiene por objeto aportar al adulto las claves que le permitan comprender al niño "Ese sujeto extraño" , y trabajar con él.

Es necesario que el odontólogo tenga conocimientos básicos de Psicología, para comprender mejor los problemas de conductas de cada niño, también es indispensable que sepa organizar su consultorio en una forma racional y ordenada, para que su trabajo rinda un mayor provecho en beneficio de sus pacientes y del suyo propio.

Aunque los niños deben adoptar una conducta aceptable en la situación odontológica, la actividad y actitudes de los odontólogos deben ser dirigidas a apoyar los esfuerzos de los niños.

El verdadero niño problema en el consultorio dental es la excepción, sin embargo al odontólogo le resultaría más fácil aceptar a cada niño, si supiera que los problemas de conducta o estados de ansiedad, pueden ser diagnosticados con facilidad, por lo que es necesario el estudio e investigación continúa en el campo de la Psicología infantil en relación con la Odontología.

Pocos padres comprenden la desventaja del odontólogo presentando a un niño asustado, ansioso o de hecho opuesto al examen inicial y demás procedimientos.

El odontólogo en pocas ocasiones tiene la ventaja de conocer el desarrollo psicológico del niño y la preparación de los padres que efectuaron para la primera visita o la posibilidad de una experiencia anterior lamentable.

Sin embargo los padres esperan que el odontólogo domine por completo la situación y preste el servicio a sus hijos cualquiera que sea su reacción.

### 3.1 Psicología del desarrollo.

El estudio del desarrollo de los niños nos conducirá a formular ideas estimulantes y tentadoras en varios campos de la psicología humana.

La Psicología del desarrollo representa un método para comprender a los niños a través de la descripción y la explicación de los cambios psicológicos que experimentan los mismos, en el transcurso del tiempo que se basa principalmente en los conocimientos de los dominios de aprendizaje la percepción, motivación, la personalidad y la psicología social.

El desarrollo psicológico abarca una serie de condiciones que se manifiestan al exterior como un patrón de conducta, esté

es condicionado a una serie de cambios dados por la herencia y por factores del medio ambiente, los cuales afectan al individuo.

El odontólogo deberá conocer los límites de aprendizaje a determinados períodos de la vida del niño, para poder llevar a cabo, un tratamiento adecuado, dependiendo de la edad del niño y de los cambios que surjan a medida que este crece.

El odontólogo, se da cuenta de que un niño normal, pasa por un crecimiento mental además del físico.

Comprendiendo que adquiere constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos, está es una de las razones por la cuál el niño difiere en su comportamiento dentro del consultorio entre una visita y otra.

Cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento diferente.

En ocasiones la edad psicológica del niño, no corresponde a su edad cronológica, esto es importante para diagnosticar problemas de conducta

Se dice que se ha producido un cambio psicológico cuantitativo cuando pueden apreciarse nuevas formas de conducta, las que indican nuevas capacidades y aptitudes.

El dominio del lenguaje y su uso como instrumento, forma parte del proceso del aprendizaje, para dirigir uno mismo su propia conducta.

La mayoría de los procesos psicológicos como son: percepción y aprender a pensar, están influenciados por acciones emocionales frente a la gente.

El niño experimenta estimulación, alegría, angustia, enojo y otros sentimientos, lo que puede influir en su comportamiento.

### 3.2 Edades psicológicas de los niños.

El odontólogo comprenderá la conducta del niño, sólo en una comprensión y conocimiento activo de la conducta infantil, ya que podrá comprender su propia conducta y sus propias reacciones ante los problemas del consultorio dental.

Es importante que el odontopediatra comprenda que si pierde el control de la situación no será un reflejo de si mismo, puede no haber tenido suficiente para diagnosticar la etiología de la conducta normal.

La conducta de un individuo está dada por tres factores principales que son:

1. Herencia
2. Medio ambiente
3. Aprendizaje

La herencia se define como la totalidad de factores biológicamente transmitidos, que influyen en la estructura total del individuo.

Medio ambiente es aquel en el que se desenvuelve el individuo.

Y estos dos estarán ayudados por el aprendizaje.

Esta establecido que el aprendizaje asociativo simple, progresa desde el instante del nacimiento.

A través del aprendizaje la criatura se sensibiliza a experiencias específicas y se condiciona los fenómenos del medio.

Estas son algunas de las características que presentan los niños según su edad, se considera que no son patrones y por lo tanto no son determinantes.

### DOS AÑOS.

Su vocabulario es limitado por lo que su comunicación y relaciones interpersonales son mínimas, su cooperación varía por el número de palabras que maneja, usa generalmente 50 o más palabras, hace frases de dos palabras usando pronombre, nombre y verbo, no debe esperarse una respuesta a una pregunta de orden directo. Es tímido y asustadizo con gente extraña, por lo que es difícil separarlo de sus padres y casi siempre entra al consultorio acompañado, su miedo es de tipo auditivo, disminuye el número de reacciones adicionales, relativamente violento y orgulloso, tiene habilidad para vestirse y se le puede halagar mediante acciones y expresiones faciales, su juego es solitario y observa a otros lo que hacen y no permite a

otros jugar con él, es común que cambie de idea de un momento a otro. Para organizar su experiencia debe tocar y manejar los objetos captando plenamente su sentido.

### TRES AÑOS.

Puede comunicarse y razonar más fácilmente, es conversador y puede haber un acercamiento positivo explicándole que es lo que le va a hacer aunque al niño no le agrade, comienza su semidependencia, hace preguntas a los adultos cuyas respuestas ya conoce, puede estar celoso de sus hermanos.

Sus juegos son imaginarios y solitarios durante largos periodos, ríe mucho, su humor está relacionado tanto con la actividad general como con el juego verbal, sus temores son visuales, por ejemplo, lo grotesco, lo obscuro y a los animales. La tensión o el creer ser lastimado hacen que se vuelva hacia su madre buscándo apoyo, consuelo y seguridad.

### CUATRO AÑOS.

Es la edad del ¿porqué?, ¿cómo?, maneja 200 palabras, frases y formas plurales, cuenta cuentos y describe sus experiencias, pregunta el significado de las palabras especialmente abstractas, le gusta descubrir, es egoísta e impaciente, su humor es variable, exagerado y jactancioso,

expresa resistencia e independencia, es desafiante, gran conservador que generalmente exagera, muy activo, amigable y orgulloso de sus propiedades. Cuando se junta con otros niños es ligeramente profano y obsceno, agresivo tanto física como verbalmente, rudo y poco cuidadoso con sus juguetes, autocrítica breve y superficialmente y puede ser muy cooperador..

### CINCO AÑOS.

Puede nombrar una frase de diez o más sílabas y puede nombrar cuatro colores o más, piensa antes de hablar, indica cual es el más pesado de dos objetos, distingue entre la verdad y la mentira y es capaz de autocriticarse, está seguro de si mismo y controlado, es aceptado socialmente, se lleva bien con los adultos y pide ayuda cuando la necesita, aunque es tímido en el primer encuentro, tiene actividades de grupo y experiencias comunitarias, desea asumir responsabilidades generalmente, ama a su hogar, personas u objetos asociados a él mismo, su memoria de hechos pasados es sorprendentemente exacta, se adapta bien a la escuela y le agrada la rutina de programas para niños, orgulloso de su vestir y de sus propiedades, le agrada ser alabado y no siente temor al dejar a sus padres.

### SEIS AÑOS.

También conocida como etapa preescolar.

Es la edad del cambio pues se verifican algunas variaciones tanto somáticas como psicológicas, está es una edad de transición.

Desaparecen los dientes deciduos y aparece el primer molar permanente. El niño es más susceptible a las enfermedades que en los últimos años

Es la edad de los extremos de conducta, su madurez se refleja en la incapacidad de decidir.

Todo lo dócil que era a los cinco años, obedecía una orden de la madre, sin problemas, ahora responde con la actitud desafiante de "No quiero".

Tiene un gran interés por las historietas, le agrada leerlas o que otras personas se las lean. Lloro constantemente por cosas insignificantes..

Le encanta oír música y hasta puede escuchar su melodía favorita.

Por lo tanto debemos poner demasiada atención para no crear estados de angustia en el niño.

### SIETE AÑOS.

A los siete años es una edad muy importante en la vida efectiva del niño, pues lo que antes le había pasado desapercibido ahora toma gran importancia y es el hecho de

saberse querido, es más introvertido. Es más calmado y concentrado en sus tareas

La relación con la madre varía , empieza a verla desde un punto de vista, acepta cierto grado de separación y desea relacionarse con otras personas

Adquiere a comportarse mejor fuera de casa, se a vergüenza si lo ven llorar, su llanto es menos infantil, sin embargo aprende a recordar la calma y deja de llorar

Utiliza el lenguaje con mayor libertad, para hacer comentarios sobre cosas de interés

A esta edad están ocupados en sus actividades y pensamientos, por lo tanto tienen un mayor dominio de su vida.

### OCHO AÑOS.

A esta edad el niño vuelve a se r explosivo al igual que los cuatro años, solamente que ahora es más maduro tanto emocional como psíquica y físicamente y es cuando empieza a cambiar sutilmente.

Entre sus entretenimientos favoritos está el escuchar las conversaciones de los adultos para copiar muchas posturas, expresiones faciales, buscan indicaciones que les permitan entrar en el ambiente social, que si antes paso inadvertido, ahora les interesa mucho.

Les desagrada que les den órdenes fuertes y directas y prefieren que se les hagan sugerencias o indicaciones.

Demuestran ser más extrovertidos, están dispuestos a afrontar por si solos cualquier situación, demostrando valor, creen saberlo todo, son más controlables, e incluso responden a miradas de la madre.

Es muy sensible y se siente herido fácilmente, aunque no lo demuestre llorando y tiene menos arranques de cólera..

### NUEVE AÑOS.

Es una edad intermedia entre la infancia y el comienzo de la adolescencia, está abierto a la instrucción, es directo y va a los hechos, es la edad ideal para perfeccionar la pericia en el manejo de herramientas, operaciones aritméticas y otras habilidades, sus lecturas son revistas y describe objetos con detalle, tiene iniciativa propia, mayor dominio en si mismo, adquiere nuevas formas de autosuficiencia que modifica sus relaciones con la familia y sus compañeros, tiende a ser una persona relativamente bien organizada, no es muy agresiva, no le agrada ni necesita que se le proteja, aprecia la justicia de la disciplina y es muy sensible a estas ideas, es lo suficientemente maduro para aceptar los reproches, ya no busca tantas excusas infantiles, esencialmente dice la verdad y es honrado, demuestra disgusto hacia sus

padres y hermanos si no actúan como él cree que deberían hacerlo .

#### DIEZ AÑOS.

Es el comienzo de la adolescencia en que la formación del carácter bueno o malo se lleva a cabo con mayor facilidad, su individualidad está bien definida y las diferencias sexuales están pronunciadas. La niña es más madura y tranquila que el niño, el poder de sugestión es máximo tanto para el bien como para el mal, es más independiente, tiene mayor dominio de si mismo, tiene ciertas habilidades manuales, visuales y vocales, participa en discusiones elementales, se interesa en la vida familiar.

#### ONCE AÑOS.

Es ya un adolescente , le gusta contradecir, es violento en sus palabras, e inconstante en sus movimientos que son manifestaciones de la temprana personalidad del adolescente. Las niñas son generalmente más altas que los niños, son inquietos investigadores, no les molesta el reposo pero les gusta andar de un lado a otro. Si está presente la timidez, puede aumentar y ser problema difícil para algunos padres. Los estados de ánimo varían tonto, que van y vienen en rafagaz, adopta una actitud más crítica hacia el producto de su actividad de antes.

## DOCE AÑOS.

Adquiere una nueva visión de si mismo y de las demás personas, procura ganarse la aprobación de los demás teniendo un creciente sentido del humor y una alegre sociabilidad, afirmar que ya no es un pequeño y pide que no se le trate como tal, le gusta discutir y dialogar, es leal, por lo general logra reprimir las lágrimas y la violencia, acepta la disciplina justa y a veces la autodisciplina.

## **CAPITULO IV**

### **EL MIEDO Y LLANTO COMO FACTOR EN LA CONDUCTA DEL NIÑO**

Uno de los principales problemas que enfrenta el odontólogo en el consultorio , es el miedo y las experiencias odontológicas, ya que es una de las razones de mayor importancia por la cual algunas personas descuidan su salud dental.

El miedo es una reacción que se va adquiriendo a través del tiempo, cuando en niño nace no siente temor por nada, al ir aumentando su capacidad mental, empieza a reconocer los estímulos que provocan el miedo, ya sea del medio ambiente o transmitiendo por los padres.

Los padres pueden encauzar a sus hijos en una dirección instructiva o constructiva de los temores, lo cual influye en la educación del niño, puesto que estos estímulos pueden ser orientados hacia el miedo protector, a través del cual se trata de evitar accidentes.

El niño puede presentarse en el consultorio con gran temor, debido a que ya ha tenido una experiencia desagradable anteriormente.

Así como los padres dirigen el miedo hacia lo positivo también pueden hacerlo a la inversa y crear en el niño un temor mal entendido.

#### 4.1 El miedo y el crecimiento

La edad va determinando las respuestas de un niño, al miedo.

El factor edad hace que el miedo a determinadas cosas disminuya o hasta desaparesca y en otros casos aumente.

La edad es determinante debido a la capacidad de raciocinio en el niño, que va madurando y entiende ya que los medios adquiridos pueden irse desafiando uno a uno.

La edad adecuada para llevar a un niño al consultorio dental deberá ser de dos a tres años.

Será de suma importancia, que el odontólogo estudie los estímulos de importancia dental ya que producen miedo desde esta edad hasta la adolescencia.

El niño de dos a tres años siente temor por todo aquello que afecte sus órganos sensoriales como los movimientos bruscos, la luz brillante de la lámpara, un sabor desagradable o el ruido fuerte y persistente de la pieza de mano.

El odontólogo debe tratar con anticipación al niño para no provocar su miedo.

A los padres se les debe hacer saber que los tipos de miedo no son fijos para todas las edades, sino que se modifican con el desarrollo físico y mental del niño.

Los niños a edad preescolar pueden temer a los extraños. Si se separa del padre experimentará una sensación de abandono, algunos niños temen al ser separados de sus padres, es entonces preferible que lo acompañen al interior del consultorio cuando son muy pequeños.

A los cuatro años de edad se alcanza el máximo de los temores definidos y de los cuatro a los siete años de edad, hay una declinación gradual de los primeros miedos, como el miedo a caer, ruido y a los extraños. Al adquirir el niño la posibilidad de valorar las situaciones generadoras de miedo; por su propia experiencia y por su propia capacidad de discernir la gravedad del peligro, pierde y olvida mucho de sus tempranos temores. El miedo a los extraños que es más intenso entre los tres y cuatro años lo pierde por el amplio contacto con los demás. Por esta razón los niños que van a jardines de infantes son más sociables y dispuestos a acercarse a los extraños, mientras que aquellos sin mayores contactos sociales permanecen tímidos, vergonzosos y atemorizados a los desconocidos.

Se ha observado que los niños inteligentes suelen manifestar más miedo que los otros, quizá a causa de su mayor captación

del peligro y a su desconfianza más definida para aceptar las afirmaciones verbales sin su prueba correspondiente.

A estas edades los varones tienden a ser más agresivos, esforzados y a mostrar una actitud amistosa. Las niñas en cambio, suelen ser mucho más reservadas. Alrededor de los cinco años, un miedo generalizado, es aquel, a las lesiones corporales

El temor a una lesión está a menudo asociada con la odontología, porque ha aprendido que el odontólogo puede lastimar, y la lesión va asociada a un castigo en él.

A esta edad el niño está generando un temor a su propia conciencia, formada por la disciplina con que los corrigen los padres.

Desde los cuatro años hasta los siete años el niño entra a un período de marcados conflictos e inestabilidad emocional. Se halla en constante conflicto entre "su yo" que evoluciona y su deseo de agradar, combatirán en el plano de la imaginación, aquello que temen en la realidad. A esta edad el valor de seguridad de la fantasía es importante y puede ser empleado por el odontólogo como un medio para tratar al niño.

Al llegar el niño a la edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología no constituidos por sugestión, imitación o experiencias dentales previas desagradables, pueden ser facialmente manejados. Sólo unos pocos niños retienen fobias

acentuadas, se tornan menos exigentes y más fáciles de conformar; y generan una marcada curiosidad por el medio que los rodea.

La diferencia fundamental que es preciso hacer ante el tratamiento de pacientes, presa de extremo nerviosismo o angustia, es entre aquellos que son susceptibles de ser ayudados mediante técnicas sencillas al alcance de todo aquel odontólogo que se preocupe por aprenderlas, y en los casos de pánico severo o fobias, cuyo manejo es bastante complejo.

El miedo es fácil de identificar, ya que suele manifestarse en el rechazo a un objeto determinado manifiestamente no peligroso, o en circunstancias en que el temor no constituye una reacción completamente anormal en el cuadro general de la personalidad del individuo..

#### **Ansiedad.**

El acudir al odontólogo provoca un cierto grado de aprensión o ansiedad en casi todos los niños.

Esto es más común en un niño preescolar, pues además del temor hacia el posible dolor, teme a lo desconocido y sobre todo el hecho de separarse de su madre.

Los niños responden a cualquier situación de stress. Incluyendo los procesos deseados emocionales y mentales, éstos

pueden ser estímulos por sucesos externos del medio ambiente o por conflictos internos del individuo.

La conducta externa es la única respuesta que el odontólogo puede observar.

No es la ansiedad en si la que determina el tipo de paciente ontológico, sino la manera de asumir sus miedos.

La mayoría de los niños que acuden al odontólogo demostrarán una conducta de acuerdo con su edad y nivel de madurez emocional.

Algunos reponden con una conducta no cooperadora,.

La resistencia es una manifestación de inseguridad o ansiedad y de hecho el niño se revela contra el miedo.

Cuando no desea adaptarse a una situación puede hacer rabietas o golpearse la cabeza.

Cuando se rehusa a desarrollarse se dice que es un estado de regresión, en este caso el niño puede no intentar hablar no desea dejar sus hábitos de juego infantiles, moja la cama, etc.

La retracción es otra manifestación de ansiedad, en este caso el niño rehusa los juegos colectivos y plática con desconocidos.

El odontólogo tiene problemas para comunicarse con este tipo de pacientes, ya que el niño se siente agredido con facilidad y llora constantemente.

#### 4.2 Definición de miedo.y causas del miedo:

El miedo es una de las emociones primarias e instintivas del hombre, evidenciada ya en el nacimiento, y radica en los confines más profundos del inconsciente. En la primera etapa de la vida, el niño ignora la naturaleza del estímulo que genera temor. Al crecer y aumentar su capacidad mental, reconoce los estímulos productores del miedo y puede identificarlos en forma individual. El niño procura adaptarse a estas experiencias aisladas, recurriendo a la huida, sino puede resolver el problema de otro modo. Si se siente incapaz de dominar la situación y la huida es físicamente imposible, entonces el miedo se intensifica y adquiere una dimensión desproporcionada con el estímulo que lo genera.

La responsabilidad de los padres en la preparación psicológica de su hijo, para el tratamiento dental está en relación principalmente con el problema emocional del miedo. El miedo constituye para el odontólogo un problema de tratamiento mayor y es una de las razones principales de que la gente descuide sus dientes.

La identificación del paciente ansioso, no es tarea simple, porque son muy pocos los que responden a las descripciones clásicas y simplistas.

Hay signos útiles para detectar pacientes aprensivos son el pulso, y el ritmo respiratorio, la sudoración y la rigidez muscular.

La respiración, suele ser fácil de observar sobre la superficie del espejo dental, es otro indicio útil, alientos breves, rápidos y poco profundos deben llamar la atención sobre un enfermo excesivamente tenso.

La sudoración también es fácil de observar, y tiende a confirmar los datos anteriores, mientras que la rigidez muscular suele observarse en el grado de apertura de la boca y en la resistencia de la lengua ante cualquier esfuerzo por maniobrarla mediante instrumentos.

#### Generalidades del miedo.

1. Es una emoción perfectamente normal.
2. Es necesaria para la vida del hombre.
- 3 Es un mecanismo de protección y autoconservación que moviliza al organismo y le permite reaccionar rápidamente en caso de peligro.

#### Causas del miedo.

Una de las primeras y más útiles medidas que puede tomarse para atacar el miedo es tratar de averiguar sus raíces. Se podrá comprobar generalmente que muchos cuadros de rechazo al tratamiento odontológico tiene sus raíces en la tradición.

Para verdaderas legiones, de pacientes la realidad de la odontología sigue siendo la representación del dolor y del castigo.

El examen de situaciones producidas en el consultorio dental, en presencia de niños que enfrentan el primer contacto con el profesional, reveló mucho sobre la génesis de situaciones de tensión y miedo. Curiosamente en estas primeras entrevistas pueden observarse mas conductas relacionadas con el miedo entre los padres que entre los propios pacientes.

#### **4.3 Tipos de miedo.**

Existen dos tipos de miedo: Temores objetivos y temores subjetivos.

**Temores Objetivos.-** Son producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales, no son de origen parte no.

Son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen, saborean; y son de naturaleza desagradable, como aquellos que se presentan cuando existe un trato deficiente el odontólogo provocando un dolor innecesario y miedo al tratamiento dental.

Es difícil lograr que un niño que ha pasado por esta experiencia acuda al odontólogo por voluntad propia.

El odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño hacia la odontología.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa, por ejemplo, el olor característico de ciertas drogas o compuestos

químicos asociados con situaciones desagradables pueden causar temores injustificados.

También el miedo hace descender el umbral del dolor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a presiones todavía mayores.

**Temores Subjetivos.-** Están basados en sentido y actitudes que han sugerido al niño por personas que le rodean, sin que el temor los haya experimentado personalmente.

Un niño al escuchar narrar por sus padres o amigos las experiencias desagradables en el consultorio dental, las aceptará muy pronto como reales y tratará de evitarlos.

Esto se debe que a un niño de corta edad y sin experiencia es muy sensible a la sugestión.

La imagen mental que produce miedo permanente en la mente del niño y con la imaginación de la infancia, se agrada y se vuelve importante.

Por lo tanto es imperioso que los padres platicuen con los niños antes de acudir al consultorio dental, para que el niño se sienta más tranquilo al llegar a su cita con el odontólogo.

El miedo por sugestión es aquel que el niño siente por imitación ya sea de sus padres, de sus hermanos mayores, de sus amigos, por la televisión, revistas, dependiendo del grado de temor y de la potencia de los estímulos, así como la sugestionabilidad del niño.

La ansiedad del niño y su comportamiento negativo, estarán íntimamente relacionados con ansiedad de los padres.

Mientras más tiempo estén presentes en la mente los temores subjetivos se irán incrementando cada día más.

En consecuencia, estos temores pueden ser más intensos y no guardan proporción con el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí.

Cuando existe miedo subjetivo al dolor éste es difícil de superar ya que no está basado en experiencias reales y personales.

Mientras que el miedo objetivo al dolor provocado por una inyección es superado fácilmente siempre que se haya experimentado anteriormente.

El niño sabe que la intensidad y la duración del dolor puede ser soportado y que esta situación ha ocurrido sin producir daño alguno. Existen otros tipos de temores que son los imaginativos que se intensifican a medida que se desarrolla la capacidad imaginativa del niño.

Por lo tanto aumenta con la edad y el desarrollo mental hasta cierta edad en que la razón prueba que no tiene fundamento.

#### **4.4 Definición de llanto, tipos de llanto y conductas posibles.**

Es una manifestación del comportamiento del niño, como paciente temeroso y previsto generalmente como una molestia para el odontólogo.

El llanto demuestra la personalidad, por lo tanto, identificación de una clase de llanto, provee al odontólogo de una herramienta muy importante para el diagnóstico. Hay cuatro causes de llanto, dentro del consultorio dental, que son:

Llanto obstinado

Llanto temeroso

Llanto lastimero

Llanto compensatorio

#### **Llanto obstinado**

Se caracteriza por su volubilidad, es como una sirena, dependiendo de su estado de ánimo su grito es más fuerte y más agudo, entre más agitado se vuelva el niño, más fuerte y más alto será el llanto, con un temperamento compuesto por patadas y mordidas. Desafía la disciplina impuesta por sus padres y otros, pudiendo variar a ser controlados por los extraños volviéndose dócil.

#### **Conducta posible.**

Es una de las manifestaciones más difíciles de tratar por el odontólogo, el motivo de la obstinación, es la ansiedad que se va a presentar antes de cualquier visita al dentista. De él no se podrá esperar una actitud adulta, por no ser lo suficientemente maduro

para comprender el cuidado dental, sus manifestaciones son tercas, y es sólo una manera de defenderse, cuando el odontólogo reconoce este hecho, no hay razón alguna para que se sienta agitado con el niño, se debe reconocer el mecanismo de la defensa para proveer al niño de la información e indicarle que no hay nada de que defenderse, y se controlará más fácilmente sin la presencia de los padres.

A los niños pequeños sí se les puede cargar, introducirlos al consultorio, en niños mayores está contraindicado, porque se sentirán humillados, se les hablará con calma, puede llevarseles de la mano, de manera que aunque sea introducido por la fuerza no se note.

### **Llanto temeroso**

Se identifica por sus abundantes lágrimas y sonidos acechantes, la respiración convulsiva, sollozante y áspera, tiende más a la histeria que el temperamento agresivo. El miedo se ha apoderado de él, y de su razonamiento, siempre existe el elemento aprehensivo a lo desconocido, a lo no familiar, y a la falta de confianza. Está motivado por el miedo y basado más en la emoción que en la razón. Sus padres serán de gran ayuda, ya que necesita el apoyo de ellos le puedan brindar. La firmeza y la gentileza son más efectivos con los pacientes jóvenes. Si su atención es distraída para parar el llanto, se le podrá dar

explicaciones y se obtiene su confianza y su cooperación. El uso de la fuerza es contraproducente.

**Conducta posible.**

Se hará con amabilidad y entendimiento.

**Llanto lastimero.**

A este llanto puede hacerle falta enteramente el volumen o puede ser muy alto. Las lágrimas pueden ser solamente una manifestación y si éxito sonido en éste será parecido al gemido, la respiración podrá ser afectada, si el niño sostiene, su respiración como si se asegurase el mismo del dolor. Este niño necesita una pequeña explicación, no es particularmente temeroso, si su llanto aumentase, podemos diagnosticar que hay dolor. Si él está tratando de olvidar su llanto, está haciendo una cooperación valiente o a expensas de su propio confort.

**Conducta posible.**

En caso de que su llanto aumente, aplicar más anestésico, ya que es muy cooperador.

**Llanto compensatorio.**

No es un llanto del todo, es un sonido del paciente, que aminorará el ruido de la pieza de mano, generalmente no es fuerte, pero consistente cuando siente el contacto con la fresa, cuando el ruido de la pieza de mano cesa, el llanto también, no hay lágrimas ni sollozos, solamente constantes gemidos. El niño asocia el

sonido agudo de la pieza de mano con el dolor, lo que le produce tensión y por lo tanto se niega al tratamiento.

## **CAPITULO V**

### **TIPOS DE CONDUCTAS DE LOS NIÑOS**

Los niños presentan una cierta conducta, a continuación se describen características y factores que la originan, así como la conducta posible a seguir, sin ser estas, conductas determinantes.

#### **5.1 NIÑO MIEDOSO**

##### **Conducta:**

- Tienen una actitud un tanto agresiva o negativa.
- Se presentan con el cuerpo tenso.
- Tienen las manos sudorosas.
- Su principal arma es el llanto.
- Tratan de convencer a sus padres para que abandonen, junto con ellos el consultorio

##### **Factores:**

- Padres y amigos que dan una falsa información.
- Amenazas al niño.
- Experiencias dolorosas causadas por algún profesionalista que no practique la odontología infantil.
- Miedo a lo desconocido.
- Comentarios oídos de otros niños que se quejan con exageración.

- Taparles la boca.

**Conducta posible:**

- Tratar de cambiarlos con paciencia y buena voluntad, para así ganar su confianza y convencerlo de que no se le hará ningún daño.

- Se le mostrará los instrumentos y se explicará su funcionamiento.

- Es frecuente que en un principio no sea fácil someterlos al tratamiento odontológico, debido a que por su estado físico y psicológico no presentan ninguna cooperación, una vez dominado el miedo son los mejores pacientes.

- Ganar su confianza a través de un interés positivos en sus preferencias, sus gustos y disgustos, sus amigos y aún en su religión.

## **5.2 NIÑO TIMIDO, VERGONZOSO Y ASUSTADIZO**

**Conducta:**

- Tienen temores y angustias.
- Son desconsiderados.
- Egoístas.
- Responde a pocas preguntas.
- Se esconde detrás de la madre.
- Mira fijamente al suelo o algún otro lado.
- Rehusa entrar en la conversación.

- No coopera.

**Factores:**

- Poca oportunidad para alternar con otras personas, fuera de su ambiente.

- Poca afecto de los padres.
- Excesiva autoridad paterna.

    Cuando es hijo único

- Etapa de dependencia.

- Niño psicológica y emocionalmente inmaduro y subordinado.

**Conducta posible:**

- Suele ser tímido y necesita ganar confianza en sí mismo con ayuda del odontólogo.

- Romper y traspasar la barrera de timidez, obteniendo confianza.

- Hay que observar que son pacientes de primera vez.
- Buscar la causa de su miedo.

- En la primera cita, se atenderá con sumo cuidado si hay dolor, para ganar su confianza

- Hablar con él sobre su juego, cosa o interés favorito.

- Permitir que éste sea acompañado por otro niño bien adaptado.

- Acercarse primero a la madre y después al niño para que ambos logren tranquilizarse lo más pronto posible.

- Aprenderse el nombre del niño en diminutivo

### 5.3 NIÑO DESAFIANTE

#### Conducta:

- Desafiante
- Retador
- No abre la boca

#### Factores:

- Demasiado protegido

#### Conducta posible:

- Apelar a su fanfarronería
- Consentimiento del padre para que el niño entre solo en el consultorio

### 5.4 NIÑO TEMEROSO

#### Conducta:

- Inseguro
- Amenazado
- Temor adquirido
- Carecer de tomar decisiones por si solo
- Se preocupan por su salud..

#### Factores:

- Falta de apoyo
- Experiencia desagradable

**Conducta posible:**

- Evitar movimientos bruscos, rápidos y repentinos.
- Determinar los factores responsables
- Conversar con el niño y enterarse de la causa del miedo
- Procedimientos simples en la primera cita.
- Explicar el uso de cada instrumento y lo que hace
- Restricciones en urgencias

**5.5 NIÑO TEMPERAMENTAL**

**Conducta:**

- Poco aprensivo
- Se deja atender hoy y mañana no.

**Factores:**

- Falta de alguno de los padres
- Excesivo consentimiento por parte del otro
- Padres poco afectuosos debido a que trabajan o demasiado jóvenes, y que no desean al niño.

- .- Padres indulgentes
- Abuelos demasiado consentidores

**Conducta posible:**

- Debe tener paciencia
- Aprovechar el tiempo en que el niño se encuentre dispuesto a cooperar.
- Procurar hacer el tratamiento rápido y apropiado

- Nunca debe de abusarse del niño con respecto al tiempo
- Cuando esta cansado o poco cooperador, se hará un vínculo afectuoso o afectivo para que cooperé más.

## 5.6 NIÑO ANSIOSO

### Conducta:

- Inseguros
- Angustiadados
- Asustados
- Agresivos
- Enojones

### Factores:

- Por experiencias desagradables de los padres
- Ansiedad materna
- Ambiente extraño
- Fantasía, acerca del dolor y la enfermedad

### Conducta posible:

- Debe mostrarse comprensivo y trabajar con suma lentitud
- Dominio de la situación
- Manejo de los padres

## 5.7 NIÑO CON RESISTENCIA O RECHAZO

### Conducta:

- Regresión o inseguridad

- Ansiedad
- Desconfianza
- Vengativos
- Desobedientes
- Inquietos y sobreactivos
- Agresivos y belicosos
- No habla con conocidos ni extraños
- Cuando es lastimado llora
- No puede comunicarse
- Sentimiento de desolación que lo lleva a profundas

angustias

**Factores:**

- Falta de autoestimación
- No tiene seguridad en su hogar
- Experiencia previa
- Medio ambiente
- Educación en el hogar.

**Conductas posible:**

- Manejo de los padres
- Hacer que el niño escuche y se tranquilice
- Consejo de especialistas en conducta (terapia familiar)

**5.8 NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO**

**Conducta:**

- Lloriquea y se tira al suelo
- Mal humor
- Golpea
- Patea
- Trata de disuadir a sus padres para que lo saquen
- Hace lo que desea

**Resistencia activa:**

- Por primera vez no presentan problema, las siguientes pretextan que algo les disgusta y no dejan que se les atienda, franca negativa ante cualquier comentario o intento del odontólogo.

**Resistencia pasiva:**

- Actitud de reto
- No lloran, no hacen berrinches, no hablan, no abren la

boca

Falta de cooperación

**Factores**

- Excesiva indulgencia
- Rechazo de los padres
- Padres protectores
- Enfermedades largas

**Conducta posible:**

- Entrevista inicial con el padre y el niño.
- No enojarse

- No mostrar antipatía
- No irritarse porque se opera con daño
- No ridiculizar io avergonzar al niño
- No subirlo ni bajarlo del sillón durante largo tiempo-

**Felicitar**

## **CAPITULO VI**

### **LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL**

#### **6.1 EDUCACION DE LOS PADRES:**

La educación que los padres presten a sus hijos tienen un efecto definitivo en la conducta de éstos durante toda su vida, ya sea en casa como fuera de ella, claro está si se desea lograr realizar una aproximación exitosa en la práctica odontológica.

Los padres deberán de comprender que una vez que el niño esta en el consultorio dental, es el odontólogo quien sabe mejor que nadie la manera de preparalo para el tratamiento.

Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no reflejarán sus emociones para no inquietar al infante, a menos que el odontólogo lo requiera.

El comportamiento de los niños en edad escolar es variable, en algunas ocasiones en ausencia de los padres su cooperación es mayor, reflejando un mal manejo por parte de estos.

Sin embargo hay casos en que la prescencia de los padres, influye en el buen comportamiento del niño.

En caso de invitar a los padres de un niño mayor a la sala de tratamiento, debemos aconsejarles que nos ayudarán permaneciendo callados y alejados de la unidad dental, evitando tomarlos de la mano o mirarlos compasivamente ya que de esta

manera les transmitirán su miedo o desconfianza hacia los procedimientos dentales

Los niños deben desarrollar un modelo de conducta, que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas, siendo los cuidados dentales una de sus necesidades físicas.

El odontólogo tiene que comprender el tipo emocional del niño y de sus padres para realizar con éxito el tratamiento, reconociendo que está relacionado emocionalmente a los factores psicológicos que han formado sus actitudes y modelos de comportamiento hacia él

Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tendremos que educar a los padres, ya que ellos son el mejor recurso de que nos podemos valer.

Para poder aconsejar a los padres sobre la adecuada preparación psicológica de sus hijos, el odontólogo tiene que comprender los problemas que intervienen en todo el proceso, conocer la naturaleza de él como modificar los tipos de comportamiento del niño, actitudes de los padres, debe de disponer de diplomacia y tacto para transmitir a los padres la información de una manera profesional y adecuada.

Los padres siempre quieren lo mejor para sus hijos, evitandoles problemas por ello estarán dispuestos a ayudar al odontólogo en la forma en que se les indique.

Al informar a los padres sobre ciertas reglas que deben seguir antes de traer al niño por primera vez al niño al consultorio dental, será de gran ayuda para todos.

## **6.2 CONDUCTA DE LOS PADRES**

### **A) PADRES PROTECTORES**

Son padres que generalmente tienen su primer hijo, hijo adoptado o que por sus hijos sienten un celo excesivo. Estos padres monopolizan el tiempo de sus hijos, ayudándoles a vestirse, comer, jugar, toman parte en sus actividades sociales, restringen sus miedos por miedo a que se lastimen, enfermen o adquieran malos hábitos. Generalmente no les niegan nada, son cariñosos, protectores, indulgentes, su preocupación y afecto son exagerados.

### **B) PADRES CRITICOS**

Se caracterizan por la imposición de mandatos autoritarios sancionadores, impositivo incluso negativos que dejan sus padres, abuelos, tíos, hermanos, y que estos a la voz los reproducen en sus hijos.

Sancionan imperfecciones, reclaman acciones fallidas, recriminan el comportamiento que no se apegue a las normas, reprimen física o mentalmente la disciplina, supervisan con celo y

perfeccionismo el comportamiento de los demás, reclaman circunstancias adversas que no compaginen con sus propios valores, exigen responsabilidades excesivas incompatibles con la edad del niño, no lo aceptan como es y suelen ponerlo en competencia con otros niños mayores.

### **C) PADRES ANSIOSOS**

Son padres que demuestran temor o angustia durante el tratamiento dental, esto influye determinadamente en la conducta del niño antes y durante el tratamiento de la primera consulta, así como la aceptación o rechazo quien el niño demuestre y manifieste en el futuro

### **D) PADRES NO AFECTIVOS**

Hay una indiferencia, rechazo, para con el niño, por falta de tiempo, clase social, problemas emocionales, incompatibilidad entre los padres, lo esperaban de otro sexo, no era deseado, porque carecen de responsabilidad, o son demasiado jóvenes, pueden tratar a los niños con severidad, burla, atormentarlos, críticas y demostraciones abiertas de disgusto.

### **E) PADRES IDENTIFICATIVOS**

Padres que tratan de volver a vivir a través de sus hijos, brindándoles todo lo que les fue negado, si los niños no reaccionan en forma favorable, el padre manifiesta disgusto

#### **F) RECHAZO**

Tenemos varios tipos de rechazos desde ligera indiferencia por cuestiones de trabajo hasta rechazo completo a causa de problemas emocionales.

Cuando los padres son indiferentes sus hijos tienen complejos de inferioridad y se sienten olvidados.

Son inseguros y temen ocupar un lugar en la sociedad desarrollan resentimientos; son poco cooperadores, son retraídos y no tienen interés alguno.

Los niños no deseados o rechazados sufren falta de amor y afecto y en algunas ocasiones son tratados con desprecio y brutalidad.

A estos se les critica constantemente molestándolos y atormentándolos continuamente.

Pueden ser niños descuidados y castigados

Al niño al no sentirse seguro se vuelve suspicaz, agresivo, vengativo, combatido, desobediente, nervioso y demasiado activo.

Por lo que no es necesario ser aceptado en la sociedad

En el consultorio dental es muy difícil su manejo

Sus desobediencias no deben ser aceptadas, pero se les llamará la atención en forma amigable y comprensiva

En muchas ocasiones para llamar la atención se portará mal no es recomendable hacerle caso, solo se le dará la atención deseada cuando se porte mal.

### **G) DOMINACION**

Cuando los padres son dominantes tienden a exigir mucho a sus hijos en todos los aspectos, sin tomar en cuenta la edad que tienen

Le dan una serie de importancia a las responsabilidades excesiva que el niño no puede cumplir por su corta edad.

Este tipo padres no aceptan a sus hijos tal y como son, sino que todo el tiempo quieren que este compita con otros niños, y en ocasiones son mayores que él.

Al jugar con él lo forzan y son extremadamente críticos e incluso llegan a rechazarlos.

Estos niños son molestados y criticados constantemente por lo que desarrollan una serie de resentimientos, en ocasiones son evasivos o pueden presentar sumisión o inquietud.

Generalmente acompaña a estos niños el negativismo, puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente a sus padres.

Obedece órdenes, pero lo hace de manera lenta tratando de retrasar lo más posible

Cuando se les da un trato amable y consideradamente,  
llegan a ser buenos pacientes.

## CAPITULO VII

### RESPONSABILIDADES DEL ODONTOLOGO

La odontología infantil es el servicio mas necesitado y sin embargo, el más olvidado entre los servicios que presta el odontólogo.

Su valor nunca será suficientemente ponderado ya que un tratamiento odontológico por adecuado o insatisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al individuo con muchos problemas dentales en la edad adulta.

El odontólogo que ha decidido trabajar con niños deberá de estar consciente que está tratando con organismos en período de formación ya que solo en los niños encontramos este crecimiento y desarrollo rápido, donde los individuos están en constante cambio.

El odontopediatra en sus manos modificará el patrón de crecimiento y la resistencia a las enfermedades de los tejidos en estos pacientes, logrando estructuras bucales más perfectas desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

Así mismo colaborar en la educación del paciente hacia el consultorio dental.

## 7.1 RESPONSABILIDADES PARA CONSIGO MISMO

Nos referimos al ser exigentes en los requisitos fijados por él mismo, el odontólogo sirve simultáneamente mejor a su paciente y a su comunidad.

Es esencial para el odontólogo adquirir atributos que le ayudarán en su profesión como son el ego y la humildad.

Su ego deberá hacer que se enorgullezca de su profesión que ha contribuido a aliviar dolores y sufrimientos y que ha ayudado a elevar los niveles de salud.

Su humildad le hará darse cuenta de que el aumento de capacidad trae consigo aumento de responsabilidad por lo que debe ser honesto en la evaluación propia y prestar un mejor servicio de que sea capaz.

Nunca deberá sentirse satisfecho con juicios inadecuados ,técnicas inferiores.

El rendir un buen servicio tiene un alto valor estimulante y da al odontólogo conciencia de su autoridad profesional, enriquece emocionalmente su vida dentro del consultorio

Esto no quiere decir que adquiriendo un sentido del valor propio debemos cultivar la vanidad, la soberbia, el engrimeamiento, el excesivo amor propio u otros aspectos igualmente negativos. En caso de un fracaso técnico las palabras habituales pierden eficacia, en cambio presentando un buen servicio en todos los aspectos, desde el técnico hasta la habilidad manual, el esmero y

la voluntad que pongamos en cada uno de nuestros pacientes, no harán falta las palabras, la propia actuación resultará por demás expresiva.

Algunos odontólogos confunden la vanidad con la dignidad. La vanidad es un orgullo vacío y una ansiedad morbosa de ser observado y admirado por los demás, mientras que la dignidad es un estado de real valor, honor, nobleza de mente y de carácter que impresionan a los demás sin esfuerzo alguno por parte de su poseedor.

El arte de tratar a la gente no sólo requiere conocimientos psicológicos y experiencias prácticas, sino el constante afán de emplear esos conocimientos y experiencias en la práctica.

El odontólogo no sólo debe ser amable también tiene que estar de buen humor, tener paciencia y ser indulgente debe dominar sus sentimientos y no mostrar enojo. Hay que tomar en cuenta también, que el niño percibe instintivamente toda nuestra seguridad.

## 7.2 RESPONSABILIDAD PARA CON SU PACIENTE

La responsabilidad del odontólogo hacia su paciente, requiere que use buen juicio al planear y llevar a cabo el tratamiento..

Para cumplir con su responsabilidad hacia el paciente el odontólogo debe de ser capaz de manejar bien a los niños. La

falta de capacidad para manejarlos puede frustrar todo intento e realizar odontología de gran calidad.

El odontólogo competente debe se capaz de contestar inteligentemente las preguntas de los pacientes y sus padres con conocimientos correctos.

Es importante que el odontólogo posea una inclinación e interés natural hacia los niños y que sepa crear un vínculo amistoso con ellos, para que queden cautivados verdaderamente por su charla.

Además las conversaciones con niños pequeños y mayores, en cierto modo también son provechosas para el odontólogo, porque así llega a conocer el amplio campo de interés infantil. se le debe de transmitir al paciente y al padre el valor de cuidados dentales adecuados. Debe convencerlos de que en la niñez son una inversión para la salud futura. La buena odontología no empieza en la silla dental empieza en casa con una buena higiene dental, una dieta completa, y con restricciones de carbohidratos, la participación en los esfuerzos de la comunidad para fluorizar el agua y con el establecimiento de programas dentales para los indiferentes.

### 7.3 RESPONSABILIDAD HACIA SU COMUNIDAD

El odontólogo actualmente será conciente de la responsabilidad que tiene en su comunidad Estas

responsabilidades trascienden fuera del consultorio dental, llevando información de la salud dental a todos los niños de la comunidad..

Al promover estos, hace que la gente aprecie el valor de la odontología, puesto que nadie puede apreciar algo que no conoce, tan sólo se valorará cuando se considera como una necesidad la cual no se puede pasar desapercibida, está es la base de los programas educativos de la salud pública.

Cuando el odontólogo no demuestra interes o deseo de mejorar la salud dental de la comunidad fuera del área de su consultorio no debe quejarse cuando el público no valorá las técnicas preventivas y el tratamiento de las enfermedades dentales, por lo tanto el dentista be asumir el papel de educador dental.

La gente tiende a olvidarse de las cosas a menos que se le recuerde constantemente.

Para llevar a cabo un tratamiento completo deberá ser de dos tipos preventivo y correctivo.

Tratamiento preventivo

Deberá ser tanto educativo como clínicos

Los aspectos educativos refuerzan la importancia de preservar los dientes y los tejidos periodontales y limitar la posibilidad de maloclusión.

Una técnica básica es el cepillado de los dientes, este puede enseñarse por demostración, con modelos grandes para facilitar su visualización o en otras ocasiones exhibiendo películas.

#### Tratamiento correctivo

Son básicamente tratamientos de caries, aunque si se tienen medidas preventivas habrá disminución de caries y se podrán tratar con mayor cantidad de niños puesto que sus problemas de caries no serán tan severos

Finalmente llevar información a los padres, maestros y alumnos por igual es uno de los mejores servicios que puede ofrecer el odontólogo a su comunidad y también sirve de excelente ayuda para formar una buena clientela.

## **CONCLUSIONES**

Es indispensable conocer y aplicar las medidas y técnicas necesarias para un reacondicionamiento en el niño, en relación a su conducta, para alcanzar el éxito del tratamiento dental.

El problema principal es el conocimiento tan limitado que tenemos acerca de los factores psicológicos, que de una manera directa o indirecta influyen y determinan el comportamiento emocional del niño.

No se debe olvidar la importancia que tiene el manejo adecuado de los padres dentro del consultorio dental, ya que de ellos depende la colaboración que tengamos del niño

El trabajo en conjunto es la solución para muchos problemas que se presentan , por lo tanto debe de haber un contacto directo con el psicólogo, terapeuta, pediatras, padres de familia.

En este trabajo se pretende cambiar la actitud para coadyuvar el mejoramiento de nuestro trabajo en la sociedad.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. MARITA D. KENNA, BERNARD A. SMITH.  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA, "CONDUCTA Y  
PERSONALIDAD"
2. GAGNE R. M.  
"CONTRIBUTIONS OF LEARNING TO HUMAN DEVELOPMENT"  
PSYCHOLOGICAL REVIEW, 1968
3. DOLLAR, J., Y N. E. MILLER  
"PERSONALITY AND PSYCHOTERAPHY"  
NUEVA YORK. MC GRAW HILL; 1950
4. BANDUSA, A. D. ROSS Y S.A. ROSS.  
"IMITATION OF FILM-MEDIATED AGGRESSIVE MODELS"  
JOURNAL OF ABNORMAL AND SOCIAL
- 5.- BEHLER, ROBERT F,  
"INTRODUCCION AL DESARROLLO DEL NIÑO"
- 6.- B. R. MC.CANDLESS., R. J. TROTTER  
"CONDUCTA Y DESARROLLO DEL NIÑO"  
TERCERA EDICION, EDITORIAL INETRAMERICANA, 1981

7.- COFER C.N. Y APPLEY, M.H.  
"PSICOLOGIA DE LA MOTIVACION"

8.- DE LA FUENTE MUÑIZ RAMON  
"PSICOLOGIA MEDICA"  
FONDO DE CULTURA ECONOMICA. MEXICO-BUENOS AIRES

9.- DIANE E. PAPALIA, SALLY WENDKOS OLDS  
"PSICOLOGIA DEL DESARROLLO DE LA INFANCIA A LA  
ADOLESCENCIA"  
EDITORIAL, MC GRAW HILL, LATINOAMERICANA

10.- Dr. SINGER, ROBERT Y SINGER ANNE  
"PSICOLOGIA INFANTIL"  
EDITORIAL INTERAMERICANA

11.- DICARPIO, NICOLAS S.  
"TEORIA DE LA PERSONALIDAD"

12.-GÓRAN KOCH. THOMAS MODEER  
""PEDODONTICS A CLINICAL APROACH"  
EDITORIAL MUNKSGAARD.COPENHAGEN, 1991

13.-PIAGET,JEAN

"SEIS ESTUDIOS DE PSICOLOGIA"

14.-RALPH E. Mc DONALD, DAVID R. AVERY

"ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE"

QUINTA EDICION EDITORIAL PANAMERICANA

15.-RIPA W. LOUIS, JAMES T. BARENIE

"MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLOGICA DEL NIÑO"

EDITORIAL MUNDI