



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ASPECTO PSICOLÓGICO DEL NIÑO EN
EL CONSULTORIO DENTAL.

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

LETICIA DE LA FUENTE AZPEITIA

MEXICO, D. F.

1983



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.

T E M A R I O .

INTRODUCCION.

I PSICOLOGIA DE LAS DIFERENTES CONDUCTAS DEL NIÑO

II INFLUENCIA DE LOS PADRES.

**III ASISTENTE DENTAL, APLICACION SISTEMA CUATRO
MANOS.**

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

" INTRODUCCION "

Cuando un dentista asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe prever que la tarea le resultará algo difícil, ya que requiere la adquisición y utilización de amplios conocimientos odontológicos, de los cuales gran parte en común a los que se utilizan para adultos, pero otra parte es única y pertinente solo para los niños.

El odontólogo ha de tener paciencia y respeto para la personalidad del niño.

Es agradable observar que la gran mayoría de los niños que llegan al consultorio para ser tratados se les puede clasificar como buenos pacientes.

Un número relativamente pequeño de niños de cualquier edad, por miedo provocado en casa o por actitudes defectuosas de los padres, no se adaptan a la rutina y a la molestia que acompañan a un tratamiento dental.

"Los niños problema son niños con problemas".

(Ieligsworth)

El odontólogo tendrá existos más duraderos al manejar al paciente si trata de reconocer estos problemas y ajusta su enfoque psicológico de acuerdo a estos conocimientos.

C A P I T U L O I

DETERMINACION DE LAS DIFERENTES CONDUCTAS DEL NIÑO.

El niño debe aprender a dominarse frente al dentista debe entender su papel como paciente, despertando - nosotros mismos su interes para el tratamiento.

Haciendo de él un paciente consiente que nos permita trabajar creando un buen paciente para el futuro.

Esto lo podemos lograr basándonos en su edad y teniendo un poco de psicología para comprender cual es su - personalidad y darle individualidad según su sexo y - ambiente social.

Al operar en niños hay que estudiar sus emociones. ¿Por qué unos niños reaccionan frente a ciertas situaciones y otros no.?

La voz situación.-

El dentista debe tener presente que la situación en - que se coloca al niño puede ser favorable o adversa. El estudio de sus impresiones es de valor práctico - para quien desee tener éxito en su labor.

La personalidad del niño se modela por la educación y el ambiente doméstico. A menudo, el niño de un hogar modesto es mejor paciente que el malcriado y altanero, amo del mundo, de una casa rica.

Las bocas de los niños son generalmente, más limpias que las de los adultos y es posible obtener mejores resultados.

Los principios que gobiernan la conducta humana, en la actualidad es posible aplicarlos a la práctica. Como ocurre con todo aquel que estudia cualquier materia, no sabemos porqué suceden las cosas; pero sabiendo como suceden, podemos ensayar aplicaciones directas específicas. La conducta del niño es fundamentalmente distintas que la del adulto; más es de presumir que en él pueda ser observada en una etapa menos compleja y que es más fácil reconstruir las tendencias de la niñez que la vida adulta.

Es razonable suponer que la conducta puede ser modificada más fácilmente en la persona joven.

Desde tiempo inmemorial, los padres, médicos, maestros dentistas y otros profesionistas que atienden al niño, han recurrido a la psicología aplicada en su trato con la niñez. Esta psicología en parte se basa en la -- observación y en parte es intuitiva. La actual generación no ha inventado sus leyes; simplemente las ha des cubierto, explicado y codificado. Gradualmente se lle gó a la convicción de que si la conducta puede ser modificada era prudente intentar su rectificación antes de que se pusiera de manifiesto los resultados de una normalidad persistente.

Al ganar terreno este punto de vista, comensaron a adquirir mayor importancia los esfuerzos que se hacen - para emprender estudios formales, tratar médicamente - a los niños y estudiar los problemas que surgen entre padres e hijos.

Si ignoramos todo lo que se refiere a la conducta, no debemos hablar de causas. Las teorías son muy numero sas, y lo que observa el investigador profesional está determinado en gran parte, por su punto de vista;-

la psicología, fisiología, medicina clínica, psiquiatría, endocrinología, etc., cada una de estas disciplinas representa una enorme fuerza que contribuye a - aumentar nuestros conocimientos cada una de ellas hace descripciones e interpretaciones formales recurriendo a los conceptos y la terminología propios de su dominio.

Sin embargo, a pesar de que reconocemos esa gran variedad creemos que existe una gran zona de acuerdo fundamental. Procuraremos en general mantenernos dentro - de este terreno excepto cuando se hace evidente la necesidad de apartarnos de él.

Uno de los conceptos a los que nos hemos referido es - que puede ser considerada como cierto valor o importancia para el organismo en que se manifiesta.

El niño al nacer, comienza a respirar y poco después - a comer. No creemos que sepa conscientemente lo que - está haciendo o por qué deba hacerlo; no obstante, desde el punto de vista del observador interesado en la - conducta del niño sirve para un fin valioso.

Tanto es así que si no puede realizar esos actos elementales, su vida misma se encuentra amenazada.

Poco tiempo después la necesidad de sentarse, caminar hablar, adaptarse a su madre, etc., provoca reacciones que al parecer, son propositivas. Poco importa - que lleguemos al extremo de intentar aplicar este --- principio a toda reacción por insignificante que sea; en nuestro estudio nos interesan sólo ciertos conceptos que, al parecer son valiosos y evidentemente muy útiles, según este concepto, no es esencial que todas las partes del organismo funcionen conjuntamente para alcanzar un fin determinado. No es absurdo, por ejemplo suponer que el estomago podría negarse a tolerar la ingestión de ciertas sustancias benéficas para el corazón; pero los órganos llegan a una transacción relativamente aceptable, actuando como si cada uno de ellos supiera que sus intereses exigen cierta cooperación con los otros órganos.

Así sucede que una parte de lo que llamamos la mente del niño puede contestar con un no venemente a una - demanda, y otra parte puede con igual énfasis contestar que sí.

En nuestro trato con los niños observamos esta situación con mucha frecuencia cuando las tendencias opuestas provocan un conflicto y apesar de ello, mediante el convecimiento, el cambio de tema, etc., el niño -- resuelve el dilema y hace lo que debe hacer.

Estos mecanismos de rápida aceptación del órgano a un fin común son provocados indudablemente, por el sistema nervioso vegetativo, las glándulas de secreción - interna, etc., no es necesario exponer aquí la fisiología de estas estructuras; es una palabra, la línea que separa la fisiología de la psicología es artificial y carece de fundamento, por lo que se refiere a la conducta psicosomática.

Hago la sugerencia de que cuando haya niños en la misma familia que necesitan asistencia dental y el más - joven nunca haya sido asistido, no se le permita --- entrar al consultorio mientras se le está atendiendo al otro, si se quiere tener buen éxito cuando llegue su turno al pequeño. El más joven observa al mayor y queda receloso por lo que ve. La situación suele hacer crisis en lágrimas y rebelión, quedando destruida toda posibilidad psicológica de acercamiento.

La conducta del niño se modifica mejor con sugerencias que con exigencias. De acuerdo a Hogeboom presenta -- algunas sugerencias valiosas:

REGLA 12.- Conozca y consiga la confianza del niño. Esto conviene también respecto de los adultos.

Al adulto se le puede argumentar; pero a los demás de los niños NO. El niño, por instinto muestra instantáneamente gusto por un extraño.

Por tanto, es preciso proceder con prudencia desde el principio tranquila aunque completamente, hágase todo lo que se haya que hacer en la silla manteniendo a los padres tan apartados como sea posible.

Lo mejor es no darles acceso al consultorio después - de la primera visita.

El mejor modo de atraer al niño es hacerle el tratamiento profiláctico de primera entrada, con copas de goma blanda. Esto le dará confianza y disminuirán - sus temores..

El tiempo empleado en la primera sesión debe ser breve.

REGLA 2ª.- No se tenga al niño más de media a 3/4 de hora.

REGLA 3ª.- No se engañe al niño; inspiresele confianza y tratesele como si fuera un adulto. Si es de -- esperar que se le lastime algo no se le engañe; dígaselo la verdad. Una vez engañado, es muy difícil recuperar su confianza.

REGLA 4ª.- Nunca se violente a un niño, ni se quebrante su valor.

Esta regla no puede ser violada sino en caso de absoluta necesidad.

REGLA 5ª.- No permita la entrada a los padres al consultorio propiamente dicho después de la primera entrevista en que se hizo el examen y una vez que se ha llegado a un acuerdo sobre los trabajos dentales que deban efectuarse comentará con ellos la preferencia de trabajar con el niño a solas

" SEA BENEVOLA, PERO INFLEXIBLE. RECUERDE QUE TIENE =
QUE VERSELAS CON UN GRANUJA TIERNO Y DELICADO."

**

Niños que presentan diferentes comportamientos.

Niños desafiantes o testarudos.

Es muy molesto el niño testarudo, presentando una resistencia firme pasiva.

Haciendo pasar un mal rato al dentista como a su personal del consultorio.

El niño desafiante es algo diferente a éste, es insolente, agresivo, actitudes que han sido útiles en -- otras personas para lograr lo que ellos quieren.

Con frecuencia es un niño con extrema inteligencia, - viene de familias muy educadas. Niños que han aprendido a usar la agresión para engañar a las personas - para así obtener lo que quieren. Situación en la que hay que demostrarle al paciente que no puede hacer lo que el quiere.

Debemos tomar en cuenta el aspecto del consultorio, - hay que emplear tono firme.

El niño Hiper-emotivo.- Es el niño problema, niño -- que está muy agitado, niño que grita, da patadas, trata de golpear al dentista, de luchar con él. Sus razones son muy diferentes que las del niño desafiante.

El niño Aprehensivo.- Es considerado como un paciente aceptable, se esconde detras de su madre, trata de que su tratamiento se posponga, aceptando finalmente el tratamiento dental.

Debemos de tranquilizar al paciente disminuyendo la - tensión, aprehensión, haciendo que supere el miedo, - sobre todo a la aguja.

El niño Temeroso.- Niño difícil de tratar, paciente que requiere de tiempo adicional por parte del dentista, de comprensión, de explicación, niño que necesita de comprensión, de explicación, niño que necesita de re-entrenamiento.

El niño Cooperador.- Niños tensos que si quieren -- cooperar con nosotros, pueden medicarseles.

El óxido nítrico es un coadyuvante excelente en la terapéutica de este tipo de pacientes.

La motivación de casi toda la conducta es, en gran parte emocional. Es tan real, tan esencial, tan normal como la formación intelectual, pero tiene su origen en los centros nerviosos más profundos y quizá más fundamentales que regulan la conducta intelectual. Probablemente el principio que se viola con mayor frecuencia es la suposición tan difundida de que si un niño es lo bastante grande para saber lo que le conviene, resulta posible modificar la conducta apelando ante todo a lo que sabe.

Causa de graves dificultades, pues se nos educa en la creencia que la inteligencia verbal tiene una importancia vital y es la que determina fundamentalmente la conducta. La aparente tendencia de los estudios psiquiátricos de las últimas décadas es la de comprobar que los niveles llamados emocionales son los que determinan el comportamiento.

Claro es de que no existe un sitio literal de localización de las emociones; estas son más bien procesos que dependen para su expresión de ciertos centros situados en la profundidad del cerebro.

Dichos centros nerviosos se han formado ya al nacer - el niño y son influidos o condicionados por sus experiencias, pero no pueden ser modificados por los conceptos o las palabras tomados como tales.

Es por esta razón, profunda y sencilla a la vez, que carece de objeto pedir a una persona que no tenga temor cuando la naturaleza misma de su experiencia es - que siente miedo. Y sin embargo, día a día los padres y los profesionistas por igual repiten sin cesar al niño que no debe tener miedo porque es evidente (para los adultos) que no hay nada que temer. En realidad esto indica que, como el niño tiene miedo cuando no - haya nada que temer, debe considerarsele como un desequilibrado mental.

La rabieta infantil nos da una ilustración relativamente sencilla de la forma en que se manifiestan algunos de estos principios.

La observación revela que si el niño se enfrenta al conjunto de estímulos que incluso su vida protegida derrama sobre él, entra en conflicto con ellos y al hacerlo, adquieren lo que llamamos experiencia, la cual lo lleva a sentirse como entidad que tiene deseos impulsos, etc., al dar rienda suelta a estos impulsos o deseos, encuentra que algunos de ellos le son permitidos y otros no. En cierta medida, se siente frustrado. Es evidente que no hay nada deliberado o consiente en casi toda conducta. La palabra frustración no es más que un término que se aplica a cierto sentimiento de incomodidad o desagrado y no debe considerarse extraño que el niño reaccione tratando de liberarse de él.

Puede luchar, gritar o dar muestras de hostilidad o de miedo.

Con mucha frecuencia este comportamiento es tan penoso para los padres que acaban por hacer cualquier cosa por evitarlo.

Supongamos que el padre cede de inmediato, cesan las demostraciones del niño.

No es difícil entender manifestaciones, pero resulta evidente que ninguna explicación que se dé sobre lo irrazonable de su conducta producirá mucho efecto como tampoco lo producirá, probablemente, una azotanza pues ésta es un precio que está dispuesto a pagar - a cambio de la satisfacción de lograr el propósito - que vio frustrado por algún tiempo.

A pesar de ello, la creación de una situación que lo lleve a conseguir su propósito mediante acciones propias de un adulto y no con rabieta infantil, puede en muchas ocasiones cambiar radicalmente el cuadro. Si el padre o el investigador profesional consideran que la rabieta es una manifestación de sentimientos nocivos, como sentirse repudiado o inseguro, etc., - naturalmente que procurarán borrar el sentimiento nocivo a toda costa.

Al hacerlo, quizá adviertan al niño que su comportamiento es irrazonable o de naturaleza enfermiza y -- posiblemente lo exageren a los ojos del niño, ya sea para infundirle un temor mayor o para usarlo como arma.

Si por el contrario, se considera la rabieta como manifestación de suficiencia ante el miedo que lo rodea mal encauzada desde el punto de vista social, el padre o el profesionista podrán hacerlo responsable con mayor facilidad. La experiencia parece indicar que la gran mayoría de los niños pueden asumir una responsabilidad mayor y no menor, por la conducta que se considera adecuada para su edad.

Por estas razones de carácter general, parece que es más eficaz hacer responsable al niño por la duración de la rabieta que castigarlo severamente o dedicar varias horas a darle explicaciones e incluso es más eficaz que el tratamiento directo del niño.

Como se ha indicado con anterioridad, cuando se indica el tratamiento del niño se le dice claramente lo que se le va hacer.

Intentar una y otra vez tranquilizar al niño diciéndole que no hay nada que temer, un olvido de la forma en que se manifiesta los sentimientos.

En la admisión por parte de los adultos responsables de que la ansiedad o el miedo son normales se encuentra quizá la mayor ayuda que se puede dar al niño y el

mejor medio de tranquilizarlo. Podemos aceptar el -- hecho de que tenga miedo pero debemos repetir que ese temor forma parte de las reacciones no sólo normales, sino convenientes, al hacer frente a una situación -- que puede ó no resultar tan dolorosa como se espera.-- Lo que sienta el niño, solo de él depende y se ha observado repetidas veces que si se mantiene claramente separados estos dos factores, el niño puede, en terminos generales, adoptar la actitud que requiere el problema.

Puede tener miedo, pero si los padres saben que es capaz de seguir adelante a pesar de ello, su actitud es casi un reconocimiento de la capacidad del niño para hacer frente a sus problemas y resolverlos.

Fracasará cualquier intento que se haga para trazar -- líneas definidas de división entre la ansiedad y el -- miedo, entre los temores objetivamente válidos y aquellos otros que carecen de validez, pues dichas palabras son términos que se aplican a ciertos sentimientos que fluctúan con gran rapidez y no están necesariamente relacionados de manera estrecha con la realidad externa que ve el observador.

Es preferible considerar el sentimiento como si fuera sustancialmente el que manifiesta su poseedor, pero no necesariamente como si tuviera la gran importancia que le da él, lo siente.

Sería irrazonable negar que el niño sienta lo que dice o que tiene causas para sentirlo, posiblemente - su examen ponga de manifiesto la importancia simbólica del miedo.

Los ojos están grandemente abiertos y las pupilas dilatadas; las cejas se elevan y la frente puede estar atravesada por arrugas transversales.

Puede haber contracciones del tejido muscular liso de la piel "carne de gallina" y el pelo, cuando es naturalmente corto, puede tener la tendencia a "pararse de puntas" (erectores villosi).

Hay con frecuencia palidez generalizada de la piel. Puede existir temblor de las extremidades y de los labios.

Si el miedo es agudo y si llega a un grado extremo, - las características neurofisiológicas son algo diferentes de las descritas arriba.

Hay preponderancia del parasimpático y típicamente, - la frecuencia cardíaca así como el tono de los músculos estriados.

Afecto, Alegría, Sentido del humor:

Las experiencias afectivas fluyen en una corriente -- continua a través de todas las facetas del niño.

Los temores y resentimientos, las alegrías y las penas, y la experiencia de estar solo, orgulloso, avergonzado, aburrido, complacido, fastidiado o satisfecho se entrelazan con los detalles de la experiencia diaria del niño.

Emoción significa estar "conmovido". Exteriormente - puede manifestarse por medio de la palidez, los puños apretados y el comportamiento tembloroso y agitado. Interiormente incluye tres cualidades de experiencia que a veces son muy claras y otras muy confusas.

Primero implica una sensación, como la que experimentamos cuando nos sentimos asustados, enojados, alegres inquietos o vagamente abatidos.

Segundo, incluye un impulso hacia una clase de acción, como un impulso concreto a pegar, a correr, a buscar y prolongar un acontecimiento agradable o un impulso - a estar en actividad.

Tercero, en el aspecto subjetivo la emoción también - (aunque con frecuencia de manera no detallada) conciencia o percepción de que es o que puede ser lo que produce esos impulsos o sentimientos.

Reacciones afectivas:

Muchas de las condiciones afectivas más comunes, tal como la que observa cuando un niño está inquieto, o deseoso de hacer o de saber, avergonzado de sí mismo - o preocupado por el futuro no están claramente definidas en su conciencia, aunque implican alguna clase de tendencia a conocerse con o por, o en contra.

Factores ambientales de diferentes amplitud y complejidad influyen significativamente en la formación de la personalidad del niño.

Un niño con un problema de conducta debe ser estudiado a la luz de su conducta anterior al problema, en el marco de referencia de su ambiente en particular.

Es obvio, el ambiente del niño incluye características físicas, tales como topografía, clima, flora, fauna y demás.

La influencia de cada uno de estos factores es tan -- evidente que no necesita discusión. El desarrollo del niño físico y mental, dependencia o confianza en sí -- mismo, conocimiento de los otros, de los promedios de vestimenta y conducta, están todos determinados por el lugar geográfico en que el niño ha crecido.

" El ambiente físico, sin embargo, no puede ser considerado aisladamente. Está inexplicablemente ligado -- con factores sociales y culturales, tales como costumbres y actitudes radicales, técnicas, religiosas, políticas, económicas y morales.

Un niño que ha crecido en el llamado lejano sur, por ejemplo, desarrolla pautas de conducta diferentes -- que uno que ha crecido en Canadá, pero no por las -- diferencias de lugar y clima sino por la diferencia del medio cultural.

Por otra parte un niño que ha crecido en una comunidad universitaria de Monterrey estará sometido a las mismas influencias que otro que ha crecido en una comunidad Universitaria de Guadalajara, Más que cualquier otro factor, es todo el complejo de influencia culturales el que ayuda a configurar la personalidad del niño. Estas influencias le son transmitidas principalmente por otra gente en el curso de las relaciones interpersonales en que se ve incluido.

La más fundamental de las conexiones interpersonales del niño es aquélla que se establece con sus padres o sustitutos. Sus maestros y otros adultos con los que está en contacto también ayudan a determinar sus actitudes. Aun la gente tal como los ídolos deportivos o los del cine y la T.V., pueden a menudo desempeñar un papel importante en la configuración de la personalidad del niño.

Las actitudes de los padres o sustitutos, hacia el bebé son una influencia vital en la formación de su conducta. Estas actitudes no son las de una madre o un padre abstractos que existen en el vacío.

Los padres están a su vez afectados continuamente por fuerzas culturales. Sus actividades hacia los hijos varían con el contacto cultural, con su formación personal, con el status económico y con las peculiares - teorías pediátricas y psicológicas que están en ese momento " De Moda " .

La tendencia actual, por ejemplo, es que el padre desempeñe en la primera etapa de vida del niño un papel mucho más vigilante que en tiempos pasados.

Además, en las familias de clase media de México, la atención se centra en la satisfacción de las necesidades del niño en la infancia y la temprana niñez, y la familia tiende a tomarlo como eje.

Por otro lado, en las familias de clase baja, en las que la madre puede verse obligada a trabajar fuera de casa a la par del padre, y en las que en caso de algún contratiempo no se podrá conseguir ayuda externa, se presta por fuerza menos atención a la satisfacción de cada necesidad expresada por el niño, y se espera que los otros hermanos realicen las tareas domésticas y tomen alguna responsabilidad en el cuidado de los -- otros niños más pequeños.

Como lo demuestra estos ejemplos, la relación entre - padres e hijos no es una cosa inmutable, en diferentes periodos y en diferentes grupos sociales.

Los abuelos, tías, tíos, primos y otros parientes pueden ser miembros de la casa o visitantes frecuentes, y entre ellos y el niño pueden establecerse vínculos positivos o negativos extremadamente fuertes.

Por la interacción con estas figuras familiares se pueden crear en el niño fuertes identificaciones, antagonismos o ambivalencias. Estas pautas de respuesta pueden ser determinantes de tardada importancia en la -- conducta del niño, y de las ideas sobre las que ésta - se basa, como lo son las interrelaciones establecidas dentro del grupo familiar primario.

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

Los problemas de conducta surgen a menudo porque el - niño entra en conflicto con las normas culturales de sus padres.

Es plausible que tales conflictos ocurran en un país a causa de los agrupamientos culturales que son estáticos. La segunda generación de niños de ese país - de padres inmigrantes es menos afectada por la cultura de su familia de lo que fueron sus padres. La cultura de clase es particularmente móvil, dado que está tan íntimamente ligada con los status económicos y educacional, y éstos como es sabido, cambian rápidamente en un país de una generación a otra.

El niño puede provenir de un grupo étnico en el cual la familia patriarcal sea la pauta aceptada y el padre la figura de autoridad incuestionable. Cualquier desviación, por parte del niño, de la completa aceptación de esta pauta probablemente será considerada por sus padres como una conducta delincente.

Una actitud del niño, que en otra cultura podría ser considerada como una tentativa normal hacia la independencia, podrá ser concebida en ésta como una conducta que merece un castigo drástico.

Estas normas de conducta que los padres quieren imponer al niño en la nueva cultura y que él sabe no rigen para sus compañeros pueden engendrar una reacción de rebelión en cadena y otros actos antisociables.

Las actitudes de los padres hacia sus hijos pueden -- ser reflejos directos o determinados de la cultura en la que fueron educados.

El padre o la madre pueden seguir servilmente las costumbres de su propia cultura, o pueden por ciertas - razones reaccionar violentamente contra ellas.

Si el hombre es prominentemente importante en la cultura de los padres, es probable que esta actitud se - transparente en la forma en que es tratado el niño, - según sea varón o mujer, el varón será favorecido, a menudo en detrimento de sus hermanas.

Similarmente el niño será estimado y valorado en la - medida en que manifieste ciertas cualidades que tienen prestigio en la cultura o en el grupo social de los - padres, tales como beligerancia, sentido gregario, - logros intelectuales o buena apariencia.

A la inversa, el niño será desilusión para los padres en la medida en que no muestre los rasgos que son apreciados.

Tales pautas culturales influyen en los padres en función de sus propias personalidades, sus propias áreas de energía y debilidad, sus necesidades personales, - sus esperanzas, temores e inseguridades, y sus actitudes sobre lo que es deseable y agradable en la vida.

Un ejemplo: El padre que es fanático del box y posiblemente aficionado él mismo a boxear, es generalmente incapaz de comprender que su hijo, tranquilo y pacífico, debería ser ayudado a desarrollarse de acuerdo con su propia personalidad.

El padre aguijonea al niño para que sea agresivo, lo que urge a "levantarse y pelear", y este, que por naturaleza está condenado a fracasar en ese papel, -- responde con temor.

Un padre haciendo eco de las ideas convencionalmente correctas de la clase media, puede decir: "Me tiene sin cuidado que mis hijos sea inteligente o no. Todo lo que quiero es que sea feliz".

En realidad si el padre está algo inseguro respecto - de su propia competencia intelectual o si su ambiente cultural de gran importancia a las realizaciones intelectuales, se verá generalmente contrariado si su hijo muestra una inteligencia por debajo de la común.

Se presiona entonces al niño para que alcance metas - que están más allá de su capacidad. En vez de sugerir pacientemente un buen enfoque del problema, el padre - se muestra irritable, crítico e impaciente, posible- - mente hasta el extremo de volverse incapaz de prestar ayuda.

De este modo aumenta la inseguridad del niño y su falta de confianza en sí mismo.

Cuando las fuerzas culturales y de la personalidad -- tales como las sugeridas en los ejemplos anteriores - no son claramente comprendidas llevan a los padres a la aceptación o al rechazo en grados diversos, y a un manejo caprichoso, incoherente e impredecible del niño.

El niño no sabe qué esperar y no puede desarrollar -- ninguna respuesta estructurada ante las situaciones.

Esta clase de trato causa confusión y da origen a - problemas emocionales.

La interacción entre los padres y el niño es otro - factor que debe considerarse en el estudio de las - influencias paternas o maternas.

La estructuración de las actitudes de los padres es un proceso que se desarrolla en dos sentidos, no es uno sólo. En otras palabras estas actitudes reflejan no sólo que siente y hace el padre respecto del niño, sino qué ocurre en la acción recíproca constante entre padre e hijo.

Por ejemplo, un bebé cuyas reacciones son claras y - definidas, que llora vigorosamente hasta que su hambre es satisfecha, establece una cierta pauta para - que su madre pueda responder a sus necesidades, al - lactante que llora de hambre hasta que, si es ignorado, deja de llorar, determina en la madre una respuesta diferente y probablemente más accidental. El bebé que sacia su hambre consumiendo vigorosamente grandes cantidades de comida puede despertar sentimientos de orgullo, mientras que el bebé que sufre de -

cólicos y cuyas necesidades es difícil de interpretar puede ser que su madre cuestione su propia competencia y también despertar una actitud negativa o sobreprotectora hacia el niño, que finalmente puede contribuir a crear un problema de conducta.

Aunque como hemos visto, las actitudes de los padres pueden perjudicar el desarrollo del niño de diversas maneras, no debemos caer en el error de creer que los únicos determinantes de perturbaciones en el desarrollo infantil.

Muchos padres de niños con problemas desarrollan sentimientos de culpa, porque creen que son los únicos responsables de las dificultades emocionales de sus hijos. Tras los sentimientos de culpa vienen la ansiedad, las actividades defensivas, el aumento de las presiones sobre el niño, e incluso la hostilidad. Se crea así un círculo vicioso, y el resultado final es la intensificación de los problemas del niño.

La respuesta del niño al enfoque de los padres en diversas áreas y a diferentes edades está determinada no sólo por la actitud y conducta de éstos, sino también por la pauta específica de reacción del propio niño.

Muchos niños muestran pautas de reacciones coherentes bien definidas de intensidad moderada y graduada, y son capaces de elaborar respuestas duraderas de diversas áreas, rápidamente pero sin rigidez.

Tales niños responden bien a cualquiera de las diversas prácticas de cuidado infantil, siempre que sus padres sean coherentes pero no demasiado inflexibles en su enfoque.

TEMOR Y ANSIEDAD:

Los niños no son más que otra cosa que hombres y mujeres en pequeño. Al hacerles extracciones, hay que considerar, antes que todo el factor psíquico.

Encontramos tres clases de ellos:

- 1.- El niño afortunado que vive en su hogar, donde la razón y la sana vida lo han fortificado para enfrentar la existencia con valor moral.
Esta clase comprende un 25%.

2.- El sometido a dolor físico, durante las operaciones dentales.

De estos hay 15%

3.- El desventurado cuyos amigos y parientes, dándole terribles informes a cerca de los sufrimientos que producen las operaciones dentales, le han creado un complejo de temor.

Los niños libres de dolor y miedo extremo son, generalmente, razonables.

Desde una edad temprana, todos los niños se sienten más o menos perturbados por el temor y algunos se asustan de tal modo, que su libertad de acción queda gravemente perjudicada.

Los adultos también se atemorizan con frecuencia, y muchos de ellos luchan con problemas no resueltos que tienen sus raíces directas o indirectas en sus temores infantiles.

Nadie que este alerta a las corrientes de su propia vida y a las circunstancias del mundo en que vive puede carecer por completo de temor.

Durante la infancia los temores del niño se producen principalmente en respuesta a los acontecimientos de su ambiente inmediato.

Un ruido y un movimiento suelto, cada uno de los cuales por sí solo no causa una reacción, juntos pueden producir temor, así mismo una sacudida puede asustar cuando el niño se haya con una persona poco conocida pero no cuando tiene cerca a una conocida.

La reacción de niños de distintas edades ante el confinamiento en un corralito proporciona un ejemplo. A las 10 semanas, el niño puede mostrarse absolutamente complacido con su situación; a las 20 semanas puede manifestar una aprensión moderada, revelada por -- señales de descontento. "En Reiterado Volver la cabeza Social", a las 30 semanas su reacción ante la misma situación "puede expresarse tan vigorosamente por el llanto, que a esa reacción la denominamos miedo o temor".

A medida que el niño madura, lo van afectando cosas nuevas en virtud de sus percepciones más agudas, y es probable que se produzca el temor cuando conoce lo suficiente para darse cuenta del peligro potencial --

que existe en una situación determinada, pero " no ha progresado hasta el punto de alcanzar una comprensión completa y el dominio de la situación cambiante.

Los cambios que con la edad se producen en las reacciones de temor se pusieron de manifiesto de manera impresionante en un estudio en el que se dejó en libertad a una culebra grande, activa e inofensiva en un recinto donde había personas de diversas edades. Los niños de hasta 2 años de edad no mostraron temor alguno a la culebra; los de 3 y 4 años tendrán a mostrarse cautelosos y vacilaban en acercarse a tocar al animal; los de más de 4 años dieron señales de temor más concretas, que fueron mas pronunciadas en los adultos que en los niños.

La cambiante sensibilidad al temor se entrelaza de muchos modos con otros aspectos de la evolución de niño.

La maduración desempeña un papel importante en el temor de los niños se pone de manifiesto de manera interesante en la observación de que un niño precoz

o avanzado en su desarrollo puede tener aconteci- -
mientos que no inquietan a los otros niños, hasta -
que son mayores.

A causa de una experiencia penosa o de haber sufrido
un sobresalto o anonamiento, el niño puede "aprender"
a temer algo que anteriormente no le preocupaba.

Este aprendizaje puede ser directo, preciso y limita-
do.

El proceso mediante el cual se adquiere el temor pue-
de incluir también pasas indirectos o intermedios.
Por ejemplo, un niño que había sido derribado pero -
no herido gravemente por un automovil, se encontraba
todavía muy excitado al acostarse y luego tuvo un -
mal sueño. En adelante temía entrar en su dormito-
rio a oscuras, en el sueño el accidente y sus efec-
tos emocionales se ubicarón por decirlo así, en un -
ambiente de oscuridad.

Una vez que un niño se asusta, su temor puede exten-
derse así a otras muchas cosas y situaciones.

Al niño hay que decirle lo que se le va a hacer, sin mentirle en ningún caso, ni permitir que otro lo haga. No se consigue engañarle; en cambio, se pierde su confianza y su fé en la habilidad del operador.

Un niño que es sometido por la fuerza al dolor físico, recibe una impresión indeleble, que se hará temer siempre al dentista por verdugo.

La mayoría de los adultos refieren antecedentes, propios de esa índole, que son el fundamento en su enextinguible temor de la silla dental.

Reacciones que Provocan el Temor:

Estas pueden ser de innumerable variedades y grados a medida en que el niño crece, abarcado desde el temor momentáneo a una persona determinada o a un acontecimiento hasta ansiedades, recelos y sentimientos de culpa. La expresión del temor puede tomar diferentes formas y adoptar muchos disfraces.

Puede variar desde una manifestación de lo contrario y desde un comportamiento muy bueno y complaciente hasta el mal humor, la obstinación, la resistencia -

la mala gana o la incapacidad para "comprender el asunto" y la rebelión y el desafío directos que se parecen más a la ira que al temor.

Sobre los niños se ejercen muchas presiones sociales para que oculten o disimulen sus temores.

Los adultos desapruaban la manifestación del miedo = y piden a los pequeños que se porten "como una persona mayor" o que sean valientes, o les dicen "No hay nada que temer".

Lo que dice un adulto para tranquilizar al niño puede no disipar el temor de éste y sólo darle la impresión de que es una cobardía tener miedo.

A causa del premio que se concede al hecho de no temer o de manifestar que se tiene miedo, puede ponerse al niño en una situación en la que uno de sus temores consista en el temor de mostrar miedo.

Por ejemplo: Puede estar el niño tan asustado ante la idea de que se van a reír de él en la clase, que

guardará silencio y se hará el mudo antes de recitar y cometer error.

Un niño asustado constituye en muchos aspectos una amenaza en el sentido de que plantee un problema.

(Problema por el cual tiene que estar " inseguro")

Si el padre emplea algunos recursos corrientes para dominar el temor y descubre que no ejerce efecto, - la situación puede ser todavía más inquietante.

Muchos niños sienten temores o apresiones en las - que hay un elemento de temor al castigo o un sentimiento de culpa o de remordimiento.

La tendencia a sentir apresión, aunque en ello no - intervenga ningún temor específico al cual pueda darse nombre o identificarse, da con frecuencia como - una característica de la timidez, y de diversas formas de comportamiento " retraído " .

Entre los temores que muestran la máxima persistencia en años posteriores, se hallan, los que provocan los animales, los que inspiran daño físico por riesgo al fuego, la enfermedad y el ahogamiento; y los peligros asociados con lo sobrenatural, la obscuridad y el estar solo. Esos temores permanentes son, sin duda, un reflejo de la ansiedad y de las zonas de conflicto y de inseguridad en la vida de una persona.

Teorías de Ansiedad:

Según las teorías de Horney se produce un estado crónico de ansiedad cuando el niño tiene que crear una - defensa contra un ambiente indigno de confianza, injusto y duro; un ambiente que el no puede modificar, - que cercene su libertad oara utilizar sus recursos y que socava su capacidad para confiar cada vez más en sí mismo.

Ese ambiente prohibitivo existe cuando no se quiere - al niño y se lo trata sin consideración.

El tratamiento duro provoca la hostilidad, pero es - peligroso para un niño manifestar hostilidad contra las personas de las que dependen su vida y la atención cotidiana. Si bien experimenta un sentimiento de hostilidad hacia ellas, también necesita su ayuda por lo que entran en juego influencias contradictorias. En vez de luchar y de manifestar libremente su ira tiene que recurrir, por su propia seguridad, a - otras medidas.

Sus soluciones toman la forma de defensas y estrategias.

Por ejemplo, puede tomarse complaciente, hacer lo que parece una rendición para no manifestar o provocar - hostilidad, y cuando crece puede decidirse a vivir - de acuerdo con el modelo de una persona dócil y humilde, o de lo contrario, puede actuar contra la gente, - tratar de ejercer la dirección y proceder de una manera agresiva y competitiva, o puede adoptar la retirada, actuando como una persona indiferente, que se mantiene a distancia.

La ansiedad que surgió al principio de las relaciones del niño con los demás, surge ahora de tendencias que existen dentro de él mismo. Según esta línea de pensamiento, la ansiedad aparece cuando algo amenaza esa "solución neurótica", representada por la superestructura de ideas, conceptos, hábitos y actitudes creados alrededor de las primeras tentativas para proteger al yo contra el daño.

La teoría expuesta por Harry Stack Sullivan implica - también un concepto de la ansiedad como algo que nace de la angustia en las relaciones del niño con los -- demás, y luego subsite como una fuente de dificultades de él mismo.

Valores del Temor de acuerdo a Jersild Thomas:

Toda situación que moviliza las energías de una persona y pone a esta en guardia frente al peligro tiene, evidentemente, un valor tremendo como protección contra un daño posible.

Sin embargo, puede observarse que el temor causa con frecuencia conmoción y consume energía sin provecho - para nadie.

Los cambios físicos que acompañan al terror ayudan - probablemente a una persona a hacer frente a una emergencia y le dan más fuerza y resistencia para luchar o huir.

No obstante, con frecuencia en la vida moderna el -- acontecimiento que uno teme no puede ser resuelto - apelando a los puños o a los pies.

La mayoría de las emergencias de la vida moderna exigen un ingenio vivo antes que puños fuertes.

Y la mayoría de las aprensiones que siente un niño - con respecto a sí mismo y a sus relaciones con los - demás no se funda en situaciones que puede resolver - un arrebató de temor extraordinario.

Superación del Temor:

A medida que el niño vive y aprende, se va acostumbrando a una cantidad cada vez mayor de cosas.

En las explicaciones que dan los adultos de sus temores infantiles ya dominados, se hacen muchas declaraciones como las siguientes:

"Se me pasó con la edad", "Aprendí a cuidar de mí mismo", "Al cabo de un tiempo supe como manejar el asunto".

A veces, por supuesto, un temor desaparece o disminuye cuando su causa aparente ha desaparecido.

El niño que manifiesta con más frecuencia sus sentimientos cuando se siente inquieto puede ser el más capaz de luchar cuerpo a cuerpo con su preocupación.

Atención a las causas fundamentales. Uno de los principios esenciales en el tratamiento del temor es que deben tenerse en cuenta no sólo los síntomas particulares, sino también las circunstancias y condiciones que rodean al temor.

Si el que siente un niño se debe a un ambiente de inseguridad, incertidumbre, exigencias que a sus facultades, contradicción o confusión en la misma disciplina a que está sometido, amenazas, castigos severos y diversos medios de intimidación, evidentemente es más importante buscar los modos de remediar esas condiciones que tratar directamente los síntomas de angustia del niño.

Hay que tratar de ayudar al niño a que haga frente de una manera práctica a la situación que lo asusta.

Entre las medidas prácticas que los padres y otros - adultos han encontrado inútiles, o bastante inútiles o acaso más que inútiles se hallan las siguientes:

- 1.- Poner en ridículo al niño porque tiene miedo.
- 2.- No hacer caso de su temor.
- 3.- Obligarlo por la fuerza a hacer frente a la - situación temida.

Como medida importante que se debe tomar al tratar - con un niño asustado es ayudarlo.

Excepto en el caso en el cual el niño descubre rápidamente que puede cuidar de sí mismo, no es conveniente, y puede hacer mucho daño dejarlo que siga presa de su temor.

El temor no cura el temor, como el dolor no cura el dolor de molares.

Debemos hablar con el niño con objeto de disipar su temor, explicándole que nada tiene que temer, etc.

Si el padre es una persona que hace frente a los peligros de la vida directamente, sin pretender que nunca siente miedo, ofrece con la relación de su hijo una apacible fuente de vigor, pero si lo agobia la ansiedad, si lo asustan los problemas con su hijo un elemento de inseguridad y debilidad. Sus ansiedades se comunican a su hijo si, por ejemplo se preocupa por la seguridad del niño hasta el punto de que refrena seriamente sus actividades, no tanto porque está convencido que puede hacer daño.

Inflige a su hijo sus apresiones relacionadas con su culpabilidad y las probabilidades irracionales que teme él mismo.

Lo que se dice a un niño en preparación de un acontecimiento y el hecho mismo de que sus mayores se esfuerzen por advertirles puede, en ciertas condiciones dotar a un acontecimiento de cualidades aterradoras y agravar así, en vez de prevenir el temor del niño.

El principal método de manejar a un niño con temores de cualquier tipo no es con medicación, sino educando al niño hacia el camino adecuado en el que sus temores son aplicados a las cosas que sean dañinas para él.

Niño problema:

Este es de los problemas más serios de la Odontología Infantil que causa el mayor desconcierto entre los padres y el profesionista, dado en un pequeño porcentaje de niños de conducta difícil, con la característica de presentar una tenaz resistencia -- para ser atendidos, expresada en cualquiera de las varias formas como:

No sentarse en el sillón dental, no abrir la boca, no aceptar la pieza de mano, la torunda de algodón, etc.

Ante la menor presión del profesional prorrumpe en expresiones por demás confusas que van desde el encolerizamiento hasta el pánico, por medio de gritos llantos, amenazas, gestos y huida violenta si le es permitido.

Si es retenido en el sillón con actitud espectacular se retuerce por escapar, tose, se ahoga, pateo, etc., llegando a tanto con tal de liberarse, como sea necesarios.

En estos casos no hay validez de la buena predisposición o entusiasmo del profesional.

La mayoría de los autores nos indican que la causa - más importante de la mala conducta del niño es el temor a lo desconocido, al daño o al dolor.

Al explicarle al niño el beneficio que adquiere, obtendremos su cooperación.

Existen diferentes puntos de vista acerca de tal conducta:

- 1.- La actitud de estos pacientes obedece a una educación hogareña muy apresiva y sin disciplina.
- 2.- Una vivencia traumática, médica u odontológica o un clima familiar determinado especialmente madres angustiadas a la consulta -- odontológica.
- 3.- Edad como factor importante, como causal a la mala conducta.

Si en casa estos niños pueden evitar lo desagradable con negativismo y ataques de mal genio, tratará de hacer lo mismo en el consultorio dental.

Cuando en casa logra sus deseos, tratará de evitar los trabajos dentales. Sin embargo, este comportamiento puede ser modificado.

El manejo del niño rebelde, requiere firmeza por parte del odontólogo y una comunicación positiva mientras se efectúa el tratamiento.

A los dos años el niño puede que coopere y sea bien educado, mientras que a los dos años y medio se vuelve difícil y contradictorio, a los tres años es amigable y tiene buen dominio de sí mismo, mientras que a los cuatro o cuatro y medio puede volverse atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar.

La ansiedad y el miedo son los problemas emocionales más importantes con los que habrá que luchar.

C A P I T U L O I I

INFLUENCIA DE LOS PADRES

INFLUJO DE LOS PADRES:

La conducta impuesta y la creación personal:

Ahora bien, el niño y su entorno son precisamente - comparables a dos fuerzas que buscan su punto de - equilibrio, tanto oponiéndose una a la otra, como - realizando a un acuerdo a veces efímero.

Entre ambas hay una constante acción y reacción.

Según Raymond de Saussure, las reacciones caracteria les del niño tendrían su origen en la separación -- entre la conducta impuesta desde fuera y su creación personal. Al fin, ha asimilado dos fuerzas de atracción, una proveniente del exterior y otra de su fon- do mismo, y que con dificultad llegan a coincidir.

La combinación de estos dos factores engendraría - cuatro actitudes principales.

- 1.- Los obedientes
- 2.- Los obedientes rebeldes.
- 3.- Los desobedientes.
- 4.- Los autónomos.

Cada una de estas actitudes comporta variantes, en una discusión entre dos padres:

Uno se quejaba de su hijo porque le respondía siempre "NO", aunque luego acababa en todos los casos - por obedecerle, mientras que el otro deploraba escuchar siempre como respuesta "SI" por el suyo, que - no hacía nunca lo que le había recomendado.

Cada padre envidiaba la suerte (relativa) del otro. Aunque sus reacciones parezcan opuestas, estos dos hijos estaban, sin duda, clasificados en la categoría de los "Obedientes rebeldes", la diferencia residía sobre todo en el nivel de la rebeldía.

Todavía hubiera sido necesario saber lo que en ellos era consciente y lo que era inconsciente.

La Reinvidicación Afectiva Mutua:

Sin embargo, no parece que lo que opone al niño y - los que le rodean sea una agresividad mutua fundamental, sino más bien de uno y otro lado una intensa necesidad de amor que teme ser decepcionada.

El niño no puede vivir sin sentirse amado; por otra parte, no está menos dominado por una necesidad de creación personal.

El drama reside en su miedo a perder el amor en la misma medida en que su creatividad personal prevalezca sobre la conducta impuesta.

Del lado del niño hay, pues, una llamada y una reivindicación, con reacciones bastante sorprendentes del tipo " despecho amoroso ", cuando cree que no - ha sido escuchado su llamada ni comprendida su reivindicación.

Quien le rodean, por parte, experimentan sentimientos que se compaginan con los que observan en él; - el miedo a perder su amor, imponiéndole sujeciones, corresponde al miedo del niño a perder el amor a los suyos sin hacer prevalecer su creatividad personal - sobre la conducta que sus padres esperan de él.

Muchos padres temen ver a sus retoños independizarse, no solo porque es forzosamente un poco doloroso ver-alejarse de sí aquellos a quienes se ama (aunque semejante caso sea la Ley Común), sino también, algunas veces, por que tienen la impresión de ser entonces mutilados o desposeídos.

Además, creen de modo sincero que el niño no es capaz de gobernarse sin ellos y que los males van a caer sobre su cabeza, aportándose así la prueba a la vez torturante y bastante satisfactoria, de que ellos son indispensables.

El exclusivismo de algunos padres:

Hay muchas variedades en la forma como se traduce este exclusivismo de los padres, que puede manifestarse incluso sin amor.

El niño rechazado o imperfectamente aceptado:

Pero lo mismo que el hambre es un fenómeno fisiológico universal del mismo modo, el más biológico de los amores, el amor maternal, puede parecer inexistente cuando en realidad está desimulado por toda una superestructura física, secundaria, resultante en general, de un condicionamiento debido a un conjunto de circunstancias desfavorables.

No es menos cierto que de tales fluctuaciones del amor maternal puede derivarse para el niño una situación "difil".

Por eso, el niño es supersensible a la impresión de ser arrojado como un injerto en el organismo familiar que no se adopte a él. No es solamente la falta de alimentación material que puede hacerle morir; - es también la falta de alimentación afectiva; el niño que se cree excluido o rechazado experimenta - un terrible sentimiento de inseguridad, que corre - el riesgo de llevarle a una conducta aberrante, expresión de su angustia profunda.

El se manifiesta entonces de la única manera que le es "difícil".

Cantidad y Calidad de Ternura:

El niño tiene una desbordante necesidad de amor, - pero no cualquier clase de amor, no se le podría - colmar teniendo en cuenta únicamente el factor "cantidad". Hay una cierta cualidad de amor que reclama de su madre y otra cualidad particular que reclama de su padre.

De uno y otro, aspira a un amor que se dirija verdaderamente a su persona y no a la imagen que sus padres se hacen a la que ellos le piden que se conforme.

Nos extraña a veces que un niño sea insoportable, a pesar de los castigos y la reprobación que por su conducta recibe; pero precisamente se trata, para él, de conseguir la prueba de que se le ama, no por su delicadeza o buenas notas, sino verdaderamente de una manera incondicional.

Sólo esto tiene valor a sus ojos. Si tuviera esta seguridad no sería impulsado tan obstinadamente a desagradar a aquellos a quienes exige que le encuentren agradable, poniéndolos a prueba, haga lo que haga causando en ellos una decepción paralela, porque interpretan equivocadamente su "maldad", como una negación de su amor.

¿Como se interesaría por alguna cosa, cuando se interesa por él?

El aburrimiento le cerca con todo su cortejo de comportamientos antisociales. "No hay nada que hacer con este niño", se dirá, acentuando con ellos el mal que ya se ha hecho.

Las circunstancias:

De este modo, los principales factores familiares de inadaptación del niño aparecen como el resultado de una simple desviación de los factores de adaptación. El sistema "exigencia de amor - Decepción - Frustración - Agresividad", es así el mismo en el niño que en los padres, aunque, unas veces es uno y otras en otro, presenta un umbral de tolerancia más elevado - ante la frustración.

La agresividad que engendra esta última es, según - los casos, más o menos manifiesta, más o menos violenta, más o menos permanente.

Va de la excitación latente hasta grandes estallidos, como si un demonio interior empujase a ciertos niños a explotar cuando la tensión alcanza un grado demasiado elevado. Desgraciadamente, los estallidos tras - una corta pausa son, en general, el punto de partida de una nueva tensión, y de esta suerte se establece un ciclo infernal.

Cuando los malos humores acumulados, y hasta esntonces frenados, se dejan libres se comunican por una - reacción en cadena.

La manera como se habla a los niños y en que se les pide un servicio y con mayor razón, se les da una - orden, determina su reacción.

Para que un niño no se muestre "difícil", es necesario que se encuentre "en estado de gracia", es decir en estado suficientemente eufórico para desear complacer a los demás. No esta siempre preparado para obtener la realización del "estado de mala gracia".

Es suficiente gritar cuando podría hablarse con calma, hacer reproches desproporcionados respecto a su motivo, no poner ninguna atención a los esfuerzos de buena voluntad, en breve provocar un sentimiento de injusticia o una irritación refleja que amplificar - los desacuerdos.

El niño y los conflictos de los adultos:

Pero las dificultades que tiene más repercusión ---
caracteriales son, en general aquellas que resultan
de una situación por la cual el niño está deshecho.
Es necesario que sea ya sólido y bien maduro para po
der resistir el afecto destructor de los conflictos
en los cuales el está implicado o más bien en los --
se le quiere implicar, sea como testigo, como partí-
cipe, o incluso como juez.

No se ve cómo unos padres que se desgarran entre sí,
no desgarran al mismo tiempo, incluso sin quererlo,
al niño que participe a la vez en uno y del otro.
Ahí, también la identificación se vuelve mala, porque
de una parte o de otra esta siempre sordamente recha-
zada por algunos. El clima familiar de malestar y de
conflicto es propicio al mal humor y al desarrollo de
la agresividad, porque no es posible querer al que -
hace sufrir aunque sea una persona a quien se ama.

Un niño difícil es con frecuencia, un niño triste -
porque vive con personas que son muy conflictivas.
Es como la falsa nota que, en un concierto, muestra
que los instrumentos de música no han sido acordados
sin que el público sepa bien a quien incriminar.

El primer marco de existencia del niño es la familia; el segundo el colegio. Estos son los dos ambientes - en que los comportamientos difíciles, cualquiera que sea su origen, tiene sus primeras ocasiones de manifestarse.

De este modo es posible alimentar la esperanza, no sólo de remediar algunas perturbaciones del carácter, sino sobre todo de aprender a evitar la formación de niños difíciles más de lo conveniente.

La Educación de los Niños Problema:

El oficio de los padres no es nunca fácil.
Una autoridad agresiva se destruye ella misma.
El niño difícil suscita una agresividad a veces superficial; pero ésta no provoca menos reacciones, que van en el sentido de una agravación del conflicto.
Los caracteres difíciles debieran dirigirse con más prudencia que los otros.

No al punto que haya que temerlos, ni incluso (sobre todo) parecer temerlos.

En desquite, es justo tener en cuenta el hecho de que están constituidos en razón de una hipersensibilidad particular.

Se oye decir a veces que el "palo" forma el carácter: puede ser, pero no ciertamente dándole.

Lo mismo que gritando muy fuerte se termina por no hacerse comprender ni escuchar, igual ocurre en los castigos corporales, de los cuales se ha hecho demasiado corriente uso. La protección de los niños reputados difíciles consiste en la corteza de indiferencia que ellos saben crear a su alrededor: al abrigo de ésta, nada les impide desarrollar una perfecta asociabilidad y son entonces a los argumentos que parecen más convincentes.

Se obtiene un resultado parecido por un hostigamiento continuo con advertencias, críticas o reproches.

Los niños difíciles deben ser, sobre todo, considerados como "niños problemas"; para resolver los problemas que proporcionan es necesaria en general, cierta dosis de reflexión, de observación y de imaginación.

No debiera recurrirse a las reacciones pedagógicas o pseudopedagógicas convencionales, ni confiarse a los propios automatismos; pues es, al contrario, rompiendo sus automatismos habituales, como los padres y educadores, con alguna sorpresa, obtienen frecuentemente los resultados más satisfactorios.

Vencer el capricho exige valor y dominio, no solamente de la conciencia, sino también del inconsciente. Y sin embargo, es así como se obtienen las mejores probabilidades de crear un clima educativo más favorable.

Actitudes de los Padres:

Protección Excesiva.- Todo niño necesita amor y afecto, el impulso protector puede interferir en la educación normal del niño, este tipo de niños no tiene iniciativa propia a tomar decisiones.

Los padres dominantes presentan niños muy tímidos, delicados sumisos y temerosos. Estos niños no son agresivos y carecen de presunción y empuje social.

Son humildes, con sentimiento de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas. El odontólogo - tiene que romper la "Barrera de Timidez" dándole con fianza en su capacidad.

Padres indulgentes, los hijos tienen dificultades - para adaptarse al medio social que los rodea.

Como les hacen creer que son superiores a los demás se vuelven desconsiderados y egoistas, tiránicos, son impscientes, presentan ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a - sus deseos. Tratan de hacer lo que quieren.

Si les falla hacen alarde de ira extrema y pueden - resistirse.

Niños muy mimados son muy difíciles de manejar en el consultorio dental.

El uso de una disciplina será un medio para obtener - su cooperación una vez que comprendan el significado de la socialidad, se vuelven pacientes excelentes.

Padres Demasiado Indulgentes.- Llevan al hijo al - dentista en forma hostil, insisten en acompañarlo a la sala de operaciones estos niños necesitan más --

disciplina en el consultorio. Se usará mayor tacto con los padres de niños mimados.

Rechazo.- Existiendo varios grados que pueden ser - desde la más ligera indiferencia a causa de trabajo u otras ocupaciones, hasta el más completo de rechazo a causa de problemas emocionales.

La indiferencia tendrá como resultado hijos que se sienten inferiores y olvidados, no seguros de sí mismos y dentro de la sociedad, causando en estos pequeños, resentimientos, se vuelven poco cooperativos, son retraídos en sí mismos, no aman, no se interesan por nadie. Esta clase de niños rechazados no sólo sufren falta de amor o afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y brutalidad.

Sufren criticas constantes, se les molesta y atormenta continuamente con demostraciones abiertas de desagrado; estan tristemente descuidados y con castigos severos.

Debido a la carencia de estimaciones los lleva a ansiedades profundas. Por lo tanto, el pequeño no tiene seguridad en casa, se vuelve suspicáz, agresivo,-

vengativo, combativo, desobediente, poco popular, - nervioso y demasiado activo.

Miembros del grupo de su edad lo encuentran poco - agradable.

Exceso de Ansiedad por parte de los Padres:

Por multiples motivos ya sea de tragedia, enfermedad u accidente, etc., los padres tienen una actitud de preocupación excesiva por el niño.

Exagerando su afecto, protección y mimo.

No permitiendole al pequeño que trabaje solo, que - juegue, exagerando sus enfermedades de poca importancia guardando cama sin necesidad.

Estos niños generalmente son tímidos, huraños y temerosos.

Preocupados cada vez más por su salud y no toman decisiones por sí mismos. Son buenos pacientes si se les intruye para serlo.

Es difícil probablemente para el operador vencer los temores que presente.

Pero si se le alienta al pequeño y se le asegura reaccionará satisfactoriamente.

Padres Dominantes:

Con tal actitud exigen a sus hijos actitudes adelantadas a su edad cronológica.

No lo aceptan al pequeño, sino esforzándolo a competir con niños mayores o más avanzados.

Son padres críticos, estrictos e incluso lo rechazan. Tales actitudes por los padres desarrollan en el niño rechazo y evasión, resentimiento, sumisión e inquietud.

Tienen miedo a resistirse abiertamente. Si se les trata amablemente éstos niños resultan ser buenos pacientes.

Identidad:

Los padres tratan de revivir su propia vida en sus hijos.

Dándoles ventajas que se les fueron negadas.

Si los niños presentan una actitud negativa los padres muestran una desaprobación completa, reflejándose, en el niño con timidez, inseguridad y retraimiento.

Llora con facilidad, no tiene confianza en sí mismo hace poco por miedo a fracazar. En el consultorio dental tiene una reacción igual que los niños de padres dominantes.

Las actitudes que unos niños tienen hacia otros están formadas principalmente por los padres.

Variando según el número de hijos y su posición en la familia.

El hijo mayor, es a menudo conservador y de comportamiento moderado.

Las relaciones entre hermanos influyen en el comportamiento del niño.

Dominación del mayor o dominio del niño sobre un hermano más pequeño, influyendo en el patrón de comportamiento del niño.

Hogares Deshechos.- Serán dañinos para una buena - personalidad.

Llevando a sentimientos de inseguridad, inferioridad apatía y depresión.

Los cuales son menos destructivos, que en los hogares con conflictos crónicos y desajustes completos.

El excelente para la formación de carácter y persona lidad es cálido y amistoso.

La escuela los maestros, compañeros de juego papel - importante en la formación de la personalidad.

Los niños suelen dramatizar sus experiencias dentales comentándolo con sus compañeros, y los niños - que los escuchan serán los dañados sin tener todavía experiencia dental.

Sin duda el gobernante en el destino del niño será - el hogar.

Influjo de la ansiedad Materna:

Existe una afinidad entre la ansiedad de la madre y la del infante.

Se cree que tal relación sólo se presentará en la - primera visita dental, en tal sesión el comportamiento del paciente puede ser influenciado por las actitudes de la madre.

En sesiones futuras es mejor que la madre no demuestre tan ansiedad, cuando la madre trata de quitar el miedo, lo único que le ha causado al pequeño paciente es un aumento en el nivel de su ansiedad; la cual se elevó desde que el niño pensó que sus dientes presentaban un problema.

Tal ansiedad es más dañina en niños de edad preescolar, ya que en niños mayores de cinco años la ausencia de la mamá no afecta la respuesta del pequeño.

C A P I T U L O I I I

ASISTENTE DENTAL, APLICACION SISTEMA CUATRO MANOS.

Sistema cuatro manos en Paiddoncia:

Es de suma importancia en el consultorio de Odentope-
diatria el asistente ayudando a un clima de naturali-
dad y amistad hacia el niño.

Disminuyendo el período de tiempo de la visita den-
tal, ayudando al manejo del niño.

El odontólogo podrá trabajar más rápidamente y con -
más eficacia.

Los brazos del ayudante estarán en posición ligera-
mente superior al pecho del pequeño, dándole una -
sensación de seguridad.

El Odentologo permanecerá sentado y la ayudante se -
sentará frente al Odentologo para permitirle un me-
jor campo de acción de manera que la unidad no estor-
be. El equipo debe estar bien preparado para que la
ayudante no abandone su lugar.

El ayudante entrega y recibe de la mano del operador
todos los instrumentos.

Debe existir tal intercambio fluido, evitándose la -
distracción del Odontólogo.

El ayudante continuará en otros procedimientos dent
ales como operar la aspiración o utilizará la jeringa
triple (agua y aire).

El concepto "Sistema 4 Manos", implica que constan-
temente se emplean las manos del ayudante en el tra-
tamiento del niño.

Durante las instrucciones del Odontólogo la asisten-
te dental evitará la conversación amistosa con el -
niño.

Al ausentarse el Odontólogo, la asistente Dental con
tinuará la conversación amistosa con el niño, previ-
endo angustias y proporcionando oportunidad de respal-
do al Odontólogo en cualquier momento, en que se alte-
re la conducta del niño.

Es muy útil el sistema 4 manos evitándonos accidentes,
teniendo un mejor control sobre el paciente.

- 3º REDISTRIBUIR Organizando el sistema de -
cintas o redefinir los pasos
en los procedimientos.
- 4º SIMPLIFICAR Equipo dental y procedimien-
tos para el tratamiento de -
pacientes.

CLASIFICACION DE MOVIMIENTOS:

- CLASE I Movimientos de los dedos -
únicamente.
- CLASE II Movimientos de los dedos -
y muñecas.
- CLASE III Movimientos de los dedos -
muñecas y codo.
- CLASE IV Movimientos completos del
brazo iniciandolo desde -
el hombro.
- CLASE V Movimientos del brazo y tor-
sión del cuerpo.

AREAS DE ACTIVIDAD:

El campo de trabajo, alrededor de la boca se divide en zonas de actividad que se describen en términos de las áreas de la esfera de un reloj supuesto a la cara del paciente.

AREA DEL OPERADOR:

(De 8:00 a 11:00 en el reloj).

Es el área de actividad primaria de quien ejecuta la acción clínica.

ZONA ESTÁTICA:

(De 11:00 a 2:00 en el reloj).

En esta zona se coloca materiales, instrumentos y -
equipo de empleo frecuente.

AREA DE LA ASISTENTE

(De 2:00 a 5:00 en el reloj).

Area primaria de la asistente. Instrumentos usados con frecuencia son colocados en esta área, cerca de la boca del paciente.

ZONA DE TRANSFERENCIA

(De 5:00 a 8:00 en el reloj).

Intercambio de instrumentos, la buena utilización de dicha zona permitirá al operador mantener sus manos y sus ojos en el campo de operación.

Se debe evitar el entrecruzamiento de actividades o partes de equipo fuera de zona a fin de no perturbar actividades primarias de una zona en particular.

MANIPULACION:

La asistente debe disponer con anticipación aquellos

materiales que implican mezclado, y tener tiempo disponible para prepararlos antes de que el operador los necesite.

Los materiales deben ser presentados al operador en la zona de transferencia tan cerca de la boca del paciente como sea posible.

POSICIONES PARA LA ODONTOLOGIA A CUATRO MANOS:

- 1 Como sentar y despedir correctamente al paciente
- 2 Como acomodar al paciente para ver y tratar convenientemente las distintas áreas de la boca.

ANTES DE RECIBIR AL PACIENTE, EL SILLON DENTAL DEBE ESTAR LISTO EN POSICION CO:

- 1 El asiento situado en nivel que sea cómodo al paciente (aproximadamente 43 cm. de altura).
- 2 El espaldar del sillón elevado a una posición como para sentarse.

- 3 El brazo del sillón levantado.
- 4 El soporte de los instrumentos completamente elevado.
- 5 El cabezal en su lugar.
- 6 Colocar el delantal al paciente.

PASOS PARA SENTAR AL PACIENTE, LLEVADOS A CABO SUAVEMENTE Y LA ASISTENTE LOS DEBE EXPLICAR.

- 1 La asistente señalado con la mano le indica al paciente la parte del sillón en la cual este se debe sentar.
- 2 Se baja el brazo derecho del sillón.
- 3 Se le coloca al paciente la servilleta con su cadena y se le coloca el cabezal en una posición cómoda.

- 4 Se eleva la base del sillón a su máxima altura.
- 5 Se inclina el asiento del sillón.
- 6 Se baja progresivamente, el respaldo hasta una posición horizontal.
- 7 Se coloca el soporte de instrumentos en posición de trabajo.
- 8 Se baja la lampara dental a una posición que -
le permita a la asistente alcanzar, cuando --
ella este sentada a la izquierda del sillón -
dental.

COMO DESPEDIR AL PACIENTE:

- 1 Se retira al soporte de instrumentos.
- 2 Se lleva lentamente el espaldar a su posición vertical.
- 3 Se pone el asiento del sillón en su posición normal.

- 4 Se baja la base del sillón.
- 5 Se eleva el brazo derecho del sillón.
Se le recomienda al paciente que permanezca -
sentado en el sillón algunos minutos antes de
que se levante para restablecer el equilibrio
del sistema circulatorio cerebral.

LA POSICION DEL OPERADOR CUANDO:

- 1 Esta sentado comodamente con sus muslos paralelos
al suelo y su espalda bien apoyada.
- 2 Su posición abarca de las once en el reloj, de
pendiendo el área de la boca del paciente que
está siendo tratada.
- 3 La boca del paciente está en la línea como su
plano sagital.
- 4 El sillón está ubicado de modo que la boca del
paciente esté a nivel de los codos del opera-
dor y la boca del paciente es no menor de 35 cm.

- 5 distancia entre los ojos del operador y la boca del paciente es menor de 35 cm.
- 6 Los codos del operador permanecen cerca de sus costados.
- 7 Sus hombros están paralelos al suelo.
- 8 Su espalda relativamente derecha.
- 9 Su cuello no está inclinado excesivamente. Esto requerirá que baje un poco la mirada.

POSTURA DE LA ASISTENTE:

- 1 Su banquillo está colocado tan cerca del sillón del paciente como sea posible, de modo que el borde próximo al gabinete móvil del banquillo esté al mismo nivel que la boca del paciente.
- 2 La posición del banquillo de la asistente se establece antes de colocar en posición del gabinete móvil, en vez que la posición del último determine la posición del banquillo de la asistente.

- 3 Evita que ella incline o extienda sus brazos excesivamente.
- 4 Su espalda está relativamente derecha.
- 5 No tiene que doblar su cuello excesivamente lo cual requiere que baje un poco la mirada.

No es necesario que la asistente vea todo lo que el operador está haciendo en la boca del paciente. Su área visual esta limitada a lo que su actividad requiere. Si la asistente recuerda esto mantendrá una buena postura y evitará una buena postura y evitará obstruir la luz de la lámpara.

TECNICAS A CUATRO MANOS MAS USUALES EN ODONTOLOGIA:

Antes de la ubicación del Odontologo, la asistente - efectuará la adaptación de la luz sin deslumbrar al paciente.

ANESTECIA:

La coordinación precisa del momento en que la asistente pasa jeringa al Odontologo puede reforzar la presentación psicológica de la inyección.

En forma discreta la asistente entregará la jeringa.

- A. La asistente dental sostendrá la jeringa por el lado contrario en posición inferior al paciente sin ser vista por éste.
- B. El operador recibe la jeringa.
En este paso la asistente estará lista, colocando su brazo por sobre el paciente, para su protección contra sí mismo, para prevenir una súbita decisión de rebelión, en especial brazos.
- C. El operador toma con firmeza la jeringa, y la asistente tomará el capuchón de la aguja.
- D. En el momento de la aplicación del anestésico evitando que la jeringa no quede a la vista del paciente.

DIQUE DE HULE:

Es de suma importancia el empleo del dique de hule - para inmovilizar la lengua, protegiendo a tejidos - blandos, evitando de esta manera diversas accidentes sea por soluciones, instrumentos, etc.

- A. La asistencia dental tendrá listo el dique de hule en el arco con grapa correspondiente y - portagrapas.
- B. El operador toma el portagrapas y lo lleva a la cavidad oral.
- C. Después de colocar la grapa, la asistente dental está lista para recibir el portagrapas.
- D. Colocación del eyector para la aspiración de líquidos, por la asistente dental.

Indicar al niño que levante su mano en caso de alguna molestia y que de inmediato detendremos el aparato.

Aclarando que en caso de que mintiera fingiendo -- molestia, no haremos caso alguno.

Sin embargo, el operador deberá estar pendiente del estado emocional del niño y asegurarse del efecto - anestésico.

- A. Al usar la pieza de mano de alta, es recomendable el uso del eyector para la eliminación completa y rápida de líquidos, evitando movimientos innecesarios del paciente hacia la - escupidera.
- B. Posición del eyector sin obstruir la visión del operador.

TECNICA PARA LA OBTURACION CON AMALGAMA:

- A. Entrega del porta-amalgama, con firmeza por parte de la asistente dental y observar la mano del operador.
- B. El operador inicia la obturación con amalgama y la asistente dental con la mano izquierda - manipula la amalgama que sostiene con esta - mano, de tal modo que sea más fácil volver a cargar el porta-amalgama.

- C. Con la mano derecha la asistente dental toma el obturador.
- D. Con el dedo meñique la asistente dental está lista para recibir el porta-amalgama.
- E. Mientras el operador obtura, la asistente - carga el porta-amalgama.

POSICIONES DE TRABAJO DE ACUERDO AL RELOJ:

12:00 posición posterior. Es una de las más frecuentes usadas para la posición de trabajo horizontal.

11:00 es la posición de trabajo que más facilita, - cuando el cuerpo superior del paciente se encuentra un poco inclinado.

10:00 esta posición facilita cuando la fijación de - la cabeza del paciente es con cierta dificultad en - la observación del lado derecho.

9:00 esta posición puede ser adoptada en pacientes - cooperativos para los tratamientos en la arcada infe - rior, observándose en forma directa.

CONCLUSIONES.

- 1.- Es bien importante la comprensión total del -
Odontopediatra en las diversas conductas del
niño para poder guiar condiciones al cuidado
dental regular.
- 2.- La influencia positiva de los padres, es fun-
damental sobre la conducta de los niños, para
facilitar el éxito del tratar dental.
- 3.- La ayuda del asistente dental ofrece varias -
ventajas tanto al odontólogo como al paciente.
Al odontólogo ahorrando tiempo con el intercam-
bio de instrumental y medicamentos.
Al paciente previniéndole la angustia y ayudand
do al odontólogo a controlar los movimientos -
repentinos.
- 4.- Con la cooperación conjunta de los padres, --
asistente y odontólogo lograremos una atención
dental adecuada.

- 5^o KAMITA ANGEL
" ODONTOLOGIA INFANTIL I " .
" ODONTOPEDIATRIA NUCLEO I " .
U.N.A.M. S.U.A.
MEXICO, D.F.
59 p. 1970
- 6^o KRUMBOLTZ JOHN D. HELEN B.
" COMO CAMBIAR LA CONDUCTA DEL NIÑO " .
EDITORIAL GUADALUPE
BUENOS AIRES
301 p. 1972.
- 7^o MINK JOHN R.
" CLINICOS ODONTOLOGICOS DE NORTE AMERICA " .
" ODONTOLOGIA PEDIATRICA " .
EDITORIAL INTER AMERICANA
MEXICO, D.F.
188 p. 1973.