

105
10

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología



EL ODONTOLOGO Y EL NIÑO EN SUS DIFERENTES ETAPAS DE DESARROLLO

T E S I S
Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a :
LAURA ADAME OROPEZA

México, D. F.

1979

14395



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.

INDICE

INTRODUCCION -

CAPTULO I: DESARROLLO PRENATAL.

- a) Primera fase de desarrollo.
- b) Segunda fase de desarrollo.
- c) Tercera fase de desarrollo.
- d) Niños Prematuros.

CAPTULO II: INFLUENCIAS PRENATALES DEL AMBIENTE.

- a) Edad de la madre.
- b) Alimentación de la madre.
- c) Drogas.
- d) Irrradiación.
- e) Enfermedades maternas durante el embarazo.
- f) Factor Rh.
- g) Estados emocionales de la madre.

CAPTULO III: EVOLUCION CRONOLOGICA.

- a) Recién nacido.
- b) El niño de 1 año.
- c) El niño de 2 años.
- d) El niño de 3 años.
- e) El niño de 4 años.
- f) El niño de 5 años.
- g) El niño de 6 años.
- h) El niño de 7 años.

- i) El niño de 8 años,
- j) El niño de 9 años,
- k) El niño de 10 años,
- l) El niño de 11 años,
- m) El niño de 12 años.

CAPITULO IV: ANOMALIAS DE LA INFANCIA.

A)

- 1. El niño con daño cerebral,
- 2. El niño deficiente mental, físico y emocional,
- 3. El niño sobredotado.

B)

- 1. Conflictos entre padres e hijos.
- 2. Niños Maltratados.
- 3. Niños sin hogar.
- 4. Hijos adoptivos.

CAPITULO V: EL NIÑO Y EL ODONTOLOGO.

- a) Consultorio dental para niños,
- b) El niño en el consultorio,
- c) Consejos a los padres,
- d) El odontólogo y el niño enfermo.

CONCLUSIONES -

BIBLIOGRAFIA -

INTRODUCCION -

Es importante conocer al niño desde que se inicia su desarrollo -- prenatal, así como las influencias del ambiente que lo afectan por medio de la madre.

El estudio del desarrollo cronológico del niño nos ayuda a conocerlo, tanto en su conducta como en su desarrollo anatómico, físico -- mental y emocional. Todo este desarrollo va desde el nacimiento hasta la segunda infancia; en este recorrido poco a poco va adquiriendo madurez en sus diferentes aparatos y sistemas, en sus -- músculos; atraviesa por varias etapas de aprendizaje que van desde que empieza a moverse, cuando aprende a tomar un vaso, a aplaudir, a sentarse, a gatear, a caminar, a hablar, etc., hasta que -- sus movimientos son totalmente seguros y sus conocimientos son -- suficientes, para entonces poco a poco irse independizando de la -- ayuda de sus padres. Ya no necesitará la opinión ni la ayuda de -- papá y mamá para cualquier cosa que quiera realizar.

Desgraciadamente no todos los niños son normales. Hay niños sobredotados y niños con anomalías congénitas, perinatales, y -- post-natales, como son los niños deficientes mentales, niños deficientes físicos, deficientes emocionales, niños con daño cerebral, -- etc.; los cuales necesitan de una adecuada educación.

Tampoco todos los niños tienen una infancia normal como los niños

maltratados, los cuales son producto de padres emocionalmente enfermos, o porque éstos no fueron deseados, etc., niños sin hogar y niños adoptivos, los cuales forman un gran número en nuestro país; son conflictos entre padres e hijos que causan lesiones emocionales en los niños.

El odontólogo al realizar la historia clínica deberá hacer un estudio detenido del niño, para aprender a tratarlo y así lograr de él cooperación para cualquier tratamiento, tomando en cuenta todos los aspectos del niño, tanto en su crecimiento como en el desarrollo cronológico que exista en él cuando asiste al consultorio.

CAPITULO I
DESARROLLO PRENATAL

El inicio de la vida es a partir de la unión de dos células geminales (espermatozoide y óvulo), las cuales forman una célula única o cigoto.

El proceso de desarrollo se divide en tres fases:

- a) **PRIMERA FASE** - Período de cigoto o huevo, va desde la fecundación hasta el momento en que el cigoto queda adherido a la pared del útero. Se efectúa en un lapso de 10 a 14 días.
- b) **SEGUNDA FASE** - Período embrionario, se caracteriza por el desarrollo rápido del sistema nervioso, a los 18 días el embrión ha empezado a tomar forma. A partir de la tercera semana se desarrolla un corazón primitivo y empieza a latir,

En el primer mes de vida el embrión mide aproximadamente 5 mm., de largo, tiene los rudimentos de la boca, del tubo gastrointestinal y del hígado, el corazón empieza a desarrollarse, la cabeza y el encéfalo empiezan a distinguirse más claramente. En la sexta semana se inicia la formación de la lámina dental de los dientes primarios. A las ocho o nueve semanas el embrión mide aproximadamente 2.5 cm., de largo, la cara, los ojos, la boca y las orejas empiezan a tomar forma definida. Aparecen los brazos y las piernas, los pies y las manos con rudimentos de dedos. Empiezan a desarrollarse

los músculos, los cartílagos y los órganos sexuales. Los órganos internos (intestinos, páncreas, pulmones, riñones) adquieren una forma definida y desempeñan algunas funciones. La cabeza es grande en relación con otras zonas del cuerpo. En este período se inicia la formación de tres capas:

Ectodermo - Capa externa, a partir de ésta se desarrolla la epidermis (capa externa de la piel), parte de los dientes, glándulas de la piel, uñas, pelo y sistema nervioso.

Mesodermo - Capa intermedia, a partir de la cual se forma la dermis (capa interna de la piel), el esqueleto, los músculos, órganos de la circulación y la excreción.

Endodermo - Capa interna, a partir de ésta se desarrolla el revestimiento del tubo gastrointestinal, las trompas de Eustaquio, la tráquea, los bronquios, los pulmones, el hígado, el páncreas, glándulas salivales, glándulas tiroideas y el timo.

- c) **TERCERA FASE** - Período fetal, va del segundo mes hasta el nacimiento. En este período los órganos se desarrollan y empiezan a funcionar, el feto es capaz de responder a la estimulación táctil. El codo se flexiona y la cabeza se extiende. A finales del tercer mes el feto mide aproximadamente 7.5 cm., de largo y pesa aproximadamente de 20 gr., a 30 gr. Los

músculos empiezan a desarrollarse y se observan espontáneos movimientos de brazos y piernas. Se empiezan a formar los párpados y ahora se distingue fácilmente el sexo. A las 16 semanas el feto mide aproximadamente 12 cm., de largo y de aquí hasta la vigésima semana el feto aumenta de tamaño hasta alcanzar aproximadamente 25 cm., de largo y un peso de 250 a 300 gr. A partir de las 16 semanas se inicia la calcificación de dientes primarios.

Incisivo central superior	16 semanas in útero.
Incisivo lateral superior	18 semanas in útero.
Canino superior	20 semanas in útero.
Primer molar superior	20 semanas in útero.
Segundo molar superior	24 semanas in útero.
Incisivo central inferior	16 semanas in útero.
Incisivo lateral inferior	18 semanas in útero.
Canino inferior	20 semanas in útero.
Primer molar inferior	20 semanas in útero.
Segundo molar inferior	24 semanas in útero.

Después de las 20 semanas aparece el pelo, las uñas y se desarrollan las glándulas sudoríparas. A las 24 semanas los ojos están completamente formados, aparecen las pestañas y las cejas, la lengua y las papilas gustativas, tiene un peso

aproximado de 580 grs. A las 28 semanas los sistemas nervioso, circulatorio, etc., están completamente formados y tienen la posibilidad de funcionar adecuadamente en el ambiente extrauterino, pesa más de un kilo y mide aproximadamente 38 cm., de largo. En los dos meses finales el feto aumenta de peso rápidamente (aproximadamente un cuarto de kilo por semana). A los siete meses y medio mide 42 cm., y pesa 1,800 grs. Hacia el final del embarazo el feto pesa de 2,800 Kg., a 3 Kg., y mide aproximadamente 50 cm. En esta etapa el feto se pone cabeza abajo y descansa con ella en la parte inferior del útero que ha descendido mucho en la cavidad pélvica de la madre, en este caso se halla en posición adecuada para el nacimiento, cuando esto ocurre disminuye la presión sobre el abdomen superior de la madre y ella puede respirar más fácilmente. Al cambio de posición del bebé suele llamarse "alivio", puede producirse desde cuatro semanas antes del alumbramiento o al comienzo del trabajo de parto. Una vez comenzado el proceso, la madre tiene contracciones espontáneas de los músculos, estas contracciones expulsan gradualmente al bebé del útero y lo llevan al exterior a través de la vagina.

- d) **NIÑOS PREMATUROS** - Se denomina prematuro a aquel niño que nace antes del noveno mes de vida intrauterina: o bien al

que nace cuando ha completado los nueve meses de vida intra-uterina pero con un peso de menos de 2.500 Kg.

El niño prematuro tiene la piel arrugada, cabeza y lengua grandes, mal tono muscular y ojos prominentes muy separados.

Puede distinguir los sabores fundamentales (amargo, salado, ácido y dulce). También distingue olores fundamentales.

La sensibilidad al dolor parece no existir relativamente.

Los niños prematuros siguen siendo pequeños en estatura y en peso hasta los cinco o seis años de edad. También tienden a tener puntuaciones bajas en los test generales de desarrollo y cognocitivo. Es más inquieto y distraído; cuando es extremadamente prematuro manifiesta un desarrollo motor cognocitivo ligeramente retrasado durante el primer año. En casos extremos de prematuridad está propenso a contraer graves defectos psicológicos.

CAPTULO II
INFLUENCIAS PRENATALES DEL AMBIENTE

No existen conexiones nerviosas directas entre el sistema nervioso de la madre y del embrión, a pesar de esto el estado físico y emocional de la madre y el ambiente prenatal que le proporciona al niño puede ejercer influencia en el curso del desarrollo fetal y de la salud del niño.

a) EDAD DE LA MADRE -

El coeficiente de mortalidad es más elevado en madres menores de 20 años y mayores de 29 años. Así pues se reduce la mortalidad en edades comprendidas entre estas dos. Además las madres menores de 20 años y mayores de 35 años tienden a tener una proporción mayor de hijos retrasados mentales. Estos problemas pueden deberse al insuficiente desarrollo del sistema reproductor en las mujeres menores y en la decadencia del funcionamiento de los órganos reproductores en las mujeres mayores.

b) ALIMENTACION DE LA MADRE -

El suministro de alimento del feto proviene de la corriente sanguínea de la madre a través de las membranas semipermeables de la placenta y del cordón umbilical. Una grave desnutrición en la madre embarazada puede ser causa del retraso mental del niño. El feto comienza a elaborar mielina durante el séptimo mes de embarazo y si el feto no recibe nutrición suficiente daña la formación

de mielina. Esto dará lugar a un mal funcionamiento del cerebro y tal vez a un desarrollo mental retardado.

c) DROGAS -

Las sustancias químicas extrañas que se encuentran en la corriente sanguínea de la madre logran pasar a la corriente sanguínea del feto.

Ha habido muchos casos de daño al feto por administración de droga, por ejemplo: defectos anatómicos, retraso mental. La cantidad de droga que se administra durante el parto puede influir en el producto durante dos días más o menos, pero cuando es muy elevada la dosificación puede retardar la corriente sanguínea de tal manera que se produzca la asfixia en el momento del nacimiento.

El consumo de tabaco puede afectar al feto ya que la nicotina puede desencadenar reacciones químicas que se transmiten a través de la placenta. El latido cardíaco fetal se acelera cuando la madre fuma, pero aún no hay pruebas de un daño perdurable.

d) IRRADIACION -

Pequeñas cantidades de irradiación como las usadas para tomar una placa de Rx no afectan al feto.

A veces se usan terapéuticamente en mujeres embarazadas que pa-

decen cáncer o un tumor en la pelvis o en el ovario.

Las dosis terapéuticas grandes sí causan daño como; trastornos en el sistema nervioso central, microcefalia, niños extremadamente pequeños y con defectos físicos y mentales, o bien pueden causar el aborto.

e) ENFERMEDADES MATERNAS DURANTE EL EMBARAZO -

No es frecuente que la madre que sufre alguna enfermedad la contagie al feto. Aún así han nacido niños con sarampión, viruela, varicela, orejones o paperas, transmitidas por la madre. La transmisión de infecciones es más frecuente como la de espiroquetas sifilíticas, las cuales pueden causar aborto o un parto prematuro, y si el niño sobrevive será débil, deforme o deficiente mental, en algunos niños sifilíticos la enfermedad se manifiesta varios años después. Esto puede evitarse si la madre se pone bajo tratamiento médico durante el embarazo (menos de 18 semanas).

La madre que contraiga rubiola durante los primeros cuatro meses de embarazo dañará considerablemente al feto ocasionándole sordomudez, lesiones cardíacas, cataratas o deficiencia mental.

Los niños cuyas madres padecieron diabetes durante el embarazo nacerán con anomalías físicas de los sistemas circulatorio y respiratorio.

f) FACTOR RH -

Quando la madre tiene un Rh negativo puede causar en algunas ocasiones la muerte del feto al nacer, el aborto o la muerte poco después del nacimiento a consecuencia de eritroblastosis (destrucción de los glóbulos rojos de la sangre). Si el niño sobrevive puede quedar paralizado parcialmente o ser deficiente mental a consecuencia de una lesión cerebral por causa de suministro insuficiente de oxígeno durante el período de embarazo. Actualmente se conocen técnicas que reducen al mínimo las consecuencias.

g) ESTADOS EMOCIONALES DE LA MADRE -

Quando la madre es activada emocionalmente se produce una variedad de reacciones fisiológicas. En la corriente sanguínea de la madre se liberan hormonas específicas como la adrenalina y otras sustancias químicas. Algunas de estas sustancias pueden cruzar a través de la placenta y afectar los procesos fisiológicos del niño al nacer. Las tensiones emocionales de la madre pueden ser causa de los cólicos de los neonatos, aunque no siempre, pues existen muchos tipos de cólicos que no están relacionados con la tensión de la madre.

La actitud de la madre embarazada se refleja en su estado emocional y permite pronosticar cual será la conducta de ésta con el niño

después del nacimiento. Por ejemplo la mujer que se siente feliz de su embarazo y la que lo rechaza; el estado psicológico de la madre influye en la integridad psicológica del bebé.

CAPITULO III
EVOLUCION CRONOLOGICA

a) RECIEN NACIDO -

Durante el primer mes el bebé pasa la mayor parte del tiempo dormido; dormido o despierto puede sufrir temblores que reflejan sus estímulos en su sistema nervioso todavía inmaduro. Cuando tiene hambre y dolor llora, patalea y produce sonidos.

La respiración del recién nacido suele ser ruidosa e irregular. -- Cuando se halla despierto suele mirar fijamente pero con expresión algo ausente. Tiene preferencia por descansar sobre la espalda o boca abajo, flexiona las piernas y los brazos, cierra los puños y -- apoya la cabeza generalmente sobre el mismo lado; tiene un control limitado de las manos, tal vez se chupe el dedo y ponga la -- mano en la boca cuando tiene hambre.

Puede ver, oír, oler, es sensible al dolor, al tacto y al cambio de posición, es capaz de toser, de darse vuelta, de vomitar, de aferrarse un objeto colocado en su palma, de estornudar, de hipar, de bostezar y parpadear.

Tiene una variedad de reflejos por ejemplo: a las dos horas de nacido seguirá una luz con los ojos, sus pupilas se dilatarán en la -- oscuridad y se contraerán en la luz, chupeteará un dedo o un pezón que le pongan en la boca, volverá la cabeza en la dirección en que le toquen la mejilla o la comisura de la boca, su cuerpo reac-

cionará a un sonido fuerte y podrá doblar y extender las extremidades, con un golpecito en el puente de la nariz cierra los ojos apretadamente, con luz brillante repentina cierra los párpados, cuando se le rasca la planta del pie el dedo grande se dobla y los dedos pequeños se abren en abanico, si se le pica con una aguja la planta del pie, la rodilla y el pie se flexionan.

En posición boca abajo trata de levantar la cabeza y extender las piernas, tiene extendido el brazo del lado hacia el cual gira la cabeza, el otro brazo lo flexiona.

Los músculos más activos son los de la boca y los de los ojos, el más ligero toque en la región de la boca hará que cierre los labios y los frunza; también hará con la cabeza además de buscar algo especialmente cuando tiene hambre.

Para el llanto no efectúa ninguna articulación. Sus vocalizaciones son sonidos (ruidos) guturales y balbuceos.

En el segundo mes de vida el bebé deja de llorar al ver a su madre o con sólo oír sus pasos, también si otras personas lo acarician.

Responde con una sonrisa al rostro humano visto de frente moviéndose. Cuando llora derrama lágrimas pues anteriormente su llanto era ruidoso pero sin lágrimas. Puede arquear la espalda y mo

verse lentamente si se siente molesto, a veces da patadas en el -- aire.

Al comienzo del tercer mes el bebé trata de alcanzar y golpear objetos que se balancean pero todavía no abre los dedos en un intento de agarrar las cosas.

El bebé se vuelve más sociable, sus vocalizaciones son ahora gorgoros y arrullos que emite espontáneamente o en respuesta a personas; algunos bebés comienzan a canturrear al oír música. Ahora recibe con sonrisas y gorgoros a los miembros de su familia y a los extraños sólo les dirige una mirada reservada y vigilante.

Durante la noche duerme sin interrupción, pero también hay algunos que se despiertan no tanto por sentir hambre sino, por que desean un momento de atención de sus padres.

Anteriormente cuando estaba soñoliento y se le acostaba solía agitarse o quejarse y después se dormía, ahora como si adivinara -- que el momento de ir a la cama significa el fin de la compañía y de la actividad muchos bebés lloran manifestando pesar y cólera; el bebé que se comporta de esta manera llora un momento y se detiene si oye que uno de los padres se dirige hacia donde está él, pero si el padre se detiene antes de llegar, el niño vuelve a llorar y con mayor intensidad con intervalos de silencio como si insistiera para que sus padres llegaran hasta él.

Algunos padres no hacen caso y los dejan llorar hasta que se duermen pues ha llegado la hora de descansar.

Esto se puede resolver si se deja una luz débil encendida en la habitación del niño o bien, que éste se quede dormido en medio de la actividad familiar.

A los cuatro meses el bebé suele divertirse con el susto que le provoca la broma de uno de los padres cuando le dice "buu" también le causa gracia cuando le da hipo y ríe a carcajadas.

En esta edad tiene un peso aproximado de 6 Kg., y mide 60 cm. Cuando se le pone boca abajo se apoya sobre sus manos, cuando está boca arriba mantiene la cabeza en posición media mirando hacia arriba; si oye alguna voz mueve libremente tanto la cabeza como los ojos para averiguar de donde proviene.

Reconoce su biberón, juega con la sonaja que se le haya dado (la sacude bruscamente) levanta la cabeza y la sostiene, goza cuando se le baña.

Es posible sostenerlo sentado algunos momentos, puede estar recclinado sobre el cochecito durante más tiempo.

Comienza a ingerir alimentos sólidos como el puré.

Ahora sí extiende los dedos para agarrar algo pero el pulgar toda-

vía no se opone a los otros dedos (en algunos niños la posición del pulgar se presenta desde el comienzo) y la mano se le dobla hacia atrás. Al tratar de coger los objetos del suelo o de la mesa el niño los acorrala con el brazo y los arrastra hacia él. Cuando está agarrando algo no lo puede soltar intencionalmente sólo si cae sin darse cuenta cuando atrae su atención otra cosa o si lo golpea contra algo cuando lo mueve o bien lo frota contra su cuerpo hasta -- que se safe de él.

Si se sostiene al niño en posición erguida extiende las piernas soportando una fracción de su cuerpo. Le complace sentarse apoyado en la almohada y levantar la cabeza. Observa durante largo rato su mano y la del adulto, además reconoce la voz, las manos y el rostro de la madre, también reconoce a otros familiares que lo atienden y les sonrío como también se pone serio a la vista de un extraño.

Cuando el bebé se acerca a los cinco meses el intervalo entre los alimentos pueden extenderse hasta 4 ó 5 horas y más aún por la noche. Duerme de 2 a 3 siestas al día.

Observa sus dedos y juega con ellos, con una mano acerca la otra a los ojos para inspeccionarla y luego la lleva a la boca para gustarla; cualquier cosa que recoja la lleva a la boca, si no puede cogerla entonces acerca la boca a ese objeto.

Puede permanecer sentado durante más tiempo. Cuando está acostado sobre el vientre se apoya dejando libres el pecho y los hombros manteniendo la cabeza erguida.

Tiene preferencia por los colores intensos como el rojo, el naranja y el amarillo.

Ahora sí es capaz de aferrar objetos, de mantenerlos en su mano y soltarlos. Puede pasar un objeto de una mano a otra y para inspeccionarlo utiliza las dos manos.

No existen para él proyecciones planas; cuando se le presenta un dibujo en un cuaderno el bebé trata de cogerlos.

A finales de este mes se lleva objetos a la boca para aliviar el malestar que provoca la erupción de los dientes primarios la cual se inicia a partir de:

Incisivo central superior	7 y medio meses.
Incisivo lateral superior	9 meses.
Canino superior	18 meses.
Primer molar superior	14 meses.
Segundo molar superior	24 meses.
Incisivo central inferior	6 meses.
Incisivo lateral inferior	7 meses.
Canino inferior	16 meses.

Primer molar inferior 12 meses.

Segundo molar inferior 20 meses.

A los seis meses pesa 7 Kg., y mide 64 cm. Descubre sus pies (hay algunos que lo hacen desde los cuatro meses), al principio no los percibe como parte de sí mismo sino como objetos extraños; los toma con sus manos y los acerca a los ojos para mirarlos.

Se da vueltas completas, se puede parar sobre las piernas de un adulto poniendo rígidas las rodillas y rodeándolo con el brazo para sostenerlo.

Manifiesta temor a los extraños, en este caso manifiesta temor y se aferrará a los padres; con un poco de paciencia la curiosidad del niño vencerá y se acercará a la persona extraña.

Es muy sensible a los estados de ánimo de los padres, puede manifestar ansiedad al escuchar palabras que indican desagrado aunque se hayan pronunciado sin ningún énfasis.

Le gusta taparse la cara con la punta de la sábana; sus vocalizaciones son más maduras y empiezan a aparecer los sonidos consonantes. El intercambio de sonidos entre el padre y el hijo son de gran importancia en el desarrollo afectivo y lingüístico del niño.

Después del inicio de la erupción de los dientes primarios el bebé

comienza a mascar, inclusive la leche; la salivación aumenta y como el bebé no ha aprendido a mantener cerrada la boca y tragar - saliva suele babear copiosamente.

En esta época comienzan a desaparecer las inmunidades adquiridas de la madre antes del nacimiento por lo que se ve expuesto a contraer mayor número de enfermedades.

Durante el séptimo mes el bebé suele sentarse sin ayuda manteniendo el tronco erguido hasta un minuto perfeccionando su equilibrio. - Cuando juega con algo que está en el piso frente a él se deja caer hacia adelante hasta quedar con la nariz contra el suelo. Juega en su corralito siempre y cuando no se le deje mucho tiempo.

Cuando se le da de comer suele entretenerse golpeando objetos entre sí o contra la superficie de la mesa. Gusta mucho de dejar caer las cosas al suelo y escuchar el impacto del objeto arrojado; - este juego es aún más divertido si los padres se ocupan de recuperar estos objetos. Algunos padres se cansan pronto de este juego e intentan diversas escapatorias como la de atar el objeto a la mesa con un hilo; pero el bebé no puede percibir que el hilo sirve para izar el objeto de juego.

Cuando algún alimento no le gusta aprieta los labios fuertemente. - Algunos bebés acercan la nariz a los alimentos no familiares como

si el olor fuera determinante para probar o no la comida.

Gusta de jugar en una forma pasiva a esconderse cuando un adulto le tapa la cara con un lienzo de tela y luego lo retira exclamando "Buu". La sensación que tiene el bebé de desaparecer en broma puede transformarse en pánico si se prolonga mucho el juego.

Suele imitar los movimientos de la madre cuando rompe un huevo o cuando se espanta una mosca; usa una esponja o un trapo para secar líquidos derramados, frunce los labios como para silbar, simula toser, suele unirse alegremente a las risas de los padres aunque no tenga idea de cual es la broma.

Empieza a arrastrarse haciendo un esfuerzo de tracción con los antebrazos e impulsándose con las piernas y los pies.

Comienza a hacer intentos de alimentarse solo ensuciándose y salpicando a su alrededor, esto se debe a su escaso control muscular y a que no sabe con exactitud donde está su boca.

Al darle una galleta trata de introducirla verticalmente y se muestra desconcertado porque no entra.

A los ocho meses pesa 8 Kg., y mide 67 cm. El dedo pulgar del bebé llega a estar en completa oposición a los demás dedos así que el niño puede hacer uso de sus manos con bastante precisión; es

capaz de comer por sí mismo trocitos de alimentos, trata de agarrar granos de arena, hilitos, migajas, motitas de tela, etc.

Trata de atrapar sombras, los rayos del sol y el humo del cigarro.

Ahora se apoya en manos y rodillas y se balancea hacia adelante y hacia atrás, poco después aprenderá a desplazarse, empieza a subir las escaleras pero durante algún tiempo no es capaz de bajarlas pues piensa que el descenso se inicia de cabeza.

Comienza a manifestar resentimiento y frustración si se le quita algo.

Gusta de ser balanceado en las piernas de un adulto, rodar en la cama, ser perseguido por alguno de sus padres; es importante no strapar al bebé demasiado pronto pero tampoco prolongarlo mucho.

Uno de sus juegos favoritos es esconderse de los padres cuando -- tratan de llevarlo a bañarse, a la cama o a cualquier otra parte; -- aún no sabe que es necesario el silencio para la ocultación y rfe -- con entera libertad y hace ruido mientras se esconde.

A los nueve meses el bebé no tolera estar demasiado tiempo en el corralito, quiere explorar la casa, el patio; ahora es cuando los -- padres tienen que enseñarle los lugares peligrosos y cosas que no debe agarrar.

Es natural que se someta al bebé a exámenes médicos mensuales - en los cuales recibe una serie de inyecciones y vacunas de inmunización. Esto es causa de la adquisición del temor hacia el doctor y la enfermera. Al principio el bebé sólo reacciona cuando pincha la aguja; después cuando se acerca el médico o la enfermera; más tarde al desvestirlo para la revisión; después cuando entra en el consultorio; después en la sala de espera; después cuando se percata de que abandona su casa para ir al médico. Cuando las inyecciones son más espaciadas se puede entablar mejores relaciones con los médicos y las enfermeras.

Comienza a gritar cuando quiere algo como por ejemplo: su comida y con esto descubre por primera vez el sonido de su voz; después emitirá sonidos vocales con solo escucharlos.

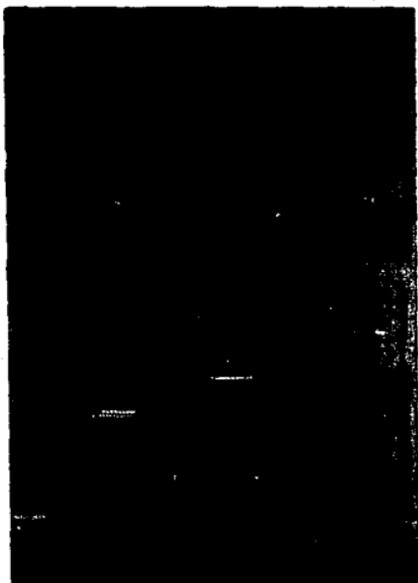
Mientras se viste, se cambia o se limpia el bebé no queda quieto y se retuerce; a veces es necesario darle un juguete para entretenerlo y hasta suele recibir su primera nalgada.

Hacia los 10 meses se reconoce en el espejo y gusta de hacer poses enfrente de él.

Aprende a jugar a las tortitas, si ve gente aplaudiendo en la televisión suele unirse a ese juego. Imita acciones tales como apagar un fósforo soplando, los movimientos del beso con los labios; y so-



*El niño recién nacido
suele mirar fijamente
pero con expresión algo ausente.*



*A los cinco meses duerme
de 2 a 3 siestas al día*



Se sienta sin ayuda y mantiene

el tronco erguido hasta un minuto.

nidos inanimados como el ruido de un auto.

Entiende por su nombre; comprende muchas cosas que se le dicen como el "no". Ya posee una o dos palabras en su vocabulario.

Las piernas ya sostienen el peso total del cuerpo. El equilibrio en posición sedente es perfectamente dominado, estando sentado -- puede moverse en varias posiciones y vuelve a recobrar el equilibrio. Cuando está parado sólo unos momentos sostiene el equilibrio.

Duerme toda la noche, durante el día hace dos siestas.

Come ya algunos sólidos como galletas y sostiene su mamadera.

A los once meses se le ayuda a pararse y mantiene por sí mismo el equilibrio aferrándose a un mueble. Suele dar unos pasos tomándose con ambas manos de los dedos de un adulto.

A los doce meses puede ponerse de pie por sí solo sin saber como volver a sentarse. Pronto aprende a dejarse caer.

b) EL NIÑO DE UN AÑO -

El primer año de vida del niño representa una etapa intermedia en la cual el niño debe perfeccionar los patrones que hicieron su aparición a las 40 semanas y se definieron hasta las quince semanas -

en las cuales gatea, presenta una posición erguida sin ayuda camina solo pero apoyándose; el equilibrio estable lo adquiere cuatro se manas después.

Frente a un agujero redondo y otro cuadrado muestra preferencia por el redondo y es probable que introduzca una varita o un dedo en él; puede colocar un cubo dentro de un recipiente, pone un objeto sobre otro momentáneamente, saca una bolita de un frasco o -- bién acomoda un cubo detrás de otro.

Cuando se le da un lápiz y un papel solo lo acerca y hace un garbato.

Muestra y ofrece juguetes a los demás, juega con su pelota bajo el estímulo de "dame y toma".

Escucha las palabras con mayor atención y las repite. Tiene dos o tres palabras más en su vocabulario y llama la atención si no -- con palabras con toses o chillidos.

El niño de un año frecuentemente ocupa el centro del grupo, tiende a repetir las acciones que le han sido festejadas.

Es capaz de sentir miedo, cólera, afecto, celos, ansiedad y simpatía; reacciona frente a la música pues le gustan los sonidos rítmicos.

En cuanto a su conducta doméstica se vuelve más independiente -- pues come solo y ayuda a vestirse.

Gusta de hojear libros, comienza a reconocer los dibujos.

Ahora sus manos están liberadas del trabajo servil de la locomoción y empuja, tira, arrastra y transporta.

Puede beber un poco de leche en la taza; gusta de palmatear y mover su mano en ademán de "adiós".

Suele hacer dos siestas diarias. El día del niño se extiende en algunos casos desde las seis de la mañana hasta las ocho de la noche.

Llega a masticar chicle sin tragárselo, come helado en barquillo; -- aprende a manejar un triciclo o un coche de juguete sin pedales; -- masca las cerdas del cepillo de dientes y se peina.

Imita del baile de los adultos y también le gusta que se le tome -- del brazo y ballen con él.

Puede desarmar y armar sus juguetes. Tiene preferencia por los juguetes grandes.

A los 18 meses camina solo y rara vez cae, se sienta por sí mismo en una silla bajita. Domina las relaciones geométricas del me



*En el transcurso del primer año
adquiere un equilibrio estable.*



*Aprende a manejar
un triciclo sin pedales*



*A los 18 meses camina solo
y rara vez cae.*



Es capaz de sentir

cólera

do físico que lo rodea. Sabe donde están las cosas, donde estaban, a donde van y a qué pertenecen.

Empez a reclamar lo "mío" y lo distingue entre tú y yo. Suele llorar cuando un compañero de juego se va. Gusta de hacer pequeños mandados en la casa.

Se ha vuelto un poco rebelde y se aferra a sus bienes mentales con la misma fuerza con que se cuelga de su madre. Los cambios repentinos trata de evitarlos echándose al suelo, retrocediendo, corriendo para esconderse, gritando o luchando y lanzando golpes al aire; esta actitud no se llega a corregir ni con disciplina severa, ni retos, ni persuaciones verbales pues las palabras significan demasiado poco para él. No existe el sentimiento de culpa para él. Al inicio del primer año aparentemente es más dócil esto ocurre porque todavía es menos maduro.

c) EL NIÑO DE DOS AÑOS -

El niño de dos años pesa aproximadamente de 10 a 13 Kg., y mide de 81 a 88 cm.

Duerme trece horas diarias y hace una siesta de una hora y media a dos horas por la tarde.

Sus piernas aún son cortas, la cabeza grande, su cuerpo aún man-

tiene una inclinación hacia adelante. Sus rodillas y tobillos son -- más flexibles y tiene un equilibrio superior por lo que puede co- -- rrer. Ya no necesita ayuda para subir y bajar escaleras; pero se ve forzado a usar los dos pies por cada escalón.

Puede saltar desde el primer escalón sin ayuda adelantando un pie al otro en el salto.

Le gusta el juego fuerte y de revolcones. Expresa sus alegrías -- saltando, bailando, aplaudiendo, chillando o riéndose de buena gana.

Mastica automáticamente, sostiene un vaso con seguridad (a menudo con una sola mano). Construye torres de seis cubos o bien hace hileras que representan a veces un tren. Empuja una silla hasta un lugar determinado y sube en ella para alcanzar algo. Puede ensartar cuentas con una aguja.

Es más amplia la acción de su memoria pues busca juguetes perdidos y recuerda lo que pasó ayer. Empez a hacer distinciones entre el negro y el blanco.

Habla frecuentemente mientras actúa y al mismo tiempo ejecuta lo que dice. Posee en su vocabulario alrededor de 300 palabras en las cuales predominan los nombres de cosas, personas, acciones y situaciones. Los pronombres "mío, mí, tú, (tíos, tías) y yo" emplezan a ser usados; aunque se siente más inclinado a llamarse --

por su nombre. Sus frases las canta. Le gusta escuchar cuentos sobre cosas familiares o sobre él mismo; con esto reafirma los conocimientos sobre el sentido de las palabras, así que al tiempo -- que escucha revive las situaciones.

Suele confundirse con los pronombres por ejemplo: yo quiere decir tú cuando tú dices yo. Un año más adelante los pronombres y los verbos lo ayudarán a identificarse a sí mismo como "yo".

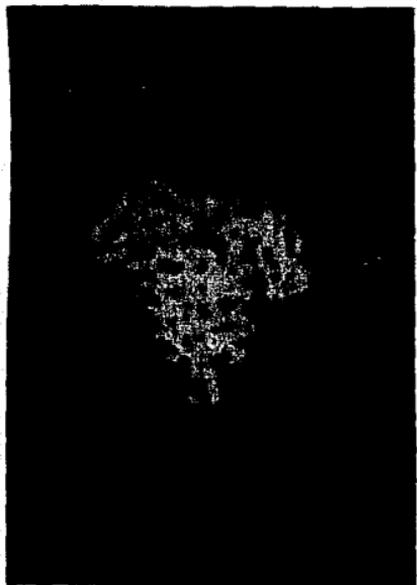
Cuando cuenta sus experiencias suele usar un tiempo pretérito; el pasado se convierte en presente; en esta situación se le ayudará hablando y así logrará comprender lo pasado. Usa palabras aisladas, en frases, y en combinaciones de tres o cuatro a manera de oraciones.

Desde el punto de vista intelectual el mérito más alto es su capacidad de formular juicios negativos (un cuchillo no es un tenedor), ha empezado a decir no en un plano elevado de la lógica.

Cuando ve su imagen en el espejo se reconoce e incluso llega a decir "soy yo", o "ese es el nene de mamá".

Por lo general se limita a juegos solitarios; a veces esconde sus juguetes para asegurarse que podrá usarlos más tarde; cuando juega en el piso lo hace inclinado o se coloca en cuclillas.

Ayuda a vestirse y a desvestirse, se saca las medias y empieza a



*A los dos años sus
piernas aún son cortas.*



*Sus rodillas y tobillos
son más flexibles.*

interesarse por el abotonamiento y el desabotonamiento de sus ropas. Cuando come utiliza la cuchara sin derramar demasiado.

Cuando se le presenta un libro de imágenes se dedica a verlo dando vuelta página por página y nombra algunas imágenes.

Si se le enseña un trazo vertical, horizontal o circular, lo imita. - Muestra síntomas de comprensión, modestia, simpatía y vergüenza. Si se le reta hace pucheros y si se le alaba sonríe.

d) EL NIÑO DE TRES AÑOS -

El inicio de los tres años señala el término de la primera infancia.

El niño de tres años se entretiene con juegos sedentarios durante un período más largo. Le atraen los lápices y los usa con más confianza, hace trazos controlados. En la construcción de torres muestra mayor control, ahora son de nueve o diez cubos. Puede doblar un pedazo de papel a lo largo y a lo ancho.

En esta edad sus pies son más seguros y veloces. Su correr es más suave y aumenta y disminuye la velocidad con mayor facilidad. Sube las escaleras sin ayuda alternando los pies; puede saltar el último escalón con los dos pies juntos; aprende a pedalear el triciclo. Su posición erguida es más completa; suele pararse durante un segundo o más en un solo pie.

Ordena cerillos en hilera a manera de tren; hace una "X" o un círculo si alguien le muestra como hacerlo.

Su vocabulario aumenta rápidamente alcanzando un promedio de mil palabras. El niño es al mismo tiempo actor y locutor, imita al repartidor, al plomero, la visita del médico, las escenas del almacén. Entiende las preposiciones "en, sobre, debajo"; canta espontáneamente al despertar canciones infantiles.

El mismo usa palabras para expresar sus sentimientos y sus deseos. Presta oído atento a las palabras y las indicaciones surten efecto. Se le puede pedir que realice pequeños encargos en la casa o por los alrededores. A veces basta una sola palabra de la madre para que su actividad se reorganice instantáneamente, con velocidad asombrosa. En algunas ocasiones ayuda a la madre a colocar la botella de la leche en el umbral de la puerta, atendiendo la recomendación de tener cuidado de no romper la botella.

Sus estallidos emocionales por lo común son breves; si bien a su madre puede tratarla con cariño y sonrisas, también es capaz de ataque violento contra un objeto físico (silla, juguetes). Puede experimentar ansiedad prolongada y sentir celos. Los celos agudos pueden hacer que un chico se revuelque por el suelo, chille y patalee. La aparición de un rival bajo la forma de un hermanito puede despertar una violenta angustia y sensación de inseguridad.

Habla mucho consigo mismo como si se dirigiera a otro yo o a una persona imaginada. Trata de hacer reír a los demás con su propia risa. Empez a manifestar un interés creciente por el juego con otros niños, además le gusta compartir sus juguetes.

Se alimenta solo y rara vez necesita ayuda para terminar su comida; puede servirse agua de una jarra, inclusive llega a mostrar interés en tender la mesa.

Demuestra mayor habilidad para vestirse y desvestirse; sabe des- prender los botones de adelante y de costado, se desata y quita los zapatos y los pantalones.

Duerme toda la noche sin mojarse y puede algunas veces atender él solo sus necesidades durante el día. Lava y seca sus manos.

e) EL NIÑO DE CUATRO AÑOS -

Corre con mayor facilidad. Puede alternar ritmos regulares de su paso. Es capaz de dar un buen salto en largo a la carrera o parado. Puede saltar intercambiando sus pies o sea un pie primero y otro después. Mantiene el equilibrio sobre un pie durante mucho más tiempo y seis meses después ya podrá saltar en un solo pie.

En el hogar es más independiente. Se abotona sus ropas y hace el lazo de sus zapatos, pero sin atarlos; se viste y desviste casi sin

ayuda, se peina y se cepilla los dientes él solo. Necesita muy pocas recomendaciones y hasta puede llegar a tender la mesa correctamente eligiendo él mismo su plato.

Al hacer un círculo lo traza con mayor precisión y en el sentido de las manecillas del reloj. Cuando dibuja dedica su atención a un solo detalle.

Su comprensión del pasado y del futuro es muy escasa. Puede contar hasta cuatro de memoria, pero su concepto numérico no va más allá de uno, dos, muchos. Si se le presentan dos líneas de diferente tamaño, sabe distinguir entre la chica y la grande. También hace distinciones entre lo bonito y lo feo.

Puede conmoverse al escuchar un cuento, puesto que el niño tiende a reproducir mediante su actitud corporal y sus ademanes lo que está oyendo.

Cuando trata de dibujar a un hombre solo le dibuja cabeza con dos apéndices y a veces también con dos ojos. Si se le presenta un dibujo incompleto de un hombre solo le agregará algunas partes ausentes (ojos, etc.). Si le agrega los ojos exclamará "ahora puede ver". Su mente es vivaz y abarca un gran terreno.

Sus interrogatorios llegan a su culminación, pues elabora e improvisa preguntas casi interminablemente, pero a diferencia del niño -

de tres años no hace preguntas cuyas respuestas ya conoce. Los ¿porqué? y los ¿cómo? aparecen frecuentemente en sus preguntas, pero no le interesa gran cosa las respuestas sino que observa la forma en que las respuestas se ajustan a sus propios sentimientos. Gran parte de sus interrogatorios proyectan una construcción verbal detrás de otra, recordando imágenes y volviendo a formular otras relaciones. Combina hechos, ideas y frases solo para reforzar su dominio de palabras y oraciones.

A veces charla solo para atraer la atención y gusta de juegos de palabras sobre todo si tiene auditorio. No le gusta repetir las cosas; en todo caso dice "eso ya lo dije antes". Puede sostener largas y complicadas conversaciones, al final llega a confundirse inevitablemente pues en sus historias mezcla ficción y realidad. Sus frases están saturadas con el pronombre de primera persona.

Es único encontrando pretextos cuando no desea hacer algo, por ejemplo: "yo no puedo hacerlo porque mamá no me deja"; "yo no puedo hacerlo porque no quiero".

Cuando se autocritica exclama así: "estoy loco"; "tengo buenas ideas ¿no es cierto?"; "yo sé todo".

Siente miedo a la oscuridad, a los viejos, a los gallos; esto nos indicará que no es tan maduro como su lenguaje parece indicar.

Por las noches trata de alargar el momento de irse a la cama, pero una vez que se acuesta se duerme en seguida durante toda la noche. Es muy poca la ayuda que requiere para ir al baño, además le gusta ir cuando hay otras personas en él.

Tiene fama de mentiroso; y por el momento debe ser considerado como un síntoma evolutivo pues dada su inmadurez no es capaz de realizar una comparación entre la verdad y la fábula. Si sus mentiras no son groseramente corregidas por sus mayores y se le da una adecuada orientación esto se solucionará.

Para jugar prefiere grupos de dos o tres niños. Comparte sus juguetes, sugiere turnos para jugar pero sin seguir un orden consecutivo. Puede ser un verdadero sargento para dar órdenes a los demás.

f) EL NIÑO DE CINCO AÑOS -

El período de la primera infancia está por llegar a su fin. Puede soportar y aún disfrutar del alejamiento de su hogar para ir al jardín de niños. Es más independiente y reservado; posee una comprensión más aguda del mundo y de su identidad.

Es más ágil y posee un mayor control de la actividad corporal. --
Brinca y salta sin dificultades, puede pararse en un solo pie sin --
perder el equilibrio. Es apto para la enseñanza de la danza, de --

ejercicios y pruebas físicas.

Sabe manejar bien el cepillo de dientes y el peine; sabe lavarse la cara. Maneja el lápiz con mayor seguridad, es capaz de dibujar una figura reconocible de un hombre, un cuadro o un triángulo.

Cuando baila lleva el compás de la música. Es capaz de guardar sus juguetes en forma ordenada. Le gusta terminar lo que ha empezado.

En la captación de los números puede contar hasta diez, es capaz de hacer algunas sumas simples y sabe decir su edad.

Sigue la trama de un cuento y repite con precisión una larga sucesión de hechos. Sabe disfrutar el ayer del mañana; y es capaz de recordar una melodía.

Cuando pinta o dibuja el primer trazo del lápiz ya va dirigido a un objetivo definido. Es más responsable, más práctico, más sensato, más exacto; en suma es más adulto.

Su lenguaje es más adelantado, habla sin articulación infantil. Sus respuestas son ajustadas a lo que se le pregunta. Sus propias preguntas son más escasas, razonables y serias.

Cuando escucha los detalles, es capaz de aislar una palabra y preguntar su significado. Usa toda clase de oraciones, su vocabulario

se ha enriquecido con 2,200 palabras en un término medio.

El juego teatral es con diálogos y comentarios de los acontecimientos cotidianos del trabajo, la cocina, el almacén, el transporte.

Distingue la mano derecha de la izquierda de su propia persona pero no en las demás personas.

La madre es una figura de suma importancia, pues está más ligado emocionalmente a ella que al padre. La obedece fácilmente, le gusta ayudarle en la casa, que le lea un libro; también suele culparla si las cosas van mal.

Es muy poco el trabajo que da para irse a dormir, al baño, vestirse o cumplir con sus obligaciones cotidianas. Le gusta barrer y lavar y secar los platos.

Si se pierde sabe decir su nombre y su dirección. Se muestra protector con sus hermanos y compañeros de juego más pequeños que él. Juega en grupos de dos a cinco niños; también juega con compañeros imaginarios. Durante las comidas se muestra sociable y hablador.

El triciclo y el monopatín son sus juguetes favoritos en la calle. En la casa lo son el lápiz y las tijeras y a veces llega a realizar colección de objetos.

Sienten temor por los truenos, las sirenas, a la soledad, a la oscuridad. Muchos niños llegan a sentir temor cuando creen que su madre los abandonará o que al despertar no la encontrarán. Sus sueños a menudo son pesadillas en los cuales aparecen animales terribles.

Su interés sexual se limita principalmente al deseo de saber de donde vienen los niños. Lo único que quieren saber es que el bebé crece en la "barriga de mamita". Rara vez demuestra interés por saber cual es el origen inicial. El uso de palabras como "semilla" o "huevo" le recuerdan las verduras y los huevos de gallina; esto servirá solo para confundirlo. Tanto las mujeres como los varones desean tener un bebé propio (muñeca).

g) EL NIÑO DE SEIS AÑOS -

El sexto año de vida trae consigo cambios fundamentales de tipo somático y psicológico. Es una edad de transición. Se refleja un aumento de susceptibilidad a las enfermedades infecciosas.

El niño de seis años es un niño cambiado, ya no es organizado ni cómodo consigo mismo ni con los demás. En algunos momentos se muestra perezoso, indeciso, sobreexigente, con arranques contradictorios de afecto. En otros momentos se mostrará cariñoso y sociable. "Pero es difícil entenderlo".

Por regla general las niñas no sufren los mismos modos de desorganización que los varones; las mujeres se adaptan más fácilmente a su estructura mental y es más flexible en contacto con el ambiente. Aún así la tendencia a reaccionar más lentamente o negativamente ante cualquier exigencia que se les plantea es similar. Las respuestas variarán con los deseos y los estados de ánimo del niño.

Si la madre trata de subrayar una orden empleando un tono firme de antemano es de esperarse una respuesta negativa por parte del niño. Ante esta presión el niño desafiará a la madre con un "no quiero". Si se recurre a la amenaza de castigo físico o si se cumple la amenaza, los resultados son por lo general contraproducentes. El niño se enfurece y en futuras ocasiones mostrará una tendencia a repetir toda esta actuación.

Son más eficaces los métodos preventivos tales como contar hasta una determinada cantidad, o mandarlo a su "silla de reflexión" o a su habitación. Tiene conciencia de la bondad y la maldad en sí mismo y quiere ser bueno. Pregunta si se comporta bien y quiere la madre impedir la maldad, pues ésta lo separa emocionalmente de ella. Demuestra su deseo de ser aceptado por la madre cuando dice "Aunque he sido malo, me quieres igual ¿verdad?". No quiere herir a la gente y lo lamenta y en ocasiones llora cuando lo hace.

Ahora el niño debe adaptarse a dos mundos: el de su casa, y el -

de la escuela. La escuela ofrece ciertos controles colectivos de los que carece el hogar. Las dificultades de adaptación crecen si la maestra posee una personalidad triste, disciplinaria, si los métodos de instrucción son muy rígidos. En estos casos las tensiones del ingreso en la escuela significan pagar un enorme tributo en la salud mental del niño.

La escuela es el instrumento cultural que debe ayudarle a refinar sus autoproyecciones dramáticas. Se identifica con todo lo que sucede a su alrededor hasta con las figuras y letras de su libro y con los números del pizarrón. En los primeros esfuerzos por copiar el alfabeto suele invertir las letras; la función de la escuela es proporcionar experiencias culturales.

Su mentalidad no está aún preparada para la instrucción puramente formal de lecturas, escritura y aritmética.

Una escuela bien dirigida es el refugio ideal. La maestra comprensiva se convierte en una especie de madre auxiliar en la cual el niño fija su afecto. La maestra no desplaza a la madre ni aspira a convertirse en su sustituta; pero refuerza el sentimiento de seguridad del niño en el mundo extraño que se extiende más allá de su casa.

Se muestra inquieto en su casa. Juega dentro y fuera de su casa y

parece no saber donde quiere estar. Está en una actividad constante, trepando árboles, brincando y danzando en las habitaciones.

Le gusta luchar con su padre o con su hermano, pero esto puede terminar en desastre pues no sabe cuando detenerse.

Sus descargas tensionales llegan a ser un punto culminante e incluyen arranques de gritos violentos, ataques nerviosos y golpes a los padres. El niño puede llegar a perder completamente el control y la madre necesita intervenir y llevarlo a su habitación, dejarlo durante un breve lapso y volver luego para ayudarlo a superar sus dificultades. También tiene una difusión de energía tensional, y agita y balancea las piernas, se muerde las uñas de las manos y de los pies, rechina los dientes.

Su apetito puede ser tremendo. Algunos niños se pasan todo el día comiendo y comen más entre comidas que durante ellas.

El desayuno es la comida más pobre y puede ir acompañado de dolores de estómago, náuseas y vómito; se prefiere una dieta líquida de leche y jugos de fruta. En ocasiones suele pedir porciones mayores que las que puede comer.

A la hora de dormir algunos niños prefieren que sea el padre quien los acueste y responden a él más dócilmente. Para otros significa un estímulo excesivo. Algunos niños no duermen hasta que el pa-

dre les de el beso de buenas noches. Pero aún así la madre sigue siendo la preferida para las charlas antes de dormir.

Los elementos naturales como el fuego, el trueno, la lluvia, el viento, despiertan su temor. También teme a los duendes y fantasmas que atraviesan las paredes, al hombre oculto bajo la cama. Si ve a un niño con una pierna enyesada siente cierto temor y se espanta. Continúa su temor a algo que le puede suceder a su madre, e inclusive siente temor de que ella pueda morir. Un temor difícil de comprender es al más pequeño daño corporal que pueda sufrir, por ejemplo: un rasguño, un pinchazo de aguja hipodérmica, la vista de sangre.

A menudo las experiencias llegan al niño prematuramente; por ejemplo: las películas cinematográficas de terror o donde aviones envueltos en llamas se precipitan a tierra o donde aparecen animales gigantes y monstruosos; en los cuentos donde los osos se comen a los niños o la princesa convertida en piedra. Se le debe de ofrecer al niño un ambiente comprensivo para protegerlo de ciertas experiencias hasta que tenga una relativa capacidad para afrontarlas.

No debe obligarse a un niño de esta edad a acumular lecturas de párrafos y párrafos en su cerebro, cuando sólo tiene capacidad para dos letras.

Las pesadillas son ahora menos comunes. Los niños en especial -

siguen sufriendolas sin poder decir con que sueñan durante su transcurso. Por lo regular aparecen animales salvajes como tigres, -- serpientes, etc., que no solo se meten a su cama sino que lo persiguen y lo muerden.

Los seres humanos ocupan ahora un mayor lugar en los sueños del niño. Sueña con sus padres, hermanos, compañeros de juego. -- Las niñas por lo general sueñan que la madre ha muerto, o que es tá herida; o que ella y su madre fueron asesinadas.

Los niños sueñan que sus padres lo han abandonado y está solo en la casa o bién que la casa de la esquina se incendia o que se incendia otra casa más cercana a la suya y finalmente que se incendia su propia casa. Los animales domésticos como: el perro, el gato, el caballo, forman generalmente parte de sus sueños buenos. Cuando sueña con sus compañeros de juego sus sueños son más felices. A menudo ríe mientras duerme o habla en voz alta.

Ahora el niño se interesa por el matrimonio, el origen del bebé, -- el sexo opuesto. Los hechos de la relación sexual escapan aún a -- su comprensión. Algunos niños que han sido informados a este -- respecto por niños mayores generalmente acuden a su madre para rechazar o confirmar esa información; después abandonan el problema demostrando escaso interés hasta los ocho años.

En ocasiones el niño añora la época en que era un bebé y trata de recuperarla, sobre todo si hay algún hermanito más pequeño que él y lo imita poniéndose pañales, hablando en forma infantil, se orina en la falda de su madre.

Se ríe a veces incontrolablemente ante palabras que reflejan necesidades fisiológicas como: "pi-pí"; "po-po". Algunos niños se divierten orinándose uno a otro y las niñas pretendiendo que son varones y quieren orinar de pie. Los niños demuestran interés por descubrir sus genitales ante las niñas y éstas a quitar los pantalones a niños menores.

Se interesa por saber como sale el bebé de la "panza" de su madre. Llega a pensar que sale por el ombligo pues le resulta difícil aceptar que existe una abertura que sirve de salida para el bebé.

En sus pasatiempos le gusta dibujar una casa con un árbol al lado, pintar y colorear, recortar y pegar figuras. Tanto a las niñas como a los niños les gusta pasear en bicicleta, nadar, jugar a las escondidillas, patinar sobre ruedas.

A los niños generalmente les gusta jugar con un tren eléctrico, jugar a la guerra, a los vaqueros, a policías y ladrones; les atraen los barcos y los aviones. A las niñas les gusta jugar a la escuela

ta, a la casita, a las muñecas. El papel de madre es el predilecto; algunos niños que intervienen en este juego les gusta interpretar el papel de padre.

Lleva a la escuela muchas cosas como: animales de juguete, muñecas, flores, insectos, etc., para mostrárselos a sus compañeros y especialmente a la maestra.

A su casa suele llevar sus dibujos y trabajos de carpintería para enseñárselos a sus padres pues para él la opinión de éstos significa mucho. Lo mismo cuando ha podido dominar la primera lectura llega a su casa demostrando su triunfo; y es de esperarse que los padres no le criticarán ni le harán notar los errores en este preciso momento.

De los seis a los doce años cambia toda su dentición, por lo cual el niño tendrá una dentición mixta, esto quiere decir que no todos los dientes cambian al mismo tiempo y por lo tanto encontraremos dientes primarios y dientes permanentes a la vez. Los dientes permanentes empiezan a erupcionar a partir de:

7 - 8 años	Incisivo central superior.
8 - 9 años	Incisivo lateral superior.
11 - 12 años	Canino superior.
10 - 12 años	Primer premolar superior.

11 - 12 años	Segundo premolar superior.
6 - 7 años	Primer molar superior.
12 - 13 años	Segundo molar superior.
17 - 21 años	Tercer molar superior.
6 - 7 años	Incisivo central inferior.
7 - 8 años	Incisivo lateral inferior.
9 - 10 años	Canino inferior.
10 - 12 años	Primer premolar inferior.
11 - 12 años	Segundo premolar inferior.
6 - 7 años	Primer molar inferior.
11 - 13 años	Segundo molar inferior.
17 - 21 años	Tercer molar inferior.

b) EL NIÑO DE SIETE AÑOS -

El niño de siete años ha alcanzado un nivel superior de madurez. - "Ahora es un niño bueno", dicen los padres y es lógico pues está en una nueva etapa de crecimiento.

Atraviesa por períodos de calma y de concentración; abstraído del mundo exterior elaborando interiormente sus impresiones y reviviendo y reorganizándolo sus experiencias.

Le gusta escuchar la radio, un cuento dos o tres veces y mientras lo escucha puede estar acurrucado en un sillón o estirado cuan largo es en el suelo.

Sus sentimientos necesitan nueva y sutil consideración, solo así será una agradable etapa para el niño. Necesita tanto de momentos de reflexión como de acción.

Realiza sus adaptaciones por medio de su vida interior y de su -- comportamiento externo. La vida interior es el aspecto oculto que requiere de nosotros cierta deferencia, no podemos hacer justicia - a la psicología del niño a menos de reconocer la importancia de su actividad mental privada. Ello explica sus ocasionales períodos de cavilación, tristeza y lamentación.

Comienza a ver a su madre desde un nuevo punto de vista, con -- cierto grado de separación respecto a ella y nuevas adhesiones a - otras personas.

Para hacer algo piensa mucho las cosas y cuando ha llegado a una conclusión corre a proclamar su idea. Tiene buenas intuiciones y se atiene a ellas.

Con frecuencia ansía tener un hermanito o hermanita. Revela un - nuevo interés por su padre y por los compañeros de juego mayores que él.

En la escuela es donde refleja más su actividad social. Los varones son más propensos a querer a la maestra y pueden tener una - relación muy estrecha hacia ella, se llena de alegría cuando le son

rfe la maestra; trae una manzana para ella; le agrada estar cerca de ella, tocarla y hablarle. Al comenzar una tarea pregunta: ¿Comienzo ahora? como si no pudiera hacerlo sin confirmación verbal. La maestra se compromete a una relación más personal con cada uno de sus alumnos.

La escuela y el hogar son ahora esferas muy separadas. Al niño no le gusta que la madre lo acompañe hasta la escuela ni que la visite a menos que sea una junta en la cual estarán presentes otras madres. Mientras se encuentre en su grupo éste ignorará su presencia.

Prefiere acumular sus papeles en el pupitre que llevarlos a su casa o guardarlos en una carpeta y cargar la carpeta en algunas ocasiones.

Cuando entra al aula lo hace ruidosamente y conversando. Mientras trabaja se le ve tranquilo y callado, escribe con la cabeza apoyada en el antebrazo. Cuando se cansa de una tarea lo manifiesta empujando el pupitre, levantándose de su asiento, silbando, emite diferentes ruidos, hasta que se unen todos los niños y el salón de clases es un verdadero escándalo. Esto son señales que indican a la maestra que debe de pasar a otra actividad.

A la hora del recreo por lo general le gusta el juego colectivo.

Cuatro o cinco niños pueden tratar de jugar juntos para construir casas, disparar aviones, jugar a los comandos, conversar y pasear en compañía. Pero hay algunos que prefieren juegos solitarios en el columpio, en los aparatos de gimnasia, saltar la cuerda o jugar con una pelota.

Le agrada hacer cosas para su padre y su madre siempre y cuando no le tenga mucho tiempo ocupado. Emplea el pronombre plural "nosotros" cuando se refiere a sí mismo y a su madre.

Los cambios de ánimo van desde el niño dulce y bueno hasta el malhumorado y lloroso.

Comienza a tener conciencia de las actitudes de sus compañeros, así como de sus actos. Se avergüenza si le ven llorar. Los ataques de cólera están por desaparecer, en lugar de ellos el niño se retira de la escena y se refugia en su mal humor o saliendo rápidamente dando un portazo. En estos estados de ánimo suelen surgir conflictos sin importancia como inventar coartadas y acusar a los demás.

Cuando las cosas no marchan bien en casa llega a tratar de escaparse de la casa, incluso prepara una valija y se sale de su casa pero no va más allá de unos pocos metros. Luego medita y se pregunta "¿porqué habré sido tan tonto?". Su enojo se dirige con-

tra sí mismo por sus acciones. Si no puede leer un libro lo tira; si golpea o lastima con algo lo rompe.

Quiere ser perfecto. Solo lleva a casa los trabajos que han merecido una buena calificación. Le preocupan sus errores, incluso le avergüenzan. No acepta las correcciones y trata de disimular su error diciendo: Eso es justamente lo que quise decir.

Muchos temores que antes no se podían resolver ahora encuentran solución como: el miedo al sillón del dentista, el de nadar con la cara bajo el agua; pero aún sigue existiendo miedo a sus labores escolares porque no sabe cómo comenzarlas, teme ser tímido, o al castigo físico. Quizá tema su propia sombra dada su incapacidad para interpretarla y comprender sus propios movimientos.

La mayor parte de sus sueños se refieren a él mismo. Tiene sueños maravillosos en los que vuela y flota en el aire. Algunas películas cinematográficas y algunos programas de televisión le provocarán malos sueños. Aún necesita considerable supervisión al seleccionar sus programas y películas. Puede soñar con situaciones embarazosas como por ejemplo: mojar la cama, lo que puede coincidir con una verdadera micción nocturna.

Ahora es menos probable que el niño se dedique al juego sexual. Evitará incluso toda posible exposición de su cuerpo al desvestirse

o al ir al baño. Demuestra interés en contar con un nuevo bebé en la familia y si está por llegar ese nuevo bebé le emociona sentir el movimiento del bebé contra la pared abdominal de la madre. Casi siempre desea que este nuevo bebé sea de su mismo sexo. Comprendé que tener hijos es un hecho que puede repetirse y pregunta a la madre cuantos niños más tiene en el estómago. También percibe que mujeres más viejas no tienen niños.

Se conforma con saber que una semilla de la madre y otra del padre se unen para iniciar la formación de un nuevo bebé, más no se interesa aún en saber como llegó la semilla del padre a la madre. Le preocupan más los pormenores del nacimiento pues a veces piensa que es necesario abrir en dos a la madre para sacar al bebé. Quiere saber de que tamaño es, como se alimenta, si se enfermará en caso de enfermarse la madre y cuanto tiempo hay que esperar para que nazca.

Puede verse envuelto en un idilio sentimental, si ya sabe escribir y deletrear envía mensajes diciendo: ¿te gusto? si o no?. Incluso si la relación progresa llega a hacer proyectos para casarse y en sus proyectos está el regresar a casa de su madre después del casamiento.

Le gusta ayudar en las tareas domésticas sobre todo los sábados por la mañana; corta el pasto, tiende su cama, prepara la mesa, -

hace encargos. Algunas veces su ayuda no es uniforme; se cansa pronto de la tarea y desea cambiar a otra.

Son buenas las relaciones del niño tanto con la madre como con el padre. Los varones especialmente gustan de largas caminatas en compañía del padre. Las niñas son más sensibles a cualquier reprimenda del padre y pueden sentirse celosas a cualquier atención que éste dispense a la madre.

Desea hacerse un lugar en el grupo familiar principalmente si existe otro niño. Si ha estado compartiendo su cuarto ahora desea uno para él solo. Por lo general es muy cariñoso con su hermano (a) menor. Si se trata de un bebé hacia el cual asume el papel de -- hermano (a) mayor; quiere llevarlo en brazos, darle su biberón, etc. Si la diferencia de edades es menor, juega con él, lo cuida y lo protege. Aún así en algunas ocasiones muestra inclinación por burlarse, empujarle y refir con él. Entonces es aconsejable la separación; tiende a sentir celos y pensar que goza de mayores privilegios que él. Si tiene un hermano mayor lo admira y a menudo está sometido a su influencia.

Algunos niños juegan mejor en casa y otros fuera de ella. Los juegos dentro de casa a menudo constituyen estímulos intensos y pueden hacer que el niño se comporte como salvaje.

En los juegos colectivos suelen surgir riñas, pero en algunas ocasiones aún se resiste a pelear y oculta su temor mediante una abundante conversación. Es probable que varios niños se agrupen y formen una pandilla.

Comienza a aparecer una discriminación por el sexo opuesto. Los varones no admiten la molestia de las niñas y éstas no creen que ellos se comporten correctamente.

(1) LOS NIÑOS DE OCHO AÑOS -

El niño de ocho años es una versión elaborada del niño de cuatro años. Pero podemos comprenderlo mejor.

Comienza a parecer más maduro incluso físicamente y suele llamarse niño-adulto. Es menos retrasado que a los siete años; es más rápido en sus propias reacciones y comprende mejor las reacciones de los demás.

Es más sano, sufre menos enfermedades contagiosas y se recupera más rápido de ellas.

Los accidentes son causa principal de muerte en esta edad, en primer lugar los accidentes automovilísticos, las caídas, etc. Es un desenfrenado como el niño de cuatro años.

Las descargas tensionales son mínimas; la más frecuente es la de

orinar cuando algo le desagrade o que algo escape de sus posibilidades. Es una reacción de origen emocional en la cual hay una -- reacción interna. También la risa intensa produce una descarga in voluntaria de orina.

Le atraen las cosas difíciles y le gusta afrontar cualquier situación -- pues ahora es menos sensible y menos retraído. Cree saber más de lo que en realidad sabe. Está lleno de impaciencia y quiere -- que las cosas se hagan en seguida.

El niño necesita frecuentemente la atención completa de una persona; necesita que se le ayude para hacer alguna tarea apoyándolo -- con elogios y aliento.

Exige mucho de la madre pero al mismo tiempo pone mayor oposición a sus órdenes. En algunas ocasiones sus oposiciones son con un rotundo "no", en otras dirá: "estoy ocupado", o "bueno lo haré después"; en estos casos debe darsele tiempo a que acceda a lo pe dido.

Cuando está cansado estalla en llanto o ríe sin motivo y sin que -- sea posible controlarlo. Se siente desilusionado por algo que quería con mucho afán y que le ha sido negado. En ocasiones llora -- ante un episodio dramático de una película o de un cuento. Si llega a enfurecerse con la madre a punto de cólera y con verdadero -

rencor le dirá palabras que la hieran y algunas veces tratará de golpearla o de golpear a sus hermanos; en estos casos es necesario reprender al niño sin castigos físicos y él lo comprenderá.

Sus sueños son sobre acontecimientos diarios y con cosas agradables. Sus sueños de terror a menudo están influenciados por alguna película, por la radio o la lectura.

Aún conserva algunos de sus temores de los seis años pero ahora los afronta con valentía y decisión. Siente temor de pelear, de fracasar, de que se rían de él, a la oscuridad. En ocasiones las niñas sienten temor de los hombres extraños.

Es muy hábil para dramatizar. Su llanto fingido puede parecer tan realista que engañará a los demás. No le agradan las advertencias continuas que necesita a los siete años. Ahora se usarán indirectas mediante palabras o miradas.

Se identifica con facilidad con los personajes de los libros, de los programas de televisión, con las películas cinematográficas. En ocasiones desea ver películas que ven los adultos o acostarse más tarde y necesita que sus exigencias sean satisfechas en parte como se le hizo a los cuatro años cuando se le permitió cruzar solo una calle segura y luego aceptó la mano del adulto para cruzar una avenida.

Algunos niños especialmente los hombres aún buscan algunos hechos referentes a los recién nacidos y al embarazo. Las niñas son más exigentes y preguntonas en cuanto a los hechos; puede ir más allá y preguntar como el padre pone la semilla en el cuerpo de la madre. Si la niña no logra esta información la buscará con sus compañeras de escuela. A menudo resulta difícil a la madre explicar a su hija estos hechos, pero no debe temer pues la niña está dispuesta a aprender y acepta con facilidad el hecho de que el padre coloca el órgano sexual masculino en el órgano sexual de la madre. Puede desencadenar un sin fin de preguntas las cuales son fáciles de contestar según las exigencias de la niña. Los varones demuestran menor interés en obtener esta información por parte de la madre. Cuando lo hacen por lo general esperan el momento de ir a la cama cuando las luces están apagadas y hacen esta clase de preguntas a su madre.

En casa el comportamiento de un niño de ocho años es un poco rebelde. Le disgustan las antiguas tareas de secar los platos, ordenar su habitación, etc. Ahora su colaboración depende de su estado de ánimo. Los niños prefieren quemar la basura o las hojas secas. Tanto las niñas como los niños gustan de preparar tortas gigantes o bizcochos.

Le agrada ver su casa limpia, es muy cuidadoso con las cosas que

significan mucho para él, como por ejemplo; su libro de cuentos, - sus pistolas, su pupitre, etc.; pero en lo demás necesita ayuda por parte de la madre para planear sus actividades.

Le agradan las recompensas monetarias y esta es una ocasión en - que puede enseñarse al niño mediante un estímulo el valor del di-
nero.

La relación entre madre e hijo es muy complicada, pues él quiere absorber todo el tiempo y toda la atención de la madre, sigue to- - dos y cada uno de sus pasos durante el día. Lo que la madre hace por el niño es importante pero es más importante lo que ella pien-
sa y siente por él.

Cuando la madre comete un error que afecta directamente al niño - es muy difícil que él llegue a perdonarla inmediatamente.

La madre sigue siendo el ser más querido, aunque el padre recibe cada vez mayor dosis de cariño y afecto.

La relación del niño con sus hermanos menores sigue siendo buena solo que ahora ha perdido su actitud de hermano mayor. Con fre-
cuencia tienen pleitos pues le gusta hacerlos enojar. Si está al cui-
dado de un hermano menor se muestra estricto. Si la adaptación -
entre dos hermanos es muy pobre es conveniente una relativa sepa-
ración.

Comienza a haber una separación entre hombres y mujeres. Como regla general las niñas son las primeras en separarse de los niños y se trata por lo general de un alejamiento silencioso, los niños se muestran bruscos y groseros con ellas.

Comienza a adquirir modales de sociedad. Se comporta mejor fuera de casa, le gusta hacer visitas y viajes; dirige con facilidad la palabra a extraños. Usa bien el teléfono y es capaz de redactar mensajes sencillos.

Los juegos de mesa como los naipes, damas y el domino, están en su apogeo, así como los cometas, aviones, o trompos. Los niños construyen modelos de aviones o los dibujan, también llama su atención los trenes eléctricos y los equipos de química. Las niñas gustan de mezclar ingredientes para hacer panecillos y pastelillos. --
Hace colección de muñecas de papel.

Le gusta mucho ir a la escuela y hasta le disgusta quedarse en casa. Los varones generalmente tienen mayor dificultad para prepararse para ir a la escuela, se necesita darles una motivación. Le agrada traer los trabajos a casa; relata a su madre su estancia en la escuela y la madre disfruta de esta información.

Ahora la maestra no es tan importante como la de grados anteriores para el proceso de adaptación. Cuando el niño entra en el --

aula lo hace con entusiasmo. Durante la clase se muestra ansioso de hablar y responder a todas las preguntas. Trabaja con mayor independencia y no necesita la proximidad de la maestra.

j) EL NIÑO DE NUEVE AÑOS -

El niño de nueve años está en una etapa intermedia entre la niñez y la adolescencia. Adquiere mayor autosuficiencia que modifican sus relaciones con la familia, con la escuela, con sus compañeros.

Se mantienen buenas relaciones con él, asume mayores responsabilidades, es más independiente y digno de confianza y obediente.

Planifica cada una de sus actividades; le gusta terminar lo que ha empezado. Un pedido de la madre puede interrumpirlo y obedece de buena manera y luego retorna a su actividad. Aplica su mente a las cosas por propia iniciativa o con ligeras sugerencias por parte del ambiente. Parece faltarle tiempo para sus tareas rutinarias. Llena sus momentos de ocio con alguna actividad útil.

Hay una disminución de las descargas tensionales. Muy pocos niños se chupan aún el dedo en intervalos poco frecuentes. La liberación de descarga tensional más común es la de pellizcarse los dedos, despegarse la cutícula, se pasa la mano por el cabello o arrastra los pies.

Sufre muy pocos temores pero le aquejan numerosas preocupaciones como los pequeños errores que comete, o un fracaso en los estudios.

Su dormir es tranquilo pero a menudo se ve agitado a causa de sus pesadillas. Unos niños se despiertan gritando, se sientan en la cama y luego se dirigen a la cama de la madre. Otros niños saben que han estado soñando y se tranquilizan rápidamente y tal vez no puedan recordar sus sueños.

En sus pesadillas suelen aparecer animales que lo persiguen, que está herido, muerto o secuestrado. El asesinato desempeña un papel muy importante, puede soñar que su mejor amigo o su madre han sido asesinados; o bien destrozos que se producen por incendios y tempestades. La mayoría de sus pesadillas están influenciadas por el radio, el cine, la televisión o un libro.

También tiene sueños placenteros que son la minoría y casi nunca los recuerda.

Las contestaciones descorteses y los pequeños pleitos que existían entre el niño y la madre son poco frecuentes. El niño está tan atareado con su propia vida que exige mucho menos de su madre.

Necesita que se le recuerde constantemente las cosas como lavarse las manos antes de las comidas, lavarse los dientes o colgar sus

ropas. Le agrada llevar recados o que se le comisione para ir a algún lugar suficientemente lejos como para viajar en camión.

No necesita la seguridad de una recompensa para prestar ayuda; el dinero ya no es tan importante como un año antes.

No es necesario que la madre esté en casa cuando él vuelva de la escuela. Con una nota se le puede indicar donde se encuentra y más aún se le puede confiar la llave para que se haga cargo de la casa mientras la madre regrese.

No es difícil disciplinarlo, en ocasiones basta con una mirada de la madre para controlarle.

No se requiere la presencia del padre tan activa como antes; siente mucho cariño hacia él, le complace tener discusiones sobre diversos asuntos.

No presenta problemas en cuanto a su relación con sus hermanos menores o mayores.

Elige como amigo íntimo a alguien de su propio sexo. Existe cierta tendencia a la crítica del sexo opuesto. La atracción entre varones y niñas persiste, pero el juego en conjunto no abunda. GUSTAN de un juego colectivo pero entre personas de su mismo sexo y así empiezan a formar clubes, como el "club de recortes", "club de costura", etc.

Para la organización del club usan escondites, claves secretas, lenguaje secreto, etc. Pero no dura mucho tiempo pues a esta edad - muchos niños prefieren los clubes que están supervisados por adultos.

Es correcto en sus modales. Al levantarse de la mesa pide permiso, saluda a las visitas estrechándoles la mano.

Le gusta la escuela y ahora es más responsable de su llegada temprano; con frecuencia se le olvida algún material que necesita para los trabajos de la escuela aunque lo haya colocado a la vista o junto a su demás material. Le gusta relatar sus actividades domésticas en la escuela más que relatar sus actividades de la escuela en casa. No habla mucho de su maestra pues está ligado más a sus materias que a ella.

El rechazo de una maestra puede ir unido al rechazo de una materia sobre todo si tiene más de una maestra, incluso la culpa por una mala calificación.

En el aula es más ordenado y le gusta cumplir con sus tareas con mayor rapidez. Es más silencioso al entrar al aula; algunos niños necesitan de la palabra de la maestra para empezar a trabajar. -- Al finalizar la hora escolar se produce una agitación general, algunos niños se apresuran a salir del aula, otros esperan a terminar.

lo que están haciendo y otros tal vez no salgan a recreo si están muy interesados en su trabajo. Existe una competencia con los compañeros y en algunas ocasiones se mostrará resentido si le supera alguien o impaciente con un compañero menos inteligente. Le agrada obtener buenas notas y trabaja duro para obtenerlas. El fracaso puede desalentarlo y en estos casos necesita más que aislamiento atención individual.

Se impone un grado de disciplina: ante una tarea desagradable, se pone a trabajar sin dilación. Si se le da una meta se apresura a llegar a ella.

En la lectura prefiere leer en silencio pues le desagrada hacerlo en voz alta y delante de todos sus compañeros. La caligrafía especialmente en las niñas es más pequeña y hecho con menos presión.

Los niños hacen amistad más estrecha y actúan más en grupo que las niñas.

El interés en la reproducción es menor sobre todo si ha contado con suficiente información y ésta le haya satisfecho. Se resiste a exponer su cuerpo a miradas ajenas. Está interesado en los pormenores de su propio sexo, incluso busca información en enciclopedias o libros de consulta. Generalmente las niñas han recibido información sobre la menstruación. Rara vez se mezclan los niños con las niñas en una fiesta de cumpleaños. A menudo dos varones

tienen una misma amiga o dos niñas el mismo amigo sin que existan celos.

k) EL NIÑO DE DIEZ AÑOS -

Se enfrenta a situaciones con sinceridad. No teme hacer preguntas. Está lleno de buena voluntad sin ser exagerado.

Los juegos en la calle son su felicidad, le gusta andar en bicicleta, jugar pelota, etc.

En ocasiones vuelve a llevarse los dedos a la boca o bien que se coma las uñas a consecuencia de sus tensiones y nerviosismo.

Los temores casi han dejado de existir. El miedo a los perros, a la oscuridad están casi por desaparecer.

Aún siente preocupación por llegar temprano a la escuela, o la pérdida de una cartera. Su expresión emocional más común es la ira; puede parecer tranquilo y de pronto, estalla en ligeros ataques de ira; entonces pega con los puños, da puntapiés y muerde. Si el niño tiene más dominio descarga su cólera con palabras, gritando, abandonando la habitación y dando patadas en el piso. Lo más característico de sus ataques de cólera es que desaparecen en pocos segundos.

Las niñas por lo general lloran en su ataque de ira. Al igual que

la aparición repentina de ira hace su aparición ataques de cariño - por sus padres y los expresa en abrazos y besos.

La palabra familia adquiere ahora su verdadero significado pues ante sus ojos no hay otro padre u otra madre que supere a los suyos.

Su hogar es perfecto y hasta con sus hermanos en ocasiones mantiene buenas relaciones siempre y cuando no lo fastidien todo el día; con sus hermanos de menos de 5 años se lleva mucho mejor, se muestra cariñoso, ayuda a cuidarlos y lo que le gusta más es leerles en voz alta.

La madre vuelve a ser el centro de su vida; tanto los varones como las niñas se llevan bien con ella. No solamente dependen de ella sino que la admiran y la imitan. Las niñas en especial le confían sus secretos y no tardan en parecer chismosas; pero tienen la necesidad de sentir en la madre a una amiga y de confiar en ella.

Particularmente a los varones les gusta sorprender a su madre llevándole el desayuno a la cama.

El padre también es sumamente importante, un hogar no es realmente un hogar sin padre que en muchas ocasiones sobrepasa a la madre y es objeto de idolatría e idealización especialmente por parte de las niñas las cuales se sienten heridas si reciben una reprimenda.

menda por parte de él. Al niño lo que más le agrada es compar-
tir con su padre viajes, caminatas, practicar algún deporte (nata-
ción y juegos de pelota).

Con respecto a sus amigos, todos los días quiere llevarse uno de
la escuela a su casa; pero al que más quiere es al amigo del ba-
rrio, al que puede ver a cualquier hora del día. Es de sorprender
se de todo lo que platica con el amigo y todo lo que sabe de él co-
mo su nombre completo, edad, la hora en que se acuesta, etc.

Entre las niñas las rabeletas y las decisiones de no jugar son más
frecuentes. En algunas ocasiones los niños llegan a incluir en su
grupo de juego a algunas niñas; y por lo general éstas son las "ma-
churras". Muchas veces son estas niñas las que se tornan más fe-
meninas al llegar a la adolescencia.

El juego es la meta de todos los niños de esta edad; ya juegan beis-
bol, pasean en bicicleta, patinan sobre ruedas o sobre hielo, se ti-
ran del tobogán, nadan, trepan, reman y sobre todo corren. Es
posible que ciertas niñas sean más veloces en las pruebas de ca-
rreras que los varones.

Los animales principalmente los domésticos representan un enorme
interés. Algunos niños demuestran una gran capacidad para cuidar
un perro o un gato.

Es más maduro y él lo sabe por eso es que en ocasiones se le oye decir: "esos chiquillines (nueve años) no dejarán nunca de jugar con sus pistolas"; cuando hace apenas seis meses él jugaba igual; o -- bién las niñas que se enloquecían jugando con muñecas ahora tal -- vez lo consideren infantil.

Dedica parte de su tiempo en coleccionar tarjetas postales, estampillas, libros, chucherías, figuritas, etc. En realidad lo que hace es acumular y no coleccionar pues todavía no tiene paciencia ni capacidad de clasificar.

Otra actividad que atrae preferentemente a las niñas es escribir -- obras teatrales, disfrazarse y representarlas. Algunas cosen para sus muñecas y otras tejen.

Los varones con habilidad dibujan máquinas, planos arquitectónicos, aviones y cohetes.

Le gusta crear clubes con entidades misteriosas pero como el niño de nueve años siente más entusiasmo por el club de exploradores.

Le disgusta faltar a la escuela porque le parece que se atrasa tanto que nunca se pondrá al corriente. Quiere a la maestra y le gusta aprender. En la mañana hace los preparativos para ir a la escuela con tranquilidad. La administración del tiempo y el cuidado de las cosas que le pertenecen son su mayor responsabilidad.

Toma sus estudios en serio. A algunos niños les gusta la geografía; les apasiona situar los estados, los ríos, montañas, ciudades, lagos y mares en el mapa. A otros les gusta hacer dictado. Se sabe de memoria poemas largos y los recita con expresión acertada pero casi nunca los comprende.

Las niñas parecen hallarse a un mismo nivel que los varones en cuanto a tamaño y madurez sexual. Pero en realidad la mayoría de ellas se encuentran en un período que va de los diez y once años en los cuales aparecen los primeros signos que marcan la proximidad de la adolescencia. Su cuerpo infantil sufre un pequeño ablandamiento y redondeamiento especialmente en la región de las caderas. En el área del pecho se torna una ligera proyección de los pezones, la cintura se destaca más, los brazos son más redondos. Se inicia un crecimiento rápido en altura. Cierta número de niñas presentan un ligero vello en el púbis; unas pocas comienzan a menstruar. Debido en gran parte a su desarrollo sexual más rápido las niñas son mucho más concientes del sexo que los varones aunque menos francas. No les gusta hacer cuentos referentes a las cuestiones sexuales o al proceso fisiológico de eliminación, aún con sus madres. No obstante pueden tener la suficiente curiosidad por averiguar si el padre le "hace eso a la madre".

Cuando empieza el desarrollo de sus senos a menudo se queja de

dolor y comezón en la región de los pezones. Algunas niñas sienten pena y no saben si echar los hombros hacia atrás o hacia adelante para disimularlo. Llegan a enterarse de la menstruación por muchos conductos; consiguen libros, los cuales tienden a esconder cuando se acerca alguien. Frecuentemente formulan preguntas sobre toallas higiénicas notando que la gente hace todo un misterio de ellas.

El crecimiento de los varones es más lento, no ha cambiado gran cosa en su constitución física. No se observan todavía rastros de maduración sexual más que en una pequeña porción de niños.

Hace pocas preguntas y generalmente las hace en un momento inoportuno. A la mayoría les interesan los libros de fácil lectura sobre la gestación y el nacimiento de los seres humanos. Muchos niños tienen conocimiento ya de las relaciones sexuales. Les interesa el papel que desempeña el padre y reconocen la posibilidad de que ellos llegarán a ser padres algún día.

A algunos niños no les gusta que los vean cuando se están bañando o vestirse delante de la hermana o de la madre y estos mismos son por lo general los que empiezan a incorporar a su vocabulario malas palabras referentes al sexo y a las funciones de eliminación; su habilidad para memorizar les permite acumular un gran repertorio de estas para expresarlas o bien para escribirlas en las pare-

des de los baños.

1) EL NIÑO DE ONCE AÑOS -

La llegada de los once años marca el inicio de la adolescencia con nuevas formas de conducta y con la afirmación de la personalidad.

A los once años el niño es inquieto, salta en las sillas, si está sentado se mece hacia atrás y hacia adelante, alza los brazos sobre su cabeza, alza las manos detrás de la nuca y se estira. Si tiene un objeto en las manos lo tira hacia arriba y lo recoge en el aire.

Rompe a reír frecuentemente sobre todo cuando no está seguro, habla con rapidez, revela cierta falta de control en la voz, es sumamente ruidoso y sobrepasa en gritos a los demás. Zapatea por toda la casa y realiza toda clase de alborotos.

Se observa una gran tendencia a contraer resfrios, infecciones en el oído, sinusitis e incluso pulmonía.

Tiene dos pasiones: charlar y comer. Hay muchos chicos que viven para comer. Si tiene preferencia por algún alimento lo come en grandes cantidades, aunque también hay ocasiones en que no tiene apetito, lo cual parece depender de su estado de ánimo y de la vista de un alimento desagradable. Así que bien puede no comer o

comer como un "elefante". Algunas ocasiones especialmente las niñas se niegan a tomar el desayuno por falta de apetito o por que sienten náuseas.

La hora de acostarse teóricamente puede ser a las nueve, pero en realidad la mayoría de los niños se duermen media hora después de acostarse. Le desagrada acostarse temprano y siempre suele utilizar pretextos para quedarse levantado un poco más. Los límites de la hora de acostarse deben tener cierta elasticidad especialmente los fines de semana y en las vacaciones. Una vez que se duerme no habrá nada que lo despierte aunque se le haga ruidos en su cuarto.

El baño lo sigue considerando una molestia y solo se siente dispuesto a tolerarlo cuando tiene tiempo. Aún no es completamente independiente para bañarse; puede lavarse muy bien las manos, las piernas pero frecuentemente se olvida de las orejas, la cara y el cuello.

Surge un nuevo interés en el cuidado del cabello y los dientes. Tanto los varones como, las niñas se peinan y acomodan bien su cabello. Los dientes tienen una mayor atención, algunos niños se muestran orgullosos de ellos y hasta llegan a sentirse avergonzados si olvidaron cepillarlos.

Demuestra mayor interés por sus ropas. Le gusta vestirse con su mejor traje, camisas y medias de colores brillantes. Estos niños por lo regular son más grandes y robustos, también son sociables y son los primeros que comienzan a tener citas.

Algunos niños todavía les gusta su camisa vieja que si pudieran la usarían día a día hasta que se hiciera pedazos, estos niños también muestran poco interés por su cabello. En este caso se trata de niños que maduran lentamente y se les puede comparar con los niños de diez años.

El cuidado de su habitación es muy escaso, deja su ropa tirada, no recuerda donde dejó los zapatos la noche anterior, pega banderines, retratos, recortes, cuadros por todo su cuarto. Su tarea cotidiana es la de tender su cama y por lo regular lo hace mal. Lo mejor en estos casos es mantener cerrada la habitación para no verse -- afectados por este desorden y de vez en cuando hacer una buena -- limpieza.

El dinero toma mayor importancia para la mayoría de los niños, -
Les gusta ahorrar para comprarse un aeroplano o una bicicleta. -
Las niñas por lo regular ahorran para hacer regalos.

Se resiste a ayudar cuando se le pide que haga un trabajo. Busca la forma de engañar a su madre y eludiendo toda tarea haciendole

creer que ha hecho algo que ni siquiera ha comenzado. Obliga frecuentemente a sus padres a convertir los ruegos en órdenes.

Es conveniente que los padres vean hasta qué punto son prudentes - sus exigencias tratando de encontrar el método más adecuado para lograr que a los once años no resulte la oveja negra de la familia. Sin embargo algunas veces es capaz de hacer ciertas cosas por placer. Necesita más de un estímulo que exigencias. Es posible que acepte cualquier trabajo fuera de casa, y más aún si se le da la libertad de elegir un trabajo entre varios; se comportaría mejor y - llevaría a cabo sus tareas con gusto.

El niño ahora se ha convertido en un niño grande y fuerte. Actualmente se coloca en un nivel igual al del adulto y quizá vuelva a actuar como fiera salvaje. Los padres comprensivos en especial la madre que ha seguido paso a paso el crecimiento de su hijo, saben que es una época de observación pasiva hacia él. Ya ha pasado el tiempo en que el niño estaba dispuesto a aceptar las indicaciones - de los adultos (los padres), ni hay reciprocidad, afinidad y disposición positiva de llevarse bien con ellos. Durante algún tiempo puede ser muy bueno y luego puede ser muy "perverso". En casa puede ser terrible y en cambio fuera de ella puede ser suave y generoso. Parece muy seguro de sí mismo y no le gusta que lo contradigan.

Sus padres adorados han perdido su aureola. La mamita adorada se ha convertido ahora simplemente en "ella". Pueden repetir sus palabras pero desisten casi siempre de su opinión.

Con sus hermanos menores se lleva muy mal y éstos sabiendo como es, tratan de sacarlo de quicio, entonces tiene que intervenir el padre para salvar al hijo menor de la ira del otro. Con los hermanos mayores se lleva mejor, pero éstos casi siempre tienden a burlarse de él llamándole "nenito llorón", lo cual explica la reacción de violencia de parte del niño de once años. Pero no todo es tragedia con los padres. Las niñas en particular pasan ratos buenos en compañía de éstos, en el zoológico, en excursiones, etc.

Ahora lo mejor que pueden hacer los padres es esperar que el niño se encuentre a sí mismo. Esto no quiere decir que haya que alejarse y perder todo contacto con el hijo sino al contrario debe el padre reconocer su papel de protector y de vigía, para crear un ambiente capaz de controlar, pero nunca de forzar.

Las palabras que se usan para describir al niño de once años son: agitado, insolente, antipático, rencoroso, discutiador y malhumorado. Dice lo que no debe cuando hay invitados, rompe un vaso, se cae, y no tiene noción de lo que ha hecho y dicho aún cuando se le llama la atención.

Ya es conciente de su estado de ánimo, sabe como se siente aunque no sabe porqué. Sabe que al despertar se encontrará malhumorado y rezongón.

Necesita más tiempo para los juegos y especialmente para los deportes y si es posible un descanso después del almuerzo.

La mayoría de los niños se encuentran generalmente felices por algún motivo específico. Pero una palabra dura del padre o la melancolía de la madre pueden hacer que el niño se sienta desdichado.

Reacciona frecuentemente en ataque de ira, mediante gritos o palabras hirientes, o bien puede planear una venganza que no realiza por habersele pasado la rabia a la hora de la acción, o quizá golpeará a sus hermanitos o a sus compañeros. Algunos empiezan a tratar de controlarse, aunque les cuesta mucho trabajo recuperar el equilibrio. Es capaz de alimentar rencor.

Cuando está irritado tiende a llorar. Muchas veces sus lágrimas obedecen a su estado de ánimo o a su estado general de fatiga, los desengaños también le provocan lágrimas.

Lo que más le asusta es la soledad. Antes de acostarse registra bien su cuarto y pide que dejen encendida la luz del pasillo. Las niñas experimentan un gran temor de ser raptadas y a los dolores físicos y sobre todo temen que suceda algo a la madre. Son muy

sensibles a cualquier crítica que provenga del padre.

El niño de once años experimenta una gran necesidad de amor físico, pues necesita algo de donde aferrarse y a alguien que lo acepte tal como es, pero el impulso inicial debe ser de él y no de la madre.

Le gustan los amigos que tienen el mismo carácter o que son "razonables". Es por ello que se lleva tan bien con su mejor amigo principalmente los varones pues por lo común tienden más que las niñas a tener un amigo predilecto. Aunque esto no le impide buscar la compañía de otros niños para jugar. Una casa en un árbol suele ser el lugar preferido de reunión.

Las niñas suelen tener un número regular de amigos. Sufren mayor influencia de éstas si se sienten identificadas con ellas, incluso llegan a obrar bajo su influjo.

Tanto los niños como las niñas les gusta ir a dormir a la casa de sus amigos preferidos, en la cual juegan almohadazos y escondidillas.

En ocasiones en que se reúnen en una fiesta, los varones gustan de jugar arrojándoles comida a las niñas.

A algunas niñas todavía les gusta disfrazarse, especialmente para -

una obra teatral, por lo que es común que revuelvan la cómoda de su madre buscando cosméticos y zapatos. También les gusta jugar a la secretaria. Otras se interesan por coser vestidos para sus muñecas.

Los niños se interesan por jugar ping-pong, tenis, tiro al blanco. Sus clubes ahora sirven para comer y para hablar en privado.

Les gusta ir a la escuela pero principalmente por estar con los demás chicos. La maestra es un factor importante en la vida escolar del niño. No le gusta que lo traten duramente; pero en realidad prefiere a las maestras exigentes que representan un desafío para él.

Le desagradan aquellos maestros que lo tratan como un bebito. -- Una de las cualidades más apreciada de una maestra es el sentido del humor.

Le gusta izar la bandera y rendirle homenaje, también le gusta la gimnasia, la práctica de deportes y las competencias de cualquier naturaleza. Las competencias son un método sumamente efectivo y más aún cuando se separan a ambos sexos.

Las niñas presentan marcadas variaciones físicas. En su desarrollo sexual se observan contornos redondeados. Un número mayor de niñas presentan vello en la región del púbis. El desarrollo de

los senos continúa a medida que el área que redondea los pezones se eleva. Frecuentemente un seno se desarrolla más rápido que otro y experimentan una gran sensibilidad especialmente en torno a los pezones y suelen quejarse de dolores. Sueñan con el día en que usarán corpiño. Algunas niñas cuyo desarrollo se halla sumamente adelantado llegan a sentir vergüenza y tratan de ocultarlo lanzando los hombros hacia adelante, y tal vez reciban su primer corpiño con llanto.

Un número reducido de niñas comienzan a menstruar. Se observan algunos signos prematuros momentáneos de punzadas abdominales y náuseas por la mañana.

Muy pocos varones presentan signos externos de madurez sexual. Solo se registran cambios puberales en el grupo de varones más adelantados. Unos cuantos han comenzado a dar el "estirón". Otros presentan casos de obesidad con acumulación de tejido adiposo, especialmente en las caderas y el pecho en el área de las tetillas, lo cual es sumamente mortificante para estos niños.

El desarrollo genital es avanzado en el caso de los niños más adelantados. Algunos presentan un corto vello en la región del púbis. Llegan a comparar los órganos animales con los de los seres humanos. Un corto número de niños conocen algo acerca de la mens-

truación y muestran curiosidad.

Algunos niños de crecimiento lento pueden presentar algún rasgo de feminidad, lo cual desaparecerá más adelante.

En ocasiones se llegan a producir erecciones como consecuencia de un estímulo que son casi siempre inexplicables para el adulto. Entre ellos se encuentra la excitación general de cualquier tipo que puede no ser sexual, por ejemplo: los movimientos físicos al andar en bicicleta, conversaciones, cuadros, libros, etc.

Para ayudarle a comprender los problemas sexuales es aconsejable la proyección de películas adecuadas. Es conveniente que los padres vean también la película, ya sea junto con los niños o en otra sesión, para conocer la información que se da a sus hijos.

Las películas sobre la menstruación son de gran utilidad para las niñas.

m) EL NIÑO DE DOCE AÑOS -

No existe demasiado contraste entre los once y los doce años. Aunque el niño se vuelve más razonable, más compañero de los suyos y menos insistente.

Su estado de salud es excelente; las enfermedades como los resfrios y bronquitis son más escasas.

Se cansa menos que a los once, pero puede llegar a sentir una extrema fatiga en que odia todo aquello que exige algún esfuerzo. -- Cuando esto sucede suele ser provechoso que falte un día a la escuela pero generalmente no le gusta faltar.

Suele quejarse de dolores repentinos en diversas partes del cuerpo y con mayor frecuencia en la cabeza y el abdomen. Quizá esto sea causa de la proximidad de la pubertad, sobre todo en las niñas.

Los resfríos por lo regular se presentan cuando ha tenido demasiada actividad.

En los momentos de tensión suele aclarar la garganta, pestañear y tartamudear. Muy pocos son los que aún se comen las uñas, actividad que se limita a un solo dedo. Estas manifestaciones nerviosas se presentan sobre todo cuando se halla fatigado.

Su apetito es exagerado. Por más que coma no parece sentirse satisfecho. Después de una comida abundante todavía va a la cocina en busca de algo de comer. A la hora del desayuno muchos niños revelan un escaso apetito, pero a media mañana desfallecen de hambre. Los platillos predilectos son: el puré de papas, salsa, carne y todos los dulces en general.

Por fin el niño ha comprendido que necesita bañarse. Ahora le causa vergüenza que lo vean sucio. Se baña frecuentemente, de prefe

rencia un baño de ducha. Las orejas siguen siendo la región olvidada. Aún necesita que se le recuerde lavarse las manos. Se preocupa por el cuidado de los dientes, aunque hay niños que solo se los lavan por la noche.

Ayuda a realizar el trabajo de la casa y las tareas fuera de ésta. Por lo general desempeña mejor su trabajo en ausencia de la madre o cuando ésta está ocupada. Las niñas barren, cocinan y emplezan a aprender a planchar. Los varones lavan el auto, limpian la cochera y ejecutan tareas fáciles de carpintería.

Todavía no logra controlar su ira pero ya se halla en camino para lograrlo. Es más frecuente que reaccione por medio de golpes, persecuciones o insultos. También responde con silencio, diciendo algo para sus adentros o retirándose del campo de batalla. Lloro cuando está furioso o muy triste, pero generalmente controla su llanto.

Su mayor preocupación se refiere a la escuela, los exámenes, las calificaciones, etc.

Ante actitudes hirientes suele disimular retirándose, sonrojándose, o bien se ríe. Pero guardará un duradero rencor.

Parece hallarse preparado para decidir cuando deben conocer sus sentimientos los demás y cuando no. Su expresión física de cariño

se limita a los besos que en verdad le producen un gran placer.

Por lo general no experimenta sentimientos de envidia, o celos salvo cuando se trata de un hermano.

Tiene una gran capacidad de iniciativa, hace proyectos de antemano y tiene un control más completo de su vida. Está conciente de sus virtudes: buen carácter, bondadoso, amable con la gente; y también de sus defectos: enojón y peleonero con sus hermanos.

La mayoría de los niños tienen ya sus propias ideas con respecto a su futuro. Por ejemplo: algunas niñas quieren llegar a ser bailarinas, secretarías, maestras. Los varones se inclinan por la arquitectura y la medicina. Algunos todavía están influenciados por la profesión de su padre y desean llegar a ser lo mismo que él.

Tanto las niñas como los niños les interesa la pintura.

Los niños han pensado lo bastante en el matrimonio como para desear ser solteros, aunque comprenden que pueden cambiar de idea. Algunos consideran la posibilidad de casarse con sus novias actuales, con las que mantienen relaciones verbales.

Las niñas se muestran más seguras de su decisión de casarse. -- Por lo regular desean que su esposo esté en un término medio de algunas consideraciones, por ejemplo: que no sea demasiado guapo

pero tampoco feo, que no sea rico pero tampoco pobre, que no sea gordo pero tampoco flaco.

Le gusta llegar a la escuela un poco antes de la hora de entrada, - también puede ser para finalizar sus tareas o para poder conversar un poco más con sus amigos. Ya no depende tanto de la maestra; aún le siguen gustando las maestras que hacen bromas y que lo comprenden. Llega a estimarla y la considera la maestra más maravillosa del mundo. Y por más bromista que sea, debe mantener disciplina, pues el niño aprovecha cualquier oportunidad para empezar un desorden, arrojando pelotas de papel, o tose en coro con los demás compañeros, etc. Cuando el maestro sale del aula comienzan a contar chistes y a reír a carcajadas. En el aula los niños siguen juntándose con los niños y las niñas con las niñas. Como es sabido las clases de gimnasia y deportes son las que más les gustan.

Las niñas son más concientes de su aspecto físico. Se detienen ante cualquier espejo a verificar su aspecto, usan pulseras, aretes, collares, etc.

Generalmente las niñas demuestran más interés por los varones -- que éstos por las niñas. El interés de parte de los varones aumenta a medida que pasa el año.

Los deberes del niño de doce años deben tratarse con mucha delicadeza. Le gusta trabajar pero también le gusta terminar su trabajo y no se le debe de asumir trabajos en su tiempo libre porque llegará a odiar la escuela.

Las niñas comienzan a tomar formas y funciones de mujer joven, generalmente éste es el período de crecimiento adolescente más rápido tanto en altura como en peso. Se observa un rellenamiento de finido de los senos, un oscurecimiento de los pezones y cierto desarrollo del vello axilar. El intenso interés que las niñas demostraban por el desarrollo de sus senos ha disminuído. Ahora lo que despierta gran interés es la menstruación. Un número contado de niñas no se hallan preparadas emocionalmente para este suceso que ellas consideran una amenaza para sus vidas. Otras se hallan dispuestas a aceptarlo. La resignación constituye después de todo eso una cuestión de madurez. Los períodos iniciales son generalmente de flujo escaso e irregular. Después de unos tres meses suele presentarse un flujo abundante. En algunas niñas se observan cambios de humos premenstruales. Es importante que la madre esté adecuadamente informada para poder responder a las preguntas de la hija sin que se profundice demasiado.

El margen de diferencia se acentúa más entre los niños más adelantados y los menos adelantados. En algunos niños se observa un --

mayor crecimiento tanto del pene como del escroto. Generalmente crece un vello largo y suave cerca de la base del pene con el que empieza a entremezclarse un vello más oscuro y áspero. Otros niños presentan un mayor tamaño genital pero nada de vello. En otros la situación es inversa. A muchos no les gusta hablar referente al sexo delante de los padres; simplemente con oír la palabra se ruboriza.

Por lo general ya tiene noticias de la eyaculación, aunque no la ha experimentado. A menudo se producen erecciones, tanto espontáneamente como bajo el efecto de diversos tipos de estímulos como conversaciones y los juegos de montar a caballo. Otras de tipo extra sexual son especialmente el miedo y la ira. También es frecuente que la madre encuentre fotografías de mujeres en los bolsillos de los niños.

La masturbación forma parte habitual de la experiencia del niño. La realiza en grupos o sin compañía.

Le interesa demasiado obtener información del sexo y casi siempre la recibe de amigos y personas ajenas a la familia; por francos y comprensivos que sean los padres, difícilmente llegan a inspirarle la suficiente confianza para hablar con ellos de estos problemas. Cuando le falta información se la procura por otra parte: en libros, revistas, etc.

CAPTULO IV
ANOMALIAS DE LA INFANCIA

1. EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL -

Existen más de cuarenta términos para referirse al niño con daño cerebral, cada uno de los cuales difiere ligeramente de los demás, aunque todos se refieren al mismo grupo de niños. Entre los términos más frecuentes encontramos los siguientes:

1. Niño con daño cerebral.
2. Niño con lesión cerebral.
3. Niño hiperkinético.
4. Niño con disfunción.
5. Retraso madural.
6. Inmadurez neurofisiológica.
7. Síndrome cerebral crónico.
8. Niño con daño cerebral mínimo.
9. Impedimento neurológico mínimo.
10. Niño hiperactivo.
11. Niño con dislexia.
12. Disfunción cerebral mínima.
13. Disfunción del sistema nervioso cerebral.
14. Niño hiperquinético, etc.

Frecuentemente los padres de un niño con problema cerebral se culpan uno a otro. Sin embargo lo más probable es que no haya existido relación ninguna entre la relación de ellos y la producción del daño cerebral del niño.

Por el momento se tienen pocos datos acerca de la causa de la lesión cerebral. Puede presentarse en el período prenatal, en el período perinatal, o en el período postnatal.

En el período prenatal se presenta a causa de accidentes o enfermedades que afectan a la madre durante el embarazo, por ejemplo: la rubola; anoxia del producto producida generalmente por aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre; anemia grave; hipotensión severa; hemorragia cerebral en el producto (microhemorragia); producida por toxemia del embarazo; exposición excesiva de los Rx; disturbios metabólicos especialmente en diabetes mellitus; factor Rh; etc.

En el período perinatal se presenta a consecuencia de una pelvis demasiado estrecha; posición defectuosa del feto durante el parto; el no respirar inmediatamente después del nacimiento; mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre; hipotencia pronunciada; uso deficiente de fórceps; maniobra de extracción; parto prolongado; cesárea; expulsión demasiado rápida. Estos problemas se presentan en un 70 a 80% de los casos.

En el período postnatal las causas más frecuentes son: enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente la tosferina, el sarampión, la escarlatina, las neumonías, la encefalitis y la meningitis, paperas; que van acompañadas de períodos de fiebre

elevada. También traumatismos craneanos y neoplasias cerebrales.

Los movimientos de los brazos y piernas durante los últimos meses del embarazo indican que se ha producido un aprendizaje. Los movimientos de succión de los labios aprenden en el período prenatal, algunas placas de Rx muestran al niño con el pulgar u otro dedo de la mano metido en la boca; así que los movimientos de succión se practican desde varias semanas antes del nacimiento. -- Cuando ha nacido el niño y se muestra capaz de tomar el pezón -- materno o el biberón sin problemas, la experiencia resulta satisfactoria para ambos. El niño que ha experimentado durante el período prenatal una lesión neurológica, y suponiendo que esta lesión ha ya afectado la capacidad de ejecución de movimientos delocados y -- nace sin que se haya producido el aprendizaje de los movimientos -- de succión, entonces rehusa el pezón o el biberón porque no puede succionarlos.

Así según sea el área afectada se producirá uno u otro cuadro. Si la lesión se encuentra principalmente a nivel neuromotor se presentará el síndrome conocido como parálisis cerebral infantil. Si se presenta en la esfera intelectual, trae como consecuencia deficiencia mental. Si afecta la conciencia, suprimiéndola temporalmente de manera total o parcial, se presentan los desordenes convulsivos. Si se encuentra en el plano neurosensorial trae como consecuencia

desordenes sensoriales. También encontramos niños con parálisis cerebral sin limitación de la actividad; con ligera o moderada limitación de la actividad; con alta limitación de la actividad; asimismo encontramos niños con parálisis cerebral incapacitados para desarrollar cualquier actividad física.

También encontramos pacientes con parálisis cerebral:

- a) Sin necesidad de tratamiento.
- b) Con necesidad de un mínimo de tratamiento.
- c) Con necesidad de asistencia de los servicios médicos y aparatos.
- d) Con requerimiento de una institucionalización por largo tiempo para su tratamiento.

El daño cerebral se manifiesta en mayor grado en varones que en niñas.

SINTOMATOLOGIA.

Hiperactividad o hiperquinesia - No se trata solo de una inquietud sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente, que los padres reportan como algo que exhibe desde muy pequeño. En la edad escolar el síntoma es más notorio, siendo los maestros por lo general quienes lo detectan. Si pasó antes por una guardería o un Kinder tal vez haya sido expulsado por considerarlo incapacitado para participar en experiencias de grupo. Una vez en la primaria

es difícil soportar su comportamiento, habla constantemente, grita en los momentos más inadecuados, se levanta de su asiento y toma objetos de sus compañeros, corre por los corredores sin importarle quien lo ve y cuantas veces lo regañen. Sus bolsillos están llenos de camiones en miniatura, barajas, canicas, etc., con los que juega todo el día mientras tararea, hace ruido o platica consigo mismo. En el salón durante los períodos de trabajo se niega a obedecer las órdenes del maestro, o se muestra incapaz de cumplir, por ejemplo: si se trata de pegar una fotografía en la parte superior de la hoja él la pegará en cualquier otro lugar. Si el profesor trata de explicarle lo que tiene que hacer el niño pierde el hilo de la explicación antes de que el profesor acabe de decir la primera frase. Si llega a terminar algún trabajo lo deja totalmente sucio. Puede mostrarse incapaz de leer, o bien puede leer con fluidez pero con tal incapacidad de comprensión de la lectura que si se le pregunta algo acerca de ella le resulta imposible dar una contestación. En aritmética es un poco mejor; su caligrafía y su ortografía cuando son comprensibles demuestran un gran descuido e inexactitud. Tanto en la lectura, en la escritura como en la manera habitual de hablar se descubren sustituciones y omisiones de palabras.

Le disgustan las clases de dibujo y de pintura, también se niega a trabajar con plastilina, la cual solo la utiliza para aventarla a sus

compañeros.

Rara vez tiene verdaderos amigos, aunque con frecuencia cuenta -- con cómplices tanto en la escuela como en la casa. Durante el recreo prefiere no jugar con sus compañeros, pero desde afuera se dedica a molestarlos. Parece no tener conocimiento del juego limpio e ignora la existencia de reglas.

Puede tener reacciones violentas (berrinches, pataletas), sin motivo. Existen dos formas de conducta durante estas reacciones: una es -- la destructividad, que es cuando el niño destruye objetos valiéndose de herramientas como martillos, desarmadores, etc., o bien usando sus manos y sus pies. La otra forma de conducta sería la -- agresividad, que se manifiesta en diversas formas: algunas veces agrede a sus amigos, a sus hermanos, otras se muestra cruel con los animales.

Muestra períodos cortos de atención, por lo que en muchas ocasiones se cree erróneamente que se trata de un niño con retardo mental; sin embargo no se descarta la posibilidad de que el daño cerebral coexista con un retardo mental. Tanto el niño con retardo -- mental como el niño con daño cerebral son malos estudiantes, sin embargo el primero se muestra siempre deficiente, mientras que -- el segundo frecuentemente sorprende con su capacidad de comprensión. Presta la misma atención a lo esencial que a lo secundario,

parece como si se viera forzado a reaccionar a todos los estímulos.

Irritabilidad - Pasa sorpresivamente del enojo a la risa y de ésta al llanto, tanto los estímulos placenteros como los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o de enojo.

Impulsibilidad - Se entiende como impulsividad la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta. El niño hace lo que su impulso le indica sin pensar en las consecuencias de sus actos. No mide el peligro; frecuentemente se ve involucrado en conflictos: toma objetos ajenos como los artículos escolares de sus compañeros, dinero de su madre, etc. Es el niño eternamente castigado pues la mayoría de sus actos ameritan castigo tanto en la escuela como en su casa, además actúa con cierto cinismo que exaspera.

Incoordinación muscular o Inmadurez motora - Algunos niños con daño cerebral tienen un desarrollo motor aceptable e incluso llegan a ser buenos atletas. Sin embargo lo habitual es que exhiba torpeza general, tanto de los movimientos gruesos como los finos. Frecuentemente sufre caídas, se golpea contra muebles u otros obstáculos, y tiene poca fuerza para retener las cosas entre sus manos. Muchos niños logran conducir la bicicleta hasta los 9 ó 10 años. La incoordinación de los movimientos finos se descubre fácilmente en la caligrafía, que es deficiente, en la dificultad que

muestra al abotonarse la camisa, al atarse los zapatos o al recortar figuras.

Disociación - Se define como la incapacidad de ver las cosas como un todo; ve el árbol sin ver el bosque. Es por esto que no puede dibujar correctamente las formas que se le presentan.

Perseveración - Se define como la incapacidad para cambiar fácilmente de una actividad mental a otra. Se manifiesta de diversas maneras. Por ejemplo: el niño repite una y otra vez la misma frase, continúa iluminando un dibujo aunque haya terminado de iluminarlo. Es como si la actividad motora se hubiera perpetuado.

Autoestima - Los niños mayores y los preadolescentes frecuentemente se consideran a sí mismos incapaces, diferentes, malos.

Desobediencia patológica - Muchos niños muestran incapacidad de comprender órdenes verbales, los adultos no tienen autoridad sobre ellos. El niño comete una y otra vez la misma falta y no comprende porque se le castiga, simplemente porque no registra lo que se le prohíbe.

La memoria se encuentra obstaculizada - Un motivo más para que los procesos de aprendizaje se vean disminuidos. La tensión del niño se incrementa cuando el profesor lo amonesta y le exige una mayor atención, lo cual reduce la capacidad de recordar lo que

acaba de decir y aumenta la hiperactividad, que es causa a su vez de una reducción de los períodos de atención y concentración.

Pobreza de la imagen corporal. - Se forma una imagen deformada de su cuerpo y del cuerpo humano en general como resultado de los problemas visomotores, esto se comprueba en los dibujos que hace de una persona.

Evidentemente algunos síntomas y signos predominan en ciertos pacientes.

DIAGNOSTICO.

Para establecer un diagnóstico es necesario hacer un estudio detenido que va desde la historia clínica, hasta diversas pruebas y exámenes clínicos.

Historia clínica - Es la fuente que nos proporciona datos tan importantes como:

- a) Antecedentes personales patológicos y no patológicos.
- b) Historia del desarrollo psicobiológico del niño.
- c) Síntomatología actual.
- d) Exploración psiquiátrica.
- e) Exploración física, sobre todo neurológica.
- f) Antecedentes familiares.
- g) Historia médica de la madre durante el embarazo y circunstancias del parto.

La entrevista psiquiátrica directa con el niño tiene gran importancia; los datos de una inspección general pueden ser muy útiles: un niño descuidado en su vestimenta, inquieto, y distraído, así como los procesos de pensamiento, la verbalización inadecuada y problemas de pronunciación de ciertas palabras pueden presentar sospecha del daño cerebral.

Exámen neurológico - Se llevan a cabo diversas pruebas:

1. Prueba dedo-nariz. Consiste en que el niño toque con el dedo índice la punta de la nariz imitando al examinador, el cual cambia de posición su dedo varias veces.
2. Movimiento de los globos oculares. El niño deberá seguir exclusivamente con los ojos el trayecto de un objeto.
3. Prueba de descripción. Muestra dificultad para describir la acción representada en un cuadro. Es capaz de nombrar los objetos que ve pero no de describir las acciones que se realizan en él.
4. Prueba de tocamiento. Consiste en diferenciar dos estímulos táctiles cuando se le hacen al mismo tiempo en la piel.
5. Prueba de ambulación. Consiste en pedirle al niño que con las puntas de los pies o los talones camine sobre una línea marcada o que camine sobre un riel.

6. Prueba de identificación. El niño debe de identificar la letra que el examinador traza con el dedo índice en su espalda.
7. Prueba de vestirse y desvestirse. Esta prueba aporta datos -- sobre la incoordinación tanto de los movimientos gruesos (ponerse los zapatos, quitarse el sweater) como los finos.
8. Siquinesia. Se le denomina así al hecho de que al intentar un movimiento más o menos complicado con un miembro se produzcan al mismo tiempo movimientos parecidos en el miembro opuesto. Después de la edad preescolar no debe de existir -- siquinesia.
9. Adiadococinesia o dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos rápidos. Es un dato que aparece con frecuencia.
10. Esterognosia. Es la facultad que se tiene de percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos que palpamos aún sin verlos. Se hace la prueba tapándole los ojos al niño y dándole varios objetos para que los identifique.
11. Movimiento de la lengua. Se le pide que trate de llegar con la punta de la lengua a la nariz, barbilla y a ambas comisuras labiales.

Electroencefalograma - Deberá de practicarse siempre. En algunas ocasiones se presentará un electroencefalograma totalmente normal aún existiendo la sintomatología, también puede presentarse -- un electroencefalograma anormal sin que exista la sintomatología.

TRATAMIENTO.

El tratamiento consta de tres partes:

1. Tratamiento psicofarmacológico.
2. Tratamiento psicológico.
3. Tratamiento pedagógico.

El tratamiento psicofarmacológico consiste en la administración de estimulantes y tranquilizantes, de los cuales encontramos diversos tipos de ellos, que se utilizarán en los diferentes tipos de paciente.

I. Medicamentos de eficacia comprobada.

1. Estimulantes:

- a) Anfetaminas: benzedrina, dexedrina.
- b) Metilfenidato: ritalin.

II. Medicamentos coadyuvantes (de resultados variables):

1. Anticonvulsivantes:

- a) Difenhidantonia: epamin.
- b) Carbamazepina: tegretol.
- c) Primidona: mysoline.

2. Tranquilizantes menores:

- a) Difenhidramina: benadryl.
 - b) Maleato de parabromodilamina: dimetane.
 - c) Meprobamato, equanil, miltow.
 - d) Clordiazepóxido: librium.
 - e) Diazepan: vallum.
3. Tranquilizantes mayores:
- a) Prácticamente todos, excepto los alcaloides de la rawolfla.
4. Antidepresivos.

III. Medicamentos potencialmente valiosos:

- a) Haloperídol: haldol.
- b) Propericiazina: neuleptil.
- c) Dipropilacetato de magnesio: atemperator.
- d) Carbonato de litio.

Generalmente se acepta que alrededor del 50% de los niños con daño cerebral se benefician con los estimulantes. No solo disminuye la hiperactividad sino que ocurren cambios favorables en la capacidad de atención, impulsividad, memoria y conducta en general.

Antes de prescribirlos es necesario explicar ampliamente los efectos a los padres, debido a que las anfetaminas son conocidas popularmente como drogas que causan dependencia.

1. Las anfetaminas no desarrollan tolerancia en los niños con daño cerebral.
2. Las anfetaminas producen efectos secundarios pero rara vez -- son lo suficientemente importantes para suspender el tratamiento.
3. Presentará una pérdida moderada de peso, ojeras, palidez, insomnio ocasional.

Por supuesto que no todos los niños responden positivamente al tratamiento.

La administración de anfetaminas debe prolongarse por todo el -- tiempo que sea necesario tomando precauciones pertinentes como: - practicar una biometría hemática cada trimestre, no dejar pasar - más de 30 días sin ir a consulta con el médico, establecer perfo-- dos cortos sin medicamento a fin de calcular el mejor momento en que ha de suspenderse definitivamente.

Tratamiento Psicológico - El tratamiento del niño con daño cere- - bral se complementa con el manejo psicológico tanto del niño como de sus padres. Debe de dárseles a los padres indicaciones de certas actitudes que deben adoptar los padres frente al niño.

La rutina es indispensable para sentar las bases de un cambio favorable en la conducta del niño. Una vida de orden y calma es con-

veniente, todas sus actividades deberán ser cumplidas por el niño a horas debidamente establecidas según las necesidades del hogar; solo excepcionalmente debe de alterarse los horarios para la hora de levantarse, de las comidas, la tarea, el juego, la televisión e irse a dormir.

Asimismo no se deben de hacer cambios físicos (distribución de muebles o de otros enseres) a menos que sea indispensable, y en este caso no se hará participar al niño en esas tareas. Las órdenes e instrucciones deben darse una sola vez y en forma directa. De vez en cuando hay que hacerle encargos que él pueda cumplir con éxito.

Los castigos físicos están totalmente contraindicados, los golpes solo engendran más agresividad, excitación y culpa. La técnica más operante consiste en aislar al niño a un cuarto hasta que haya recuperado el control.

Tratamiento Pedagógico - Existen seis diferentes clases de prácticas útiles para este tratamiento:

- a) **Práctica de la coordinación general** - Se intenta mejorar la calidad de los movimientos del tronco, la cabeza y los cuatro miembros.
- b) **Práctica del balanceo y el equilibrio** - Se usa la barra, para

que camine sobre ella y practique diferentes ejercicios y posiciones.

- c) Práctica de la coordinación ojo-mano - Se trata de que el niño desarrolle la integración de los sistemas tacto-visuales, mediante ejercicios de trazos en el pizarrón el niño experimenta y aprende los conceptos de círculo, horizontal, diagonal, etc.
- d) Práctica de movimientos oculares - Se busca que el niño logre un buen grado de exactitud en los movimientos de seguimiento de figuras con los ojos y en la fijación correcta de éstos, todo ello es necesario para la lectura.
- e) Práctica de la percepción de las formas - La finalidad es que el niño desarrolle un buen conocimiento de las formas y una exactitud en los movimientos de la mano para reproducirlas; se utilizan formas generales como el círculo, el triángulo, el rombo y el cuadrado. Se continúa con líneas y óvalos, dibujos geométricos más complicados, letras y ejercicios cursivos.
- f) Práctica de la memoria visual - Con ayuda de un taquitoscopio, instrumento que proyecta figuras sobre una pantalla a intervalos previstos, se intenta, mediante diferentes ejercicios, que el niño alcance un mejor reconocimiento de los tamaños de las formas, sus relaciones espaciales y una mejor retención de las imágenes.

En algunas ocasiones es conveniente que el niño reciba enseñanza - en una escuela especializada. Algunos niños asisten a escuelas tradicionales, y en casa reciben instrucciones y atención por parte de un profesor especializado.

2. EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL -

Las características más notables que exhibe un niño deficiente mental son:

- a) Problemas físicos y de salud.
- b) Desarrollo pobre del lenguaje.
- c) Pobreza de motivación, debida a la apatía o a la falta de comprensión.
- d) Problemas de comportamiento debidos a la inadaptación social - o a la falta de seguridad.
- e) Pobre concepto de sí mismo.
- f) Experiencias limitadas.

Factores Causales:

1. Endogamia - Significa el casamiento entre individuos de la misma familia. Es de considerable importancia puesto que al parecerse los esposos uno a otro, aumenta el grado de semejanza de los hijos; los defectos de uno y otro también se unen al procrear el hijo.
2. Influencias ambientales - Representa un papel muy importante; -

las influencias ejercidas sobre la inteligencia tales como: la nutrición en la infancia, la educación, son responsables más o menos de un 50% de las deficiencias mentales.

3. Ambiente social - Se considera como causa de deficiencia mental un ambiente social de pobreza y abandono, la prescindencia de la crianza y la educación. Se ha comprobado que una gran mayoría de los niños con deficiencia mental provienen de los estratos inferiores de la población.
4. Sfilis - Es transmitida al feto por infección intrauterina de la madre. La mayoría de estos niños nacen muertos o mueren poco después del nacimiento, y un número reducido sobrevive algunos meses o años. Cuando la madre o el padre han sido tratados de sfilis y existe una historia de abortos o de nacimientos de niños muertos es altamente probable que esto sea la causa de la deficiencia mental del niño. Todos los grados de deficiencia mental, desde el más leve hasta los más graves pueden estar asociados con la sfilis.
5. Encefalitis y polioencefalitis - Sigue a enfermedades infecciosas tales como: el sarampión, la escarlatina, la tosferina, las parotiditis. Se cree que las infecciones de este tipo son transmitidas por la madre durante el embarazo y pueden dar lugar a un retardo mental.

6. Alcohollismo - Una de las principales causas de la deficiencia mental es el abuso o afición de los padres al alcohol.
7. Incompatibilidad sanguínea (factor Rh) - Si la madre y el niño pertenecen a diferentes grupos sanguíneos, la madre se sensibiliza a los aglutinógenos del niño y producirá anticuerpos que son capaces de destruir los glóbulos rojos del niño. El niño recién nacido envenenado por haber recibido en su corriente sanguínea una dosis de aglutinas Rhesus maternas, puede desarrollar una eritroblastosis y más tarde una ictericia, que daña los ganglios basales del cerebro.

Deficiencia Mental con Patología Definida:

Cretinismo: Es debida a una anomalía endocrina (glándula tiroides). En algunos casos se presenta acompañado de bocio endémico; pero la mayoría de las veces la glándula tiroides está ausente. El niño cretino aparece normal en el momento del nacimiento, los primeros signos de anomalía aparecen hacia los seis meses de vida.

Se observa que el niño no crece, su piel es de color gris amarillenta y es lento y apático en sus reacciones; en algunas ocasiones ni siquiera chupa el pecho o el biberón. No sonríe, su respiración es ronca, la piel de la cara laxa y arrugada, los párpados, labios, pies y nuca aparecen hinchados, el pelo es áspero y negro.

Es sumamente pasivo, tranquilo e inofensivo; no presenta vivacidad, interés ni curiosidad. Algunos niños aprenden a leer palabras sencillas, a sumar y a restar. En ocasiones no pueden hablar bien, - eso se debe a que no oyen bien.

Para su tratamiento se usa principalmente tabletas de glándula tiroides desecada. La mayoría de los casos en los que se lleva un tratamiento desde la primera infancia éste resulta satisfactorio.

Microencefalía - Existe una marcada falta de los hemisferios corticales, que afectan principalmente a los lóbulos prefrontal y parietal; el occipucio se encuentra aplastado; la estatura del microencefálico es pequeña y algunos son enanos. Algunos sufren epilepsia.

Hidrocefalia - Se debe a la obstrucción de la salida del líquido cefalorraquídeo. Puede ser causado por sífilis congénita o por meningitis. A medida que crece el niño, la cabeza aumenta de tamaño. Los hemisferios están aplastados y sufren atrofia. En algunas ocasiones presenta complicaciones tales como sordera, ceguera y epilepsia.

Esclerosis Tuberosa - Los síntomas principales son: deficiencia mental desde el nacimiento, epilepsia, anomalías en la piel, tumores del riñón, corazón y de otros órganos.

Síndrome de Laurence-Moon-Biedl - Los principales síntomas son: -

retardo mental desde la infancia, visión deficiente, polidactilia de las extremidades superiores e inferiores, obesidad e hipogenitalismo.

Idiociá Amaurótica Familiar - Es una enfermedad degenerativa del Sistema Nervioso Central. Los síntomas principales son: Detención del desarrollo mental, debilidad muscular y amaurosis. Un síntoma oftalmoscópico en la mácula lútea es una mancha oval blanca con un punto central rojo oscuro, formado por la fovea central. Todos estos síntomas progresan rápidamente y en muchas ocasiones el niño muere dentro de los dos primeros años.

Fenilcetonuria - Esta enfermedad se caracteriza por la excreción de ácido fenilpirúvico en la orina. Hay ausencia en los tejidos del enfermo de enzimas capaces de escindir la fenilalanina, lo que conduce a una acumulación en el organismo; la fenilalanina la convierte en ácido fenilpirúvico, sustancia sumamente tóxica para el cerebro.

La deficiencia mental se asocia con un gran número de síndromes entre los cuales se encuentra el síndrome de Down. También suele asociarse aunque no con frecuencia con la epilepsia, la esquizofrenia.

Un cuadro clínico de deficiencia mental puede describirse de la siguiente manera:

El niño carece de curiosidad, espontaneidad e interés. Su voluntad es débil y se deja llevar fácilmente tanto por lo bueno como por el mal camino. Uno de los síntomas más notables es la incapacidad de liberarse de un hábito de conducta. El lenguaje suele ser retardado, mal articulado y falta de expresión, siendo un vocabulario muy reducido. La actitud corporal es grotesca y son torpes al andar. Son pequeños de estatura.

El tratamiento y educación de los deficientes es tarea que debe ser encomendada a instituciones especializadas. Cuando se lleva a cabo en el hogar los padres deben de estar preparados para brindar al niño atención y paciencia. El error más común de los padres es seguir tratando al niño como si fuera un bebé, lavándolo, vistiéndolo, etc., hasta que llega a la edad escolar sin hacer ningún intento de enseñarle y prepararle. Sin embargo es aconsejable que se deje el cuidado del niño en manos expertas.

EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN.

Aspectos genéticos: la mitosis es el proceso de división de las células somáticas, la cual se lleva a cabo mediante cuatro fases:

1. Profase.
2. Metafase.
3. Anafase.
4. Telofase.

Durante esta división se forman dos células hijas. Cada cromosoma hace una réplica de sí mismo; cada gen hace un gen igual y cada centrómero un centrómero igual. En este período el núcleo contiene 92 cromosomas agrupados en 46 pares y cada par está unido por el centrómero (período llamado cromátide). Cada una de las células hijas recibe la mitad de cromosomas.

Las células en sucesivas divisiones de tipo mitótico darán origen a las espermatogonias y ovogonias, que siguen el mismo proceso divisional, dando origen a células iguales a ellas. Cuando una de las células no se divide más y mediante un proceso de maduración se convierte en espermatozoides en el hombre y ovocito primario en la mujer, llevándose a cabo la gametogénesis.

Las nuevas células tienen 46 cromosomas y dan origen a las células haploides de 23 cromosomas cada una para constituir los gametos masculinos y femeninos. Este proceso reduccional que aquí se inicia se le denomina Meiosis, la cual transcurre a través de cuatro fases:

1. Profase.

- a) leptóteno
- b) sináptena
- c) paquítena
- d) diplótena

e) diaquinesis.

2. **Metafase.**

3. **Anafase.**

4. **Telofase.**

Así cada individuo tiene 46 cromosomas agrupados en 23 pares, de los cuales 22 son autosomos y uno es sexual. (Fig. 1 y 2).

En el síndrome de Down se encuentra una anomalía cromosómica adquirida durante la maduración de las células. El par 21 de cromosomas en vez de tener dos cromosomas tiene tres. Por ello es que las células de estos seres tienen 47 cromosomas y no 46. Generalmente se le denomina a este síndrome trisomía 21. (Fig.3).

Factores predisponentes:

- a) Edad de la madre.
- b) Rx.
- c) Nutrición.
- d) Menopausia e irregularidades menstruales.
- e) Presencia de sangrado durante el embarazo.
- f) Diabetes Mellitus (padres).
- g) Abortos frecuentes.
- h) Parto antes de término.

Aspectos preventivos:

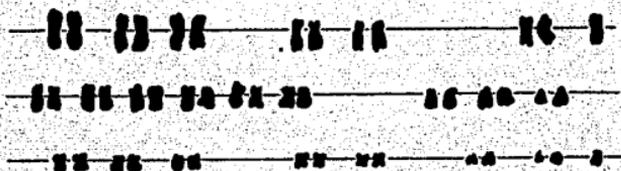


fig. 1 CARIOTIPO MASCULINO NORMAL

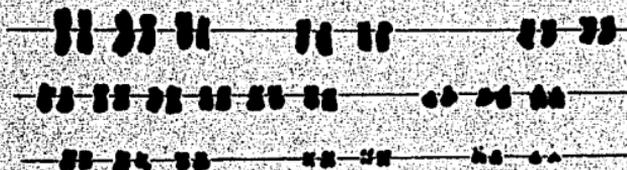


fig. 2 CARIOTIPO FEMENINO NORMAL

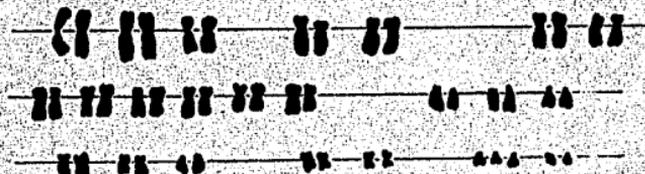


fig. 3 CARIOTIPO DE TRISOMIA 21

- a) Limitación de embarazos en parejas de más de 35 años.
- b) Diagnóstico prenatal (por medio de la amniocentesis).

La amniocentesis se puede realizar en madres con alto riesgo de tener un hijo con Síndrome de Down. Este diagnóstico se realiza entre la duodécima y decimosexta semana. Se obtiene líquido amniótico y células de descamación del producto. El cultivo de estas células permite analizar el cariotipo del feto.

En el desarrollo prenatal empieza a aparecer un retardo entre la sexta y duodécima semana. El volumen del encéfalo está moderadamente disminuido, sobre todo el cerebelo y el neuroeje. El número de neuronas suele ser menor en la tercera capa cortical.

Los niños con Síndrome de Down al nacer generalmente son pequeños; pesan menos de 2,500 grs., miden entre 48,3 cm., los niños y 49,0 cm., las niñas.

Nacen un poco antes de término. Se ha encontrado en algunos estudios realizados que el tiempo de duración del embarazo para los niños fué de 269 días y para las niñas de 280 días.

A los tres meses sonríe. Sostiene la cabeza erecta hasta los cinco meses. Se ríe en voz alta a los seis meses. Rueda sobre sí mismo a los siete meses. Ingiere bien alimentos sólidos hasta los nueve meses. A los diez meses se sienta erecto sin apoyo duran-

te un minuto y cambia objetos en sus manos. A los doce meses se pone de pie por impulso propio, gatea. A los trece meses se arrastra y se voltea; a partir de esta etapa las diferencias entre los niños normales con los niños mongoloides son mayores. Dice papá o mamá a los quince meses. Se alimenta por sí solo parcialmente a los dieciseis meses. A los dieciocho meses camina sosteniéndose. A los 21 meses sube escaleras con ayuda. A los veinticuatro meses se para sin ayuda, camina con ayuda, (algunos niños llegan a caminar hasta los 3, 4 ó 5 años); baja escaleras con ayuda; es capaz de sentarse por sí solo en una silla. A los veintiocho meses bebe de un vaso sin ayuda. A los treinta y tres meses se alimenta por sí solo. A los treinta y seis meses combina dos o tres palabras; sube y baja las escaleras por sí solo; controla sus esfínteres y la orina durante el día. A los cuarenta y ocho meses dibuja o imita un círculo; se viste por sí solo las prendas simples; se cepilla los dientes sin ayuda. A los cuarenta y nueve meses se lava y seca manos y cara.

A medida que va creciendo su piel se torna seca, gruesa y rugosa. El límite de altura que alcanza es de 1,52 cm. Las niñas padecen obesidad en la segunda infancia y en la adolescencia. Su cabello es fino, ralo y lacio; el vello axilar y el de la barba son escasos.

Los signos más característicos del síndrome de Down son:

- a) Líneas de los cuatro dedos (pliegue de simio en las palmas).
- b) Dedo meñique corto.
- c) Manos cortas y anchas.
- d) Hiperflexibilidad.
- e) Apertura palpebrales oblicuas.
- f) Epicanto.
- g) Lengua escrotal.
- h) Irregularidades de la implantación de los dientes.
- i) Paladar alto y estrecho.
- j) Braquicefalia.

El perfil es aplastado. La frente presenta pliegues y arrugas. En los niños que tienen ojos azules se advierten las manchas de Brush-fiel, que son pequeñas máculas blanquecinas del iris cerca del limbo. Sus orejas son pequeñas, prominentes; el lóbulo es pequeño o está ausente, el helix enrollado e implantación baja. Su nariz es pequeña, ancha y el puente nasal aplanado. Su boca es pequeña y la mantiene constantemente abierta. Es común el babeo. Sus labios son anchos y gruesos; irregulares, secos y fisurados. La lengua es grande, surcada y protulda. El paladar es alto, arqueado y estrecho. La erupción de sus dientes es tardía. La primera dentición no está completa antes del cuarto o quinto año. La erupción dental no sigue el patrón habitual, los molares aparecen antes que los incisivos. La segunda dentición empieza más regular, pe-

ro incompleta. Sus dientes son pequeños; los incisivos laterales -- son cónicos y todos están alineados irregularmente. Presenta diastemas y apíflamiento. El paladar es alto, arqueado y estrecho. -- Su encía presenta cambios de coloración (roja y rojo azulado), gingivitis marginal, ulceraciones, bolsas parodontales. Sus maxilares tienen tendencia al prognatismo. Su cuello es ancho, corto y la -- piel de la nuca redundante (cuello alado). Presenta el tórax de quilla (de pájaro o pichón); pezones planos, soplos cardíacos. Su abdomen es voluminoso y presenta hernia umbilical. En el hombre -- los caracteres sexuales secundarios aparecen pobremente desarrollados, tanto el pene como en escroto. En adultos estos órganos -- son también considerablemente pequeños. El vello púbico es lacio y escaso. En las mujeres los caracteres sexuales secundarios son tardíos en su aparición y pobremente desarrollados. En las mujeres adultas los labios mayores son grandes, y el clitoris está hipertrofiado. Los labios menores mal desarrollados o están ausentes, los ovarios y el útero son pequeños.

En las extremidades encontramos hipotonía muscular e hiperflexibilidad de las articulaciones.

Las manos son pequeñas y cortas; blandas y bofas; los dedos son -- cortos y afilados; el quinto dedo es más corto e incurvado; un solo pliegue de flexión del quinto dedo, las líneas palmares son hirozontales.

Los pies son pequeños, anchos y planos; encontramos un pliegue en tre el primer y segundo dedo; el tercer dedo es más grande que el segundo.

También encontramos alteraciones de los aparatos y sistemas:

Aparato cardiovascular - Encontramos ausencia completa del tabique inter-auricular; persistencia de la comunicación aurículoventricular; persistencia del conducto arterioso; estenosis pulmonar; hipertrofia del ventrículo derecho; arteria pulmonar normal dilatada, etc.

Glándulas de secreción interna:

Tiroides - Bocio coloide; tiroiditis linfática crónica.

Timo - Los cuerpos de Hassall son más grandes y numerosos.

Hipófisis - Subdesarrollo y deficiencia de células cromóforas e incapacidad para formar elementos cromóforos; todas las glándulas de la hipófisis presentan también hipofunción.

Gónadas - La menarquia se retrasa, los ciclos menstruales son irregulares; la menopausia se presenta en época temprana.

Corteza suprarrenal - Aspecto fetal persistente; la médula presenta un grado variable de hipertrofia y fibrosis; en algunos casos la corteza adrenal se encuentra considerablemente degenerada.

Alteraciones del Hígado - Encontramos fibrosis, degeneración del parénquima y congestión.

Alteraciones de los Pulmones - La mucosa respiratoria es susceptible a las infecciones: Neumonías, Bronquitis y Tuberculosis.

Alteraciones en el Intestino - Encontramos una falta de funcionamiento de la porción terminal del intestino grueso; microcólón; megacólón; estenosis del cólón.

Alteraciones del Riñón - Los riñones son pequeños y de bajo peso.

Alteraciones del Sistema Nervioso Central - Microcefalia y agenesia o hipoplasia del cuerpo caloso.

Estudio Radiológico - Encontramos hipoplasia de la falange media del quinto dedo; disminución del ángulo iliaco y acetabular; falta de desarrollo del maxilar y de la mandíbula; anomalías en el desarrollo de los dientes; ausencia de senos frontales.

El desarrollo mental de los niños con síndrome de Down depende fundamentalmente de:

- a) Grado de madurez biológica del sistema nervioso central cuando el niño nace.
- b) Aspectos educativos.
- c) Terapéutica médica complementaria.

La edad mental alcanzada por estos niños difícilmente supera el 50% de su edad cronológica. Probablemente la deficiencia mental no se manifieste al nacer el niño; en los primeros años dan la sensación de alertas y capaces para el aprendizaje; pero más tarde les es difícil continuar aprendiendo.

Algunos niños aprenden a leer y otros a escribir. El desarrollo emocional y el comportamiento permanecen estacionarios en un nivel infantil.

Los niños son alegres, sociables, cariñosos; pero también suelen ser obstinados. En ocasiones tienen facilidad para la mímica; a muchos les atrae el canto, el baile y la música; tienen sentido del ritmo y son ejecutantes de instrumentos musicales, sobre todo de percusión y rítmicos.

Si se les trata bien son seres encantadores, afectuosos y tiernos. Cuando algún niño percibe que es rechazado se torna irritable, hueraño, con gran inestabilidad emocional y lo que es más importante se restringe de modo importante sus desarrollos mentales y psicológicos.

Tratamiento Psicopedagógico.

Gran parte del tratamiento se basa en procesos de rehabilitación y educación especial. Un principio básico en la educación es la estimulación precoz y oportuna. Si transcurren los primeros meses

de vida del niño sin atención multidisciplinaria; es decir sin ayuda del neurólogo especializado, del terapeuta físico, del terapeuta de lenguaje y del adiestramiento de los padres, convenientemente se habrá perdido irreversiblemente.

En el deficiente mental con Síndrome de Down faltan muchas de las coordinaciones motrices de postura, de movimiento, de cabeza, -- etc., lo cual limita la evolución intelectual posterior.

Un programa de estimulación debe estar basado en:

- a) Conciencia de su propio cuerpo.
- b) Dominio del equilibrio.
- c) Control y aprovechamiento de coordinaciones globales y segmentarias.
- d) Control de la inhibición voluntaria y de la respiración.
- e) Organización del esquema corporal y orientación en el espacio.
- f) Una correcta estructuración del espacio temporal.
- g) Las mejores posibilidades de adaptación al mundo exterior.

No importan las técnicas o procedimientos que se usen, si están adecuados a cada etapa de la maduración nerviosa.

Se debe de entrenar a los padres y al maestro especialista en los siguientes puntos:

1. Conductos motrices de base.

2. Conductos neuromotrices estrechamente ligados a su particular proceso de maduración.
3. Conductos perceptivomotrices ligadas a la conciencia y a la memoria.

Se trata de mantener al niño dentro de un ambiente de afecto y seguridad y ayudar en su desarrollo físico y mental; asimismo en el aspecto social y emocional.

Cuando llega el niño a los dos o tres años, se debe iniciar una estimulación dirigida por especialistas en el área pedagógica; de lo cual se encargan las instituciones especializadas. Cuando no se cuenta con estas instituciones es aconsejable que se les permita a los pequeños la asistencia a jardines de niños normales siempre y cuando también reciban educación especial en el hogar.

Es necesario considerar dentro del entrenamiento los siguientes puntos:

1. Los hábitos: Porque son modos de conducta adquiridos que contienen un cierto ordenamiento y sistematización que al automatizar la acción la facilitan.
2. Los estímulos: Los cuales deben tener tres características:
 - a) Estar ligados a los intereses del niño.

- b) La intensidad debe estar adecuada al nivel de madurez.
- c) Deben ser abundantes y variados.

Se consideran cuatro áreas básicas en el aspecto de la educación - después de los tres años de edad.

La primera, es la educación psicomotriz.

La segunda, la estimulación perceptual.

La tercera, la terapia del lenguaje.

La cuarta, los conocimientos fundamentales.

Es posible por medio de la educación psicomotriz favorecer la evolución, llevando al niño poco a poco al control y al dominio de su propio cuerpo; y comprende tres niveles:

- a) La conciencia y el conocimiento mediante ejercicios elementales que le permitan conocerse y diferenciar sus segmentos.
- b) El control de sí mismo, para movilizarse, orientarse, es decir, disponer de su cuerpo.
- c) La capacidad de dibujar un hombre (representación mental) y diferenciar sus propias acciones.

La finalidad de la estimulación perceptual es llegar a una aplicación correcta de las actividades perceptuales: visión, audición, tacto, cinestesia, olfato, gusto, equilibrio. Para lograr esto se --

lleva a cabo un programa de gimnasia mental.

El sentido del ritmo en el niño con Síndrome de Down es importante porque permite flexibilidad, relajamiento; logrando adiestramiento de la mano como base de sus actividades escolares: escritura; las actividades de la vida diaria: vestirse, desvestirse, comer, etc., actividades de esferas. La finalidad es llevarlo al logro de una autonomía elemental.

Es importante preparar al niño para su desempeño como miembro de la sociedad. En pocas palabras se debe de conducir gradualmente al niño con síndrome de Down hacia el logro de hábitos, habilidades, conocimientos y aptitudes que le permitan desempeñar una ocupación o actividad a cambio de la cual obtenga los recursos económicos necesarios para, cuando menos, su subsistencia individual. Actualmente llegan a vivir arriba de 30 años gracias a los avances en cirugía cardiovascular y al tratamiento y prevención de las enfermedades infectocontagiosas.

EL NIÑO DEFICIENTE FÍSICO.

Las principales deficiencias físicas que se presentan en los niños es la sordera y la ceguera.

En la sordera existen tres grupos:

- a) Personas sordas de nacimiento o desde la primera infancia, en

las que la pérdida de la audición es tan grande que llegan a hablar solo después de un aprendizaje especial.

- b) Personas que contraen sordera luego de haber adquirido dominio del habla.
- c) Personas parcialmente sordas, capaces de oír con más o menos dificultad.

Los factores causales más importantes son la herencia y las enfermedades, entre las cuales se encuentran la meningitis cerebral y la fiebre escarlatina, asimismo y con menor frecuencia el sarampión, las paperas.

Los sordos en general constituyen un grupo capaz de bastarse por sí solo, pues está en condiciones de ejecutar cualquier tarea que no exija directamente el uso de la audición.

Las escuelas especiales imparten preparación profesional, educación y enseñanza de oficios como zapatería, carpintería, talabartería, asimismo se les da cursos de ortofonía, destinado a corregir los defectos de la articulación y lenguaje.

La ceguera: Es la ausencia de la capacidad de distinguir entre la luz y sombra. Las principales causas son:

1. Enfermedades infecciosas, entre las que se encuentran: la

ophthalmia neonatorum (enfermedad ocular en los neonatos), la sífilis, la meningitis, lesión traumática, los neoplasmas (tumores), enfermedades del sistema nervioso y del sistema vascular, enfermedades generales como son: diabetes, nefritis.

2. Herencia: La herencia es responsable de numerosos casos de ceguera.

Existen escuelas especializadas para ciegos en las cuales les enseñan a leer y a escribir con los dedos. Muchas escuelas imparten clases de educación física, que consta de gimnasia, natación. También se les da cursos de artes manuales. La música ocupa un lugar prominente, algunas escuelas tienen orquestas o bandas y son muchos los alumnos que aprenden a tocar algún instrumento con afinidad al piano.

EL NIÑO DEFICIENTE EMOCIONAL.

Entre las deficiencias más comunes se encuentran:

1. Masoquismo - Muchos niños se comportan mal con el fin de que se les castigue, especialmente cuando la forma de castigo es el látigo o las nalgadas, de esta manera se crean muchos y complicados problemas de conducta. Es difícil comprender la conducta del niño al ser castigado, cuyo objetivo es satisfacer una necesidad afectiva.

2. **Sadismo** - Se observa con frecuencia en algunos niños casos de crueldad. El niño que es castigado teme atacar al adulto que le impuso la pena y suele desahogar su agresividad con un niño más pequeño. Es un trastorno de todo el organismo y cuando aparece a temprana infancia persiste durante toda la vida.
3. **Esquizofrenia** - Se desarrolla frecuentemente en personas que antes de dicha enfermedad mostraban una personalidad cerrada, caracterizada por el retraimiento, la timidez y la propensión al sueño.

Los primeros síntomas pueden estar representados por un accidente o una enfermedad física, pero más a menudo se trata de alguna situación psicológica difícil. Se distinguen cuatro tipos de esquizofrenia:

- a) **Tipo hebefrénico** - Impropiedad de reacción emocional, cierto grado de estupidez, comportamiento y lenguaje grotescos y anormales, las ilusiones son por lo general fantásticas y mudables, es frecuente el uso de neologismos.
- b) **Tipo catatónico** - La aparición de la enfermedad es casi siempre repentina. Los rasgos más característicos son el estupor y la excitación. El individuo afectado es negativista, se niega a hablar, a comer, suele adoptar posturas extravagantes, su

conciencia se halla aparentemente oscurecida. Durante los períodos de excitación muestra una conducta desafiante y destructiva, puede tratar de cometer actos suicidos, homicidas y de automutilación.

- c) Tipo paranoico - Se caracteriza por el desarrollo de delirios, especialmente de grandeza y de persecución.
- d) Tipo simple - Se caracteriza por la falta de interés y ambiciones y por el embotamiento emocional. Son personas inútiles pero inofensivas.

El pronóstico de la enfermedad en los niños es más grave que en los adultos.

La esquizofrenia infantil involucra un retraso en la maduración al nivel embrionario caracterizado por una plasticidad primitiva en todas las áreas, a partir de las cuales se desarrolla la conducta posterior.

La ansiedad es la respuesta orgánica y psicológica que torna necesarios los mecanismos de defensa.

Existen tres tipos de cuadros clínicos determinados en parte por los mecanismos de defensa:

1. El niño pseudodefectuoso o autista, retardado, inhibido.

2. El niño pseudoneurótico con mecanismos neuróticos y ansiedad evidente.
3. El niño pseudopsicopático con tendencia a actuar a través de una conducta antisocial.
1. El niño con cuadro pseudodefectuoso es típicamente autista, reprimido, inhibido, callado. Presenta un tono muscular inadecuado que no responde a la estimulación y una conducta postural y motora con rasgos inmadurados.
2. El niño con un cuadro pseudoneurótico ofrece ansiedad, fobias, obsesiones, defensas hipocondríacas. Presenta procesos mentales perturbados, trastornos del habla, distorsiones exageradas. La psicoterapia es recomendable para estos niños.
3. El niño con conducta pseudopsicopática presenta hacia fines de la infancia o comienzos de la pubertad un cuadro de ideación paranoide y dificultades para identificarse o relacionarse con sus iguales. Tiende a actuar con conducta agresiva y antisocial. Se siente perseguido, y son rebeldes. No experimenta culpa o ansiedad.

En los niños más pequeños el trastorno en el equilibrio homeostático es evidente ya que se trata del área más importante de la conducta infantil. La homeostasis es inmadura y desorganizada.

En las dificultades en la percepción aparece la incapacidad para tolerar los estímulos especialmente las relacionadas con la gravedad. Por lo que suele responder con terror al juego antigravitacional, a los giros o a las fantasías de vuelo. En ocasiones también reacciona con terror a las sensaciones auditivas fuertes.

En el período de la primera infancia las defensas neuróticas tienden a desarrollarse rápidamente con actividad rítmica, compulsiones, obsesiones, fobias, trastornos en el patrón del habla, en el lenguaje. Este suele ser un período provechoso para la psicoterapia y el uso de agentes farmacológicos destinados a aliviar la ansiedad. Si el niño entra en el período de latencia (seis años) sin haber estructurado su conducta infantil, el pronóstico no es favorable. Adquirirá más tarde tales capacidades, pero habrá perdido los mejores años para el desarrollo del yo y de la personalidad.

El período de los seis años es crítico. Las niñas presentan a menudo episodios psicóticos más dramáticos, o cuadros neuroticos de tipo histérico, que suelen ser de corta duración. Muestran un interés obsesivo por las tareas escolares.

El varón de seis años tiene actitudes de bebé, generalmente desorganizado, inmaduro, tímido; los rasgos más comunes son la mala adaptación escolar y la incapacidad para devolver la agresión. En esta edad pueden ser peligrosamente agresivos, vagar sin rumbo.

fijo, tratar de volar desde puntos elevados, provocar incendios, -- agresivos con criaturas más pequeñas y experimentar con la muerte.

Generalmente es más grande el número de varones esquizofrénicos que niñas.

La pubertad es el mejor período en el desarrollo de muchos niños esquizofrénicos. Muchos niños parecen tener remisiones espontáneas en esta época, pero generalmente hay una marcada mejoría -- desde el punto de vista emocional, intelectual y social.

4. Pensamiento autístico normal - Es una forma de sueño a que se entrega el niño inhibido, al extremo de verse forzado a buscar la mayor parte de sus satisfacciones en las creaciones de su propia imaginación. En este tipo de enagenación mental el niño se distancia completamente de la realidad, ni siquiera sintoniza con las conversaciones de quienes lo rodean. El pensamiento autístico transforma lo irreal en hecho.
5. Epilepsia - Se refiere a los trastornos de la conciencia y de la actividad voluntaria normal. Las causas más comunes son:
 - a) Causas inmediatas, excitantes, o precipitantes: tensión emocional, intensa estimulación sensorial.
 - b) Causas remotas o básicas, derivadas de trastornos orgánil

cos del cerebro u otras partes del cuerpo: defectos, traumas, infección, tumor o hemorragia cerebral, intoxicación.

- c) Una peculiaridad hereditaria de naturaleza fisicoquímica -- y/o reacción de las células nerviosas cerebrales.

Los dos primeros años de vida y la adolescencia son los períodos en que la mayor parte de los epilépticos sufren sus primeros ataques.

Las principales características son:

1. Pérdida del conocimiento (que puede ser transitoria y leve o -- prolongada y profunda).
2. Actividad motora involuntaria (que varía desde las contracciones espasmódicas de un solo grupo muscular hasta las graves convulsiones generalizadas.)
3. Sensaciones anormales: somáticas o viscerales.
4. Conducta anormal, (en forma de actividad más o menos automática asociada a un evidente oscurecimiento de la conciencia.)

Los ataques epilépticos se clasifican en diferentes tipos según las características predominantes. Entre las más comunes están:

- a) Ataques motores - Aparecen convulsiones intensas y generalizadas, con frecuencia están precedidas por un ataque sensorial. -

A menudo se observa la pérdida del conocimiento, caída, rigidez generalizada, convulsiones seguidas de relajamiento y luego por lo general el enfermo cae en un sueño profundo. Ocasionalmente sobreviene un período de actividad psicomotora confusa, automática y a veces violenta.

- b) **Ataques sensoriales** - El paciente tiene la sensación de malestar (generalmente epigastricas), dolor, picazón, entumecimiento, en distintas partes del cuerpo. También presenta fenómenos de alucinación auditiva y visual, zumbidos y destellos luminosos.
- c) **Ataques psíquicos** - La principal característica es la pérdida del conocimiento y de la función intelectual, incluyendo ataques psicomotores y alusiones (estado de ensañación). Es llamado el "pequeño mal" porque en algunos casos es tan leve que pasa casi inadvertido.

La vitamina K resulta importante para el tratamiento, así como el difenilhidantoinato de sodio.

- 6. **Delincuencia** - Desde el punto de vista psicológico, la delincuencia puede considerarse como síntoma de un desequilibrio emocional, profundamente arraigado.

Los más importantes factores emocionales que contribuyen a la de-

lincuencia se encuentran los sentimientos de inseguridad, de insuficiencia y de inferioridad.

Los niños no nacen para la delincuencia, si caen es porque sus padres u otras personas han faltado a sus deberes. El niño delincuente es la consecuencia del niño descuidado.

Las causas de la delincuencia son:

El desequilibrio producido por la pobreza, la crianza impropia, la carencia de educación, la incomprensión, padres alcohólicos, incompatibilidad entre padres e hijos o entre padres, y sobre todo atención de los padres. Aún los niños ricos y privilegiados pueden llegar a ser delincuentes.

Puede comenzar con detalles aparentemente sin consecuencias, como el desafío, la inquietud, la mentira, la obstinación, la crueldad hacia los niños y animales pequeños. Estas características no son necesariamente síntomas de delincuencia pero si son características de un niño desdichado e inadaptado.

El niño debe recibir una buena educación desde el primer día de vida; necesita vivir en un ambiente sano: centro de recreación, condiciones hogareñas agradables, cosas hermosas y cómodas.

3. EL NIÑO SOBREDOTADO -

Se han utilizado diversos términos para designar al niño sobredota-

do: genio, superior, brillante, etc.

Se consideran sobredotados a aquellos que poseen aptitudes sociales o mecánicas, científicas, artes, así también a aquellos con una -- elevada inteligencia general.

El niño sobredotado no puede ser identificado únicamente por su -- elevada inteligencia, es necesario estudiar al niño en su totalidad; -- para esto se deben obtener datos de los test, de los maestros y de los padres; entre los principales datos que debemos obtener están:

1. Datos personales, (nacimiento, edad, etc.).
2. Salud física.
3. Capacidad intelectual.
4. Desarrollo socioperonal, (necesidades y habilidades ya desa- rrolladas).
5. Historia escolar.
6. Rendimiento en las materias principales.
7. Intereses y entretenimientos.
8. Capacidades especiales, (talentos).
9. Actividades extraescolares.

Los maestros y los padres deben detectar tempranas capacidades -- especiales del niño.

También existen rasgos personales y mentales que contribuyen a la

identificación del niño sobredotado. Generalmente suelen tener estas características:

1. **Intelectuales:** En relación con los demás niños a:
 - a) Poseer una superior capacidad para razonar, generalizar, comprender significados y pensar lógicamente.
 - b) Realizar tareas mentales sumamente difíciles.
 - c) Aprender más rápido y fácilmente.
 - d) Manifestar curiosidad intelectual.
 - e) Poseer una superior comprensión de los problemas.
 - f) Manifestar superioridad en la capacidad de la lectura, respecto a la velocidad y la comprensión, en el uso del lenguaje, en el razonamiento aritmético, en ciencias y artes.
 - g) Realiza independientemente un trabajo eficiente.
 - h) Muestra originalidad e iniciativa en tareas intelectuales.
 - i) Manifiesta poca paciencia con los procedimientos y ejercicios de rutina.
 - j) Exhibe capacidad de observación.
 - k) Tiene interés por el futuro, preocupación por el origen y la muerte.

Los niños sobredotados superan a los niños normales en aritmética, ortografía, ciencias e historia.

2. Físicas: en relación con los demás niños:
 - a) Es ligeramente más pesado y más alto.
 - b) Es algo más fuerte y tiene buena salud.
 - c) Está más avanzado en el proceso de osificación.
 - d) Alcanza la madurez a temprana edad.

3. Sociales y emocionales: en relación con los demás niños:
 - a) Es más cortés, obediente, es capaz de llevarse bien con los demás.
 - b) Posee un superior poder de autocrítica.
 - c) Tiene ideas demasiado avanzadas para sus compañeros.
 - d) Prefiere con frecuencia los juegos con un nivel de dos o tres años por encima de su edad.
 - e) Manifiesta preferencia por los juegos que incluyen reglas, y juegos complicados que requieran actividad mental.
 - f) Cuando se trata de un niño pequeño, crea un gran número de compañeros imaginarios de juego.
 - g) Prefiere como compañeros de juego a niños mayores que él.

Deja de interesarse por los libros infantiles tempranamente; y suele buscar libros y revistas para adultos.

Los entretenimientos favoritos son:

1. Colecciones, (generalmente de carácter científico: cochinillas, insectos, etc.).
2. Ejecución de instrumentos musicales.
3. Lectura.
4. Teatro.
5. Actividades de campamento.

Muchas veces el niño sobredotado se siente solo a causa de las diferencias entre los intereses de actividades de los demás niños de su edad y las propias. Cuando más elevada sea su edad mental, mayor será el sentimiento de soledad. A menudo el niño sobredotado se aparta hacia actividades solitarias. Los problemas sociales son más agudos que los problemas de los niños medianamente sobredotados. También suele acosarle un sentimiento de inferioridad. Es incapaz de participar en juegos como un niño cualquiera, ya sea porque se interesa más en actividades intelectuales o porque sus compañeros (si se trata de niños mayores) son más maduros en desarrollo físico y coordinación motora.

Se debe de orientar al niño desde los años preescolares hasta la madurez.

En la escuela puede emplear una parte del día con el grupo de su propio grado y el resto en clases especiales de naturaleza avanza-

da. Los grupos especiales pueden realizarse en la escuela común como parte del programa, o en la comunidad bajo la dirección de ciudadanos interesados y capaces.

El maestro debe ser activo, amistoso y comprensivo; debe tener cualidades personales que los niños aprecien y deseen. Debe procrear una atmósfera que elimine las tensiones y satisfaga las necesidades. También debe estar preparado para trabajar con los padres que no brindan a sus hijos las oportunidades que estos necesitan.

B.

1. CONFLICTOS ENTRE PADRES E HIJOS -

Los padres se enfrentan con muchas dificultades sociales y emocionales que surgen en el desarrollo de los niños en los primeros años de vida.

Algunos años atrás el mundo del niño hasta los cinco o seis años era casi exclusivo de la madre. Al padre, salvo alguna excepción, no se sentía admitido del todo. El padre entraba en escena hasta el momento en que el niño ya mayor necesitaba de "una mano más firme"; entonces el padre por tradición y derecho ejercía el elemento de autoridad.

La obediencia es un medio de educación y el problema radica en las circunstancias en que se debe reclamar la obediencia de los

hijos y en como impartir las órdenes y prohibiciones.

Cuando se dice que el niño debe obedecer, de ninguna manera significa que el niño no dará un paso sin el consentimiento de los padres ni que sea dócil, ni que esté sujeto a todos los caprichos de los padres. Esto significaría hacer un inepto del niño.

Al niño se le debe de pedir solo lo que conviene a su edad y a su etapa de desarrollo.

Cuando se le ordena algo con voz amable y los padres se muestran tranquilos, es fácil disponerlo.

Es aconsejable mantenerse firme de una orden, sin dejarse intimidar por las mañas del niño. Por ejemplo: cuando se le dice al niño "no hagas eso", y sin tener la intención de hacer cumplir la orden, el niño se dará cuenta de que llorando y rablando hará que se desista de ésta. La blandura de los padres en nada ayuda al niño, solo para confundirlo. Sería mejor no intentar dirigir sus actividades y dejarlo hacer tranquilamente lo que él quiera.

Cuando se está dispuesto a insistir en el cumplimiento de una orden, se debe tener cuidado de que éstas sean justas y sensatas.

Actualmente los papás jóvenes si bien por voluntad u obligado por las circunstancias, acepta tomar parte en todos los menesteres del bebé: el biberón y los pañales; por lo cual son personas activas -

en la vida del niño. Todo lo que haga el padre por su hijo: jugar, darle de comer, etc., hace que el niño sienta un vivo interés y -- afecto hacia él.

La indispensable autoridad del padre debería encontrar ahí una base de comprensión y confianza.

Tanto los padres como los niños deben tener demasiada paciencia: -- pues en ocasiones los niños tienen rachas en que son insoportables; así también los padres cuando están de mal humor.

Hay personas cuya paciencia es admirable. Por ejemplo los abuelos son más pacientes que los padres y los padres son más pacientes con los hijos pequeños que con los mayores.

El diálogo entre padres e hijos no nace de repente. El verdadero diálogo supone un encuentro de confianza. Querer empezar el diálogo cuando los hijos están precisamente saliendo de la infancia es demasiado tarde.

Cuando el niño tiene seis u ocho años, las cosas marchan sobre -- ruedas. El niño tiene confianza total en sus padres, se siente -- amado y lo cuenta todo, y justamente porque cuenta todo a esta -- edad, los padres dialogan poco con él y apenas lo escuchan. Es -- necesario hacerle preguntas y mejor aún si el relato de actividades del niño es seguido del relato de actividades de los padres. En la

etapa escolar (9 y 12 años) los padres están expuestos a perder toda posibilidad de diálogo con los hijos.

Con demasiada frecuencia los niños son confiados a los abuelos, y suele suceder que los abuelos intervengan considerablemente en la educación de éstos. Es a los padres a los que les corresponde ocupar su puesto de primeros responsables de sus hijos, ganarse su confianza y tomar decisiones importantes respecto a ellos.

Cuando los padres discuten en presencia de sus hijos, los niños sufren. Un niño se impresiona siempre con los gritos y las discusiones entre los padres y no solo cuando es pequeño; el niño suele reaccionar ante estos sucesos con actitudes desconcertantes: agresividad, insolencia, llantos, pereza, etc. La agresividad en el infante va dirigida frecuentemente al adulto, más que a un pequeño; toda esta situación demanda atención por parte del adulto, el cual se exaspera hasta estallar en agresividad contra el niño.

Ante estos conflictos el niño se angustia, se siente olvidado, marginado, en ocasiones llega a imaginarse que sus padres discuten a causa de él y que toda la culpa es suya; este sentimiento es más vivo si el conflicto estalla a causa de la actitud del padre o de la madre hacia el niño.

Cuando los padres están divorciados, es necesario tratar al niño con el mismo cariño. Los padres deben inculcarle que el padre

ausente (casi siempre es el padre) lo sigue queriendo, pese al hecho de haber abandonado a la familia; pero si en realidad el padre no se preocupa por el niño, es decir que no lo quiere, será contraproducente decirle lo contrario, pues él se dará cuenta del engaño.

También hay padres que viviendo con la familia nunca ven a sus hijos.

No es recomendable contarle todos los detalles sobre las causas del divorcio, ni engañarlo diciéndole solo méritos y virtudes del ex cónyuge. Hay un término medio que el niño sabrá entender.

Cuando los padres discuten constantemente, es mejor en muchas ocasiones que se lleve a cabo el divorcio. Cuando ya se ha llevado a cabo el divorcio, el ambiente en el hogar es más tranquilo, pues los padres no se enojan tan fácilmente.

2. NIÑOS MALTRATADOS -

Se ha observado que algunos niños son agredidos desde la primera semana de vida, en el cual se advierte que son mayor número de hombres que mujeres, según estadísticas que se han realizado las cuales se encuentran en el libro del Dr. Marcovich.

Las razones por las que son agredidos son:

1. Porque pedía comida.
2. Por no poder mantenerlos.

3. Por no traer dinero a su casa.
4. Porque lloraba.
5. Porque no obedecía.
6. Porque hacía travesuras.
7. Porque no controlaba sus esfínteres.

Las lesiones más comunes son:

1. Quemaduras de cigarrillos, hierros calientes u otros objetos calientes.
2. Los azotes con reatas mojadas, cuerdas y cinturones.
3. Los castigos: dejarlos hincados sobre corcholatas, baños con agua helada, encierros y amarres en cuartos, intoxicaciones con yerbas y barbitúricos y ayunos prolongados.

Entre las lesiones que causan la muerte del niño se encuentran:

1. Ahorcamiento con corbata o cuerda.
2. Lesiones con armas de fuego.
3. Lesiones con objetos punzocortantes.
4. Asfixia por bolsas de plástico, colgadura de manos, encierro en el congelador o en un velz, arrojamiento a los animales, canibalismo.

De los niños que quedan vivos un gran número queda lisiado permanentemente.

Existe también otra forma de agresión que no es física; por ejem-

plo con frecuencia alguno de los padres o ambos amenazan al niño con dejar de quererlo y con abandonarlo; este tipo de agresión le lleva a un estado de inferioridad infantil, en el cual dependerá primordialmente de sus padres para satisfacer sus necesidades.

La amenaza de abandono se emplea todos los días y la angustia -- que genera no pasa tan rápidamente como el dolor físico.

El niño maltratado denota según el tiempo a que ha estado sujeto -- al maltrato o el abandono los siguientes síntomas:

1. Desnutrición en grados variables.
2. Retraso psicomotor.
3. Hostilidad y llanto constante, o bien una indiferencia total al medio.
4. En su piel se observan cicatrices múltiples.
5. Zonas de deformidad por fracturas.
6. Presentan talla inferior a la que le corresponde.
7. Se mantiene en guardia ante cualquier persona extraña.

Las principales causas que originan el maltrato a los hijos son:

- a) Los hijos no deseados - Los cuales sufren desde su nacimiento el rechazo y abandono de los padres.
- b) Factores genéticos - Se conocen enfermedades que alteran el metabolismo cerebral, a las cuales están ligadas la agresión. - Por ejemplo: el síndrome de Lesch Nyham, en el cual hay --

una conducta compulsiva de agresividad; este padecimiento se debe a la acción de un gene recesivo ligado al cromosoma X. Igualmente en la conducta antisocial o excesivamente agresiva se ha encontrado que muchos casos están ligados a los casos de el síndrome de Klinefelter (XXY).

- c) La frustración intensa de los padres ante un niño con limitaciones físicas o intelectuales.
- d) La descarga de la ira por un conflicto conyugal.
- e) La adopción de actitudes autoritarias irracionales e impositivas, porque los padres mismos son o han sido víctimas de este tipo de autoridad, en su propia familia o en el trabajo.
- f) El miedo de perder la autoridad sobre los hijos, es decir una amenaza que los padres sienten hacia su propia dignidad y respeto.
- g) La herida sentimental que uno de los padres siente cuando uno de sus hijos se liga amorosamente al otro progenitor.
- h) Por celos, cuando a sus progenitores nadie les prodigó cuidados y ternura en su infancia, aparece un resentimiento intenso ante el bebé o el niño que quiere y exige lo que ellos nunca recibieron.

Las consecuencias psíquicas del daño en el sistema nervioso cen-

tral producido por golpes recibidos principalmente durante el primer año de vida, época en que el sistema nervioso central está -- aún en desarrollo y es más vulnerable a la agresión, son: retraso mental y perturbaciones emocionales severas.

Casi siempre el niño golpeado acaba por aceptar la imagen que de ellos tienen sus padres, se convencen de que son malos y merecen ser golpeados.

La actitud del niño hacia la sociedad es de desconfianza y recelo, - hostilidad y venganza. Presenta apatía y desgano, crece en un mundo que no despierta interés.

Es difícil precisar hasta que punto las perturbaciones se derivan - del daño al sistema nervioso central y hasta que punto del daño -- emocional.

Los defectos emocionales que el niño golpeado presenta, interfieren con su función de padre o madre a su tiempo y repiten el maltrato en sus propios hijos, siguiendo los modelos que ellos vivieron. -- Se ha observado que los padres golpeadores frecuentemente resul-
tan ser hijos de padres golpeadores a su vez.

Las características principales del agresor son:

1. Casi siempre es menor de treinta años.
2. Hay predominio del sexo femenino cuando son menores de dieci nueve años.

3. Madres solteras.
4. Madres abandonadas.
5. Mujeres que ejercen la prostitución.
6. Mujeres que fueron producto de incesto.
7. Padrastros y madrastras.
8. Padres alcohólicos.
9. Drogadicción.
10. Padres desocupados con más de cuatro hijos.

Las consecuencias que sufre el agresor son:

- a) Muy pocos consiguen su libertad.
- b) Otros son encarcelados.
- c) Otros recurren al suicidio al ver a su hijo muerto.

Los agresores son personas que viven en relaciones muy deficientes con los miembros de su familia. Generalmente se casan con alguien muy parecido a ellos. Cuando tienen crisis no tienen donde apoyarse, pues los dos son iguales de vacíos. Buscan sentir algo de satisfacción y se vuelven hacia su bebé en espera de que responda, lógicamente el bebé fracasa y por lo tanto es un niño malo y hay que castigarlo.

Se han intentado varias formas de tratamiento hacia el agresor, entre las cuales están:

- a) Proporcionar una nueva experiencia de paternidad.

- b) Tratar de enseñarles a que confíen en las demás personas, -- que se sientan seguros cuando buscan ayuda.
- c) Que aprendan a gozar de sus propias vidas.
- d) Que aprendan a comprender mejor a los niños.

No existe ninguna institución que proporcione tal ayuda a los padres agresores; pero existen grupos de auto-ayuda (padres anónimos). Estas personas que han abusado de sus hijos se reúnen, -- platican y se ayudan mutuamente.

Si a pesar de todos los esfuerzos que se hagan para ayudar a los padres no se logra obtener éxito, lo más apropiado será que entreguen a sus hijos en adopción, para que tenga oportunidad de crecer en forma sana y en otro ambiente.

Cuando los padres son encarcelados, los niños son llevados a instituciones que cuidan de ellos mientras se encuentran padres adoptivos o sus o su padre salen en libertad y se esté seguro de éstos -- están en condiciones de educarlo adecuadamente.

3. NIÑOS SIN HOGAR -

El hecho de que exista un gran número de niños sin hogar se debe principalmente a que el niño es abandonado, a que ha perdido a su familia, a que la madre por propia voluntad lo regale a terceras -- personas, a que los padres carecen de medios económicos para su

subsistencia. Una causa predominante de tipo social es la que realiza la madre soltera que aún gozan de estado de "hijas de familia". Así pues concibe y da a luz sin contraer matrimonio y por los prejuicios sociales se ven obligadas por sus propios padres a ocultar el advenimiento de su hijo y a borrar todo vestigio de él y lo abandonan, o lo regalan.

Es así como los niños sin hogar llegan a instituciones especializadas para hacerse cargo de ellos y posteriormente entregarlos en adopción.

Las formas más comunes de abandono son: En vía pública, en la iglesia, en el parque, en el centro hospitalario donde la madre dió a luz, en un centro de atención infantil, etc. Las primeras formas enunciadas se consideran que son de tipo "criminal", pues algunos niños mueren antes de encontrar a sus padres o de enviarlos a la casa cuna o casa hogar.

Las sanciones que se establecen en el delito de abandono son: pérdida de la patria potestad y la privación de la libertad que puede ser de un mes a cuatro años.

4. HIJOS ADOPTIVOS -

Las instituciones que se encargan de cuidar de los niños mientras son dados en adopción son las casa cuna y las casa hogar, las cua

les toman en cuenta un gran número de requisitos que deben cubrir las personas interesadas en hacer la adopción.

Entre los requisitos se encuentran los legales y los institucionales,

LEGALES.

El código civil marca los elementos subjetivos jurídicos para proceder al trámite de la adopción ante los juzgados de lo familiar de la ciudad de México.

1. Artículo 390. El mayor de 25 años, libre de matrimonio en pleno ejercicio de sus derechos, puede adoptar uno o más menores, o a un incapacitado, aún cuando éste sea mayor de edad, siempre que el adoptante tenga 17 años más que el adoptado y que acredite además:

I. Que tiene medios bastantes para proveer a la subsistencia y educación del menor o al cuidado y subsistencia del incapacitado, como hijo propio, según las circunstancias de la persona que trata de adoptar.

II. Que la adopción sea benéfica para la persona que trata de adoptarse.

III. Que el adoptante sea persona de buenas costumbres.

IV. Cuando circunstancias especiales lo aconsejen, el juez pue-

de autorizar la adopción de dos o más incapacitados o de menores e incapacitados simultáneamente.

2. **Artículo 391.** El marido y la mujer podrán adoptar, cuando los dos estén conformes en considerar al adoptado como hijo y aunque solo uno de los cónyuges cumpla el requisito de la edad a que se refiere el artículo anterior, pero siempre y cuando la diferencia de edades entre cualquiera de los adoptantes y el adoptado sea de 17 años cuando menos.
3. **Artículo 392.** Nadie puede ser adoptado por más de una persona salvo en el caso previsto en el artículo anterior.
4. **Artículo 393.** El tutor no puede adoptar al pupilo, sino hasta después de que hayan sido definitivamente aprobadas las cuentas de tutela.
5. **Artículo 394.** El menor o el incapacitado que hayan sido adoptados, podrán impugnar la adopción, dentro del año siguiente a la mayoría de edad o a la fecha en que haya desaparecido la incapacidad.
6. **Artículo 395.** El que adopta tendrá respecto de la persona y bienes del adoptado, los mismos derechos y obligaciones que tienen los padres respecto de la persona y bienes de los hijos.

7. **Artículo 396.** El adoptado tendrá para con la persona o personas que lo adoptan, los mismos derechos y obligaciones que tiene el hijo.
8. **Artículo 397.** Para que la adopción pueda tener lugar, deberán consentir en ello en sus respectivos casos:
 - I. El que ejerce la patria potestad sobre el menor que se trata de adoptar.
 - II. El tutor del que se va a adoptar.
 - III. Las personas que hayan acogido al que se pretende adoptar y lo traten como a hijo, cuando no hubiere que ejerza la patria potestad sobre el que no tenga tutor.
 - IV. El ministerio público, cuando el menor no tenga padres conocidos, ni tutor, ni persona que le imparta protección.

Si el menor que se va a adoptar tiene más de 14 años, también se necesita su consentimiento para la adopción.

INSTITUCIONALES.

1. **Filtro previo.** Para poder otorgar una solicitud de adopción a algún solicitante, debe ser previamente entrevistado por la trabajadora social, debiendo reunir los siguientes requisitos, para que la solicitud le sea entregada:

- a) Matrimonio legalmente constituido.
- b) Acudir personalmente ambos cónyuges.
- c) No ser mayores de 50 años de edad.
- d) De preferencia sin hijos biológicos.
- e) Ser mexicanos por nacimiento y residir en la República -- Mexicana.
- f) Haber realizado estudios mínimos primarios.
- g) Percibir ingresos superiores a tres mil pesos mensuales.

2. Entrega de solicitud. La solicitud se entrega, una vez reunidos los requisitos anteriores, debiendo regresarla en un término no mayor de 30 días, en las siguientes condiciones:

- a) La solicitud deberá ser llenada integralmente.
- b) La deberán firmar ambos cónyuges.
- c) Se devolverá con los siguientes anexos:
 - 1. Una fotografía reciente de cada cónyuge.
 - 2. Certificados médicos de buena salud de ambos cónyuges.
 - 3. Copia certificada de matrimonio.
 - 4. Dos cartas de recomendación.
 - 5. Constancia de trabajo, especificando puesto, antigüedad y sueldo.

3. Estudios técnicos.

- a) Al devolver la solicitud, con los requisitos anteriormente señalados, se procede a dar fecha para la entrevista psicológica.
- b) Una vez que el estudio psicológico fué determinado positivo, se realiza el estudio socio-económico.
- c) Una vez integrado el expediente con los estudios técnicos correspondientes y debidamente dictaminado por el Consejo Técnico de la casa de cuna, se hace saber a los solicitantes, personalmente o por escrito, del resultado de la gestión.

4. Propuesta y entrega del menor.

- a) Una vez aprobada la solicitud, habiendo reunido los requisitos anteriores, el Consejo Técnico selecciona la solicitud más idónea para cada menor que se encuentre en la lista de adopciones.
- b) La selección se lleva a cabo según las características de ambos cónyuges y de su deseo de sexo y edad del menor que pretenden adoptar.
- c) Una vez realizada la selección el matrimonio es citado para la propuesta.

- d) De la propuesta, se desprende la parte legal correspondiente y el menor es entregado 24 horas después de ocurrida aquella.

CAPITULO V
EL NIÑO Y EL ODONTOLOGO

A) CONSULTORIO DENTAL PARA NIÑOS -

El consultorio debe tener una decoración adecuada para niños, desde la sala de recepción hasta la sala de tratamiento. Se puede seleccionar un tema definido para la decoración, por ejemplo, simulando un circo, o el oeste, el espacio o el mar, etc.

Debe haber lecturas infantiles, pequeños juguetes y música apenas audible, todo esto hace desaparecer la tensión.

Es importante el servicio de un ayudante para que el período de -- trabajo sea corto y así el niño no se sentirá en tensión durante mucho tiempo.

El dentista tiene que hacer lo posible por ganarse la confianza del niño. La charla debe ser continua y entretenida, escogiendo temas que le son familiares como el fútbol, el cine, los animales domésticos, etc. Asimismo debe tener mucha paciencia y ser amable.

B) EL NIÑO EN EL CONSULTORIO -

Al entrar el niño en el consultorio es notoria su nerviosidad y miedo. El miedo representa para el dentista el principal problema para el inicio del tratamiento. Hay dos tipos de miedo: el objetivo y el subjetivo.

El miedo objetivo es el producido por estimulación física directa -

de los órganos sensoriales. Es una reacción a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen, etc., y son de naturaleza desagradable. Cuando el niño acude por primera vez al dentista y durante el tratamiento sintió dolor, esta experiencia desagradable hace que sienta temor y que se niegue a ir a otra cita.

El temor subjetivo es el que se le ha inferido al niño sin que lo haya experimentado personalmente. Si un niño oye hablar de experiencias desagradables durante la estancia en el consultorio dental, tratará de evitar esta experiencia; o bien si un niño ha observado temor en otros niños puede adquirirlo él.

El niño de corta edad generalmente le teme al ruido y a la vibración de la fresa y a la presión que se ejerce al usarla. Los movimientos rápidos de las manos, las luces muy fuertes, el subir y bajar el sillón sin avisarle, también le causan temor.

Para disminuir el miedo se familiariza al niño con el consultorio, explicándole el funcionamiento de cada instrumento que se utilice. También hay que evitar que el niño vea sangre o a adultos con dolores, esto es posible haciendo que este paciente salga por otra puerta o bien designando un horario exclusivo para visitas infantiles.

La enfermera o el ayudante debe recibir al niño y pasarlo a la sala de tratamiento. En seguida el dentista le pide amablemente que

se siente, le pregunta su nombre (se le debe llamar siempre por su nombre y por su diminutivo) conversa un poco con él y después prosigue a hacer la historia clínica.

Durante la primera visita se les permite a los padres que estén en la sala de tratamiento, estos contestarán el interrogatorio de la historia clínica; en caso de que exista algún problema en el niño se le dirá al dentista pero cuando no esté presente el niño. La historia clínica consta de las siguientes preguntas:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DIRECCION: _____ OCUPACION: _____

HIGIENE DENTAL: _____ SI NO

¿Tiene algún problema de salud? _____

¿Está bajo tratamiento médico? _____

¿Está bajo régimen alimenticio? _____

¿Es alérgico a la penicilina? _____

¿Tiene prohibido tomar cierto medicamento? _____

¿Le han administrado algún anestésico bucal? _____

¿Tiene dolor de muelas ahora? _____

¿Sufre de aftas o fiebre con frecuencia? _____

¿Ha visitado anteriormente al dentista? _____

¿Cuándo fué la última vez? _____

Nombre del médico o pediatra de la familia: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Ha padecido del:

- Aparato Digestivo: _____
- Aparato Respiratorio: _____
- Sistema Nervioso: _____
- Sistema Cardiovascular: _____
- Sistema Renal: _____

¿Porqué asiste al consultorio dental? _____

¿Diagnóstico? _____

¿Tratamiento? _____

NOMENCLATURA DE LOS DIENTES PRIMARIOS:

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

NOMENCLATURA DE LOS DIENTES PERMANENTES:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

La duración de las visitas deben ser breves, no más de media hora. En la primera visita se realizan solo procedimientos menores e indoloros; se le instruye sobre el cepillado de los dientes, se limpian y se le hace una aplicación de flour.

Algunas veces llegan al consultorio niños con dolores intensos; es necesario hablarles con franqueza y decirles que avisen cuando les

duela demasiado; nunca hay que mentirles diciéndoles que no sentirán dolor.

La hora de la visita será en la mañana, ya que los pequeños cooperan más cuando están descansados. El niño no debe aguardar demasiado tiempo para ser atendido, pues se le da oportunidad a que se asuste con los ruidos y en esa forma no cooperarán tan fácilmente.

En ocasiones el dentista tendrá que trabajar con el niño llorando, algunos hasta gritan con fuerza y se retuercen en el sillón; esto se puede solucionar amenazándolo con sacar a los padres de la sala, o también se le puede dar tiempo a que se desahogue. A veces es necesario utilizar medios físicos para calmarlo: llevando la mano suavemente a su boca y tratar de calmarlo hablándole con voz suave y diciéndole que quitará la mano hasta que deje de gritar. -- cuando ha parado de llorar se le quita las manos y se le habla de experiencias que no estén relacionadas con la odontología. -- frecuentemente estos pacientes se vuelven más cooperadores e incluso amigos. Colocar la mano en la boca es una medida extrema y se usa como último recurso, cuando todos los demás medios hayan -- fracasado. Es indispensable que el dentista tenga mucha paciencia,

Es bueno conocer al paciente antes de que llegue a la silla dental. -- Cuando llaman los padres para hacer la cita se les puede pregun-

tar si el niño ha ido al dentista, si le teme, si es nervioso, si se lleva bien con los adultos, etc.

Nunca se debe dejar al niño solo dentro de la sala de trabajo, -- pues sus temores pueden agrandarse. Si es necesario que el dentista abandone la sala hay que asegurarse de que la ayudante esté presente.

Hay que evitar el uso de palabras que inspiran miedo al niño, por ejemplo: aguja, fresa, inyección, etc.

Un método eficaz para lograr que el niño sea un buen paciente es alabando su comportamiento y darle un pequeño regalo como recompensa. La recompensa no hay que confundirla con el soborno; el soborno se da para inducir el buen comportamiento y la recompensa se da después de que hubo un buen comportamiento. Nunca se debe sobornar al niño para que coopere.

Durante el tratamiento debemos estar seguros de la cooperación -- del paciente. Cuando se le pida que haga algo se debe ordenar de una manera agradable y amable, pero decidida y firme, sin darle oportunidad de escoger entre obedecer y negarse.

El dentista nunca debe perder su dominio y enojarse, pues sería una señal de derrota ante el niño. Si se le habla fuerte y enojado el niño se asustará más y se dificulta aún más su cooperación.

Los niños de dos a cuatro años ya pasan solos al consultorio, es más sociable, aunque aún siente miedo a los extraños.

Los niños de cuatro a seis años presentan mayor problema para el dentista pues relacionan el castigo con el dolor.

Los niños de seis a doce años son los que más cooperan durante el tratamiento.

Existen diferentes tipos de comportamiento de los niños:

1. Tímido - Son los niños que no han tenido mucha relación con la gente.
2. Mimado - Son aquellos a los que la madre ayuda en todo, los viste, los alimenta; sus juegos se ven restringidos por el miedo al daño físico.
3. Desafiante - Son los niños que creen que los demás van a hacer su voluntad. Son producto de padres indulgentes que no son capaces de dominarlos.

C) CONSEJO A LOS PADRES -

Cuando los padres llevan al niño al dentista se les debe hacer comprender que una vez en el consultorio el odontólogo sabe como tratarlo para conseguir que coopere para la realización del tratamiento, los padres deben tener confianza en éstos.

Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, los padres no deben hacer ningún gesto como para seguirlo pues le infundirán -- miedo. Hay ocasiones en que el niño siente más confianza cuando alguno de sus padres o los dos están con él, sin embargo hay casos en que el niño se porta mejor en ausencia de ellos.

Si por alguna causa se invita a los padres a pasar a la sala de trabajo, éstos deberán permanecer pasivos, de pie, o sentados alejados del sillón. No deberá hablar al dentista ni al niño a menos -- que aquél se lo pida, tampoco deberá tomar la mano del niño, ni -- mirarlo con expresión asustada.

Hay que tomar en cuenta las siguientes reglas:

- a) Es necesario pedirle a los padres que eduquen a sus hijos para que sea receptivo con el tratamiento dental y que no expresen nunca delante de ellos sus experiencias desagradables con el dentista.

Un buen método para que se familiaricen los niños con la odontología es llevarlo con él para que conozca el consultorio y se acostumbre a él.

Nunca deben los padres utilizar la odontología como amenaza de castigo.

- b) Hay que insistir en que necesita los servicios dentales regular

mente, pues el peor momento para traer al niño al consultorio es cuando sufre dolor.

- c) Los padres no deben sobornar a los niños para que vayan al -- dentista, ni tampoco tratar de vencer el miedo de los hijos por medio de burlas.

D) EL ODONTOLOGO Y EL NIÑO ENFERMO -

El tratamiento odontológico del niño enfermo difiere un poco del -- tratamiento para niños sanos; generalmente hay que premedicar pa-- ra cualquier tratamiento odontológico.

1. Niño con enfermedades somáticas:

Corazón - En niños cardiacos no se debe de usar bloqueadores que contengan vasoconstrictores (adrenalina) y se debe aplicar procaina al 2% pura o medicamentos similares. Para casos -- complicados hay que tener a la mano oxígeno.

En las enfermedades cardiacas de origen infeccioso se debe -- pensar en un tratamiento prolongado con antibióticos, pues exis-- te la amenaza de una disminución de gérmenes en la corriente sanguínea.

2. Enfermedades hemáticas:

Hemofilia - Hay peligro de hemorragia. En la preparación de cavidades hay que cuidar que no tocar la encía, cuando la pul--

pa de un diente está muerta y no hay molestias no se extrae. -
Está indicado el empleo de antibióticos.

3. Enfermedades de las vías intestinales:

Las enfermedades gastrointestinales como la gastritis aguda va --
acompañada de náuseas y vómito, también en ocasiones va acompa--
ñada de una mayor producción de saliva, por lo que hay que utili--
zar medicamentos antisalivales. Al emplear un medicamento se de--
be de administrar en una forma que no recargue el aparato diges--
tivo.

El tratamiento debe ser corto, con interrupciones frecuentes y --
usando pocos instrumentos, se evitará lo más posible tocar lengua
y paladar.

4. Enfermedades en vías respiratorias:

Para llevar a cabo el tratamiento es necesario reprimir la tos y --
los reflejos faríngeos. Generalmente es inapropiado el uso de --
anestesia por inhalación. Antes de usar algunos anestésicos es --
conveniente hacer un exámen dermatológico (por la procaína espe--
cialmente). En la premedicación se usan también los antihistamín--
cos.

5. Enfermedades infecciosas:

Ante cualquier enfermedad infecciosa se debe posponer el tratamien--
to odontológico hasta que cede ésta. Cuando se trata de hepatitis -

infecciosa, se realizarán intervenciones quirúrgicas solo con el consentimiento del médico de cabecera y después de la premedicación correspondiente. Está contraindicado el uso de barbitúricos. Para evitar hemorragias está indicada la vitamina K.

6. Trastornos endocrinos y enfermedades del metabolismo:

En estas enfermedades está indicado el uso de bloqueadores sin adrenalina; el uso de un bloqueador inadecuado puede provocar un colapso. En caso de diabetes infantil se debe hacer una premedicación con insulina y antibióticos.

7. Enfermedades de los órganos de los sentidos:

En casos de niños ciegos se deben eliminar los ruidos molestos para que el niño no se asuste. Es favorable la conversación constante para tranquilizarlos.

Los niños sordomudos pueden ser influenciados psíquicamente tan solo por una expresión y gestos amables. Los impactos de luz inesperados influyen en ellos desfavorablemente. Estos niños por lo general se asustan fácilmente, por lo cual se deben tratar previamente con tranquilizantes.

En los dos casos es conveniente que el paciente se presente con un acompañante.

8. Enfermedades del sistema nervioso central:

El tratamiento odontológico se encuentra muy obstaculizado, especialmente en niños paralíticos e hiperkinéticos. Está indicada una premedicación con sedantes, para aminorar los movimientos involuntarios; en caso de que no sea suficiente la sedación se inmoviliza al niño en el sillón y se asegura la apertura de la boca con algún dispositivo mecánico, esto desde luego tiene un efecto psicológico desfavorable. Una buena forma de tener al niño quieto es sentarlo en su madre.

Para bloquear por inyección se usa aguja larga para prevenir una rotura por los movimientos del niño.

En niños epilépticos la excitación provoca a veces ataques, por eso es necesario premedicar con dosis mayores de sedante.

En niños mentalmente enfermos también es indispensable el uso de tranquilizantes. Está contraindicado el uso de prótesis.

9. Niños retardados:

Algunos niños se comportan pasivamente durante el tratamiento, -- sin embargo la mayoría son exitables y solo pueden ser dominados con sedantes o con anestesia general.

10. Niños psiconeuróticos:

En el tratamiento de estos niños se encuentran muchas dificultades.

Pueden reaccionar mal únicamente a un tratamiento médico o a un tratamiento odontológico. Su angustia muchas veces es consecuencia de un tratamiento odontológico o médico anterior. Si al terminar el tratamiento se observa una reacción temerosa se prescriben tranquilizantes.

11. Niños psicóticos:

Especialmente en la esquizofrenia y la psicosis manícodepresivas el tratamiento odontológico resulta un verdadero problema. Habrá necesidad de colaborar con el psiquiatra, quien determinará el momento oportuno para la intervención.

CONCLUSIONES -

Es interesante conocer el inicio de la vida y las diferentes etapas de la niñez.

1. El cuidado de los padres empieza desde:

- a) El desarrollo prenatal en donde éstos deberían de estar -- bien informados de los cuidados de la madre para que el niño nazca sano, y sobre los factores que afectan al bebé; así disminuiría el número de nacimientos de niños con enfermedades congénitas.
- b) Cuando el niño nace los padres deben proporcionarle una serie de cuidados y así evitar las enfermedades post-natales que pueden causar graves trastornos en el niño. También se le debe proporcionar cariño. Es importante que el niño se sienta que todo lo que uno hace por él, se hace con cariño y no por obligación, el niño necesita sentirse querido, y no solo cuando es pequeñito sino durante toda su infancia y más aún durante toda la vida.
- c) Si los conflictos entre los padres y los hijos son frecuentes, se deben resolver rápido, y tratar de darle al niño una infancia sana y feliz.

2. Cuando los hijos no se desean, se puede recurrir a cualquier método de los que existen para no concebir, con esto se evitaría aumentar el número de niños sin hogar y de niños maltra-

tados.

3. El odontólogo que se dedique a tratar a niños, deberá estar --
conciente de que cada niño es diferente y por lo tanto tendrá --
que usar métodos diferentes para dirigirse a ellos.

Es importante que el odontólogo tenga mucha paciencia y que, --
sea amable con el niño, de lo contrario será mejor que no lo --
atienda y que los recomiende con algún colega que se dedique --
al tratamiento de niños.

4. Todos los niños son importantes y todos tienen derecho a una --
niñez feliz, sana y llena de cariño.

BIBLIOGRAFIA

- Bender L, A.H. Maslow y otros. "Transtornos Mentales y Emocionales". Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Cruckshank William M. "El Niño con Daño Cerebral, en la Escuela, en el Hogar y en la Comunidad". Ed. Trillas, México, 1977.
- Debesse Maurice. "Psicología del Niño desde el Nacimiento hasta la Adolescencia". Ed. Nova, Buenos Aires.
- Erikson Marion J. "Cómo es el Niño Retardado y Cómo Enseñarle". Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Finn Sidney B. "Odontología Pediátrica". Ed. Interamericana, S. A. de C. V.
- Gardner Richard. "El Libro para los Chicos de Padres Separados". Ed. Galerna, Buenos Aires, 1972.
- Gessel Arnold y otros. "El Niño de 1 a 4 Años". Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Gessel Arnold, F.L.I.L.G. y L.B. Ames. "Psicología Evolutiva 1 a 16 Años". Ed. Paidós, Buenos Aires.

- Hardnt Ewald y H. Weyers. "Odontología Infantil". Ed. Mundi, S. A. C. I. F. Buenos Aires.
- Instituto John Langdon Down. Síndrome de Down, "Un Ciclo de -- Conferencias". México, D. F. 1973.
- Issacs S. "Conflictos entre Padres e Hijos". - Ed. Psique, 1964.
- Marcovich Jaime. "El Maltrato a los Hijos". Ed. Edicol. México, 1978.
- Mayer Gross W. y otros. "El Niño Deficiente Mental". Ed. - Paldos, Buenos Aires.
- Millán S. Ma. Elena L. "Apuntes de Clase".
- McDonal Ralph E. "Odontología para el Niño y el -- Adolescente". Ed. Mundi. S. A. C. - I. F. Buenos Aires.
- Mourvillier Francois, Bardit Anne-Maire. "Que deben Saber los Padres". Ed. Herder. Barcelona, 1971.
- Mussen, Conger, Kagan. "Desarrollo de la Personalidad del Niño". Ed. Trillas, México, 1971.

- Scheifele M. "El Niño Sobredotado en la Escuela Común". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1964.
- Smith D. W. "Atlas de Malformaciones Somáticas en el Niño". Ed. Pediátrica. - Barcelona, 1972.
- Stone L.J. y Church J. "El Feto y el Recién Nacido". Ed. - Paidós, Buenos Aires.
- Stone L.J. y Church J. "El Niño de Quince Meses a Dos -- Años". Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Stone L.J. y Church J. "El Bebé hasta los Quince Meses". - Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Torrance E. Paul. "Como es el Niño Sobredotado y como Enseñarle". Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Velasco Fernández Rafael. "El Niño Hiperquinético". Ed. Trillas. México, 1976.
- Wallin J. E. W. y otros. "El Niño Deficiente Físico, Mental y Emocional". Ed. Paidós. Buenos Aires.