

167
205

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ODONTOPSICOPEDIATRIA

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ANA MA. CORONADO LOPEZ



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

CAP. I IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGIA INFANTIL

Importancia de la Psicología Infantil -----	1
Principios de la Psicología Infantil -----	2
Metodología en la Psicología Infantil -----	3

CAP. II INFANCIA

Concepto de Infancia -----	4
Periodos de la vida Infantil -----	5

CAP. III DESARROLLO PSIQUICO

Objetivo del desarrollo psíquico del niño -----	10
Posibilidades, causas y condiciones del desarrollo -----	12
Herencia y desarrollo psíquico -----	19
Desarrollo Psicomotor -----	22

CAP. IV PATRONES DE CONDUCTA

Del nacimiento a dos años -----	26
De dos a cuatro años -----	27
De cuatro a seis años -----	28
Período escolar -----	29
Adolescencia y pubertad -----	31

CAP. V ACTITUDES DE LOS PADRES

Actitudes de los padres -----	32
Exceso de afecto y protección -----	33
Problemas de los niños excesivamente protegidos -----	34
Falta de afecto -----	35
Rechazo -----	35

CAP. VI PERSONALIDAD

Concepto de personalidad -----	37
Rasgos de la personalidad infantil -----	37
Formación de la personalidad -----	39
Clasificación de la personalidad -----	41
Personalidad de los padres y la personalidad del niño ---	42
Desarrollo de ciertos rasgos del carácter -----	44

CAP. VII EMOCIONES

Concepto de emoción -----	46
Emociones del recién nacido -----	47
Diferenciación de las emociones del recién nacido -----	47
Miedo -----	48
Angustia -----	51
Estados emocionales anormales -----	52

CAP. VIII DOLOR

Definición de dolor -----	53
El dolor y su expresión -----	53
Mecanismos psicológicos del dolor -----	55
Tratamiento del dolor en Odontología -----	58
Farmacología: Tranquilizantes -componentes psicológicos y farmacológicos -----	59

CAP. IX CONDUCTA DEL CIRUJANO DENTISTA

Conducta del cirujano dentista hacia el niño -----	63
Conducta del cirujano dentista hacia los padres -----	65

CAP. X EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

Importancia de la primera cita -----	68
Introducción del niño al consultorio dental -----	69
Cita de emergencia -----	70
El por que de las citas de corta duración -----	70
Conducta del niño hacia el cirujano dentista y hacia el tratamiento dental -----	71
Formas de resistencia al tratamiento dental -----	73
Motivación y educación por la higiene oral. -----	74

CAP. XI LOS TESTS MENTALES COMO METODOS DE
EVALUACION PSICOLOGICAS

Generalidades -----	75
Los tests de inteligencia -----	77
Los tests tipo "escala por puntos" -----	79
Las escalas de inteligencia de David Wechsler -----	80
El dibujo del hombre como medida de la madurez intelectual -----	87
Test de Machover -----	90
El test gestálico visomotor B.G. -----	103

C O N C L U C I O N E S

I N T R O D U C C I O N

En la práctica odontológica, tanto a nivel institucional, como a nivel particular, se atiende a una gama diversa de pacientes: niños, jóvenes, adultos y ancianos.

Todos ellos requieren diversos tipos de tratamiento dental, pero es deber del Cirujano Dentista atender no solamente el aspecto bucal, por lo que hace acudir al paciente a nuestro consultorio. Y aunque varias veces tengamos que hacer el mismo tratamiento, no será siempre el mismo trato personal — que debemos dar a nuestros pacientes, ya que cada uno es diferente en carácter, en sentimientos, es decir, con una personalidad distinta. Por lo que debemos tratar a cada uno de ellos en forma especial, para ello hay que conocer su "psique" y la Psicología es una materia auxiliar muy importante, ya que por medio de sus conocimientos lograremos nuestro objetivo.

De todos nuestros pacientes quienes requieren nuestra atención en forma muy especial son los niños.

El estudio del niño no ha sido emprendido de una manera sistemática y científica hasta apenas fines del siglo XIX, es decir, que hasta hace pocos años se ha venido considerando la importancia que tiene para otras especialidades, como lo puede ser su aplicación en la odontología.

El niño es un ser humano con características propias. El niño no es un adulto pequeño. El niño que vive su vida de niño, no es distinto, no es una miniatura, ni un anormal, simplemente es diferente del adulto. Es un error "adultizar" el pensamiento y la conducta del niño.

Para poder decir que conocemos al niño, es necesario que comprendamos su forma de pensar, sus inquietudes, sus temores, sus actitudes, sus valores, sus emociones y conductas para ello la psicología infantil nos resulta de suma importancia.

Es en la etapa infantil donde se va formando y desarrollando la personalidad del niño y es por ello que conociendo el "porqué" y el "como" se va definiendo esta personalidad, podremos comprender y entender el comportamiento de los niños que serán hombres después.

C A P I T U L O I

IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGIA INFANTIL

Entre las leyes de la naturaleza y la sociedad: figuran las leyes del desarrollo psíquico del niño, las leyes de la formación de la personalidad del individuo que crece. Estas leyes son el objeto que estudia una rama especial de la psicología general, la psicología infantil.

La psicología infantil es la ciencia que se ocupa del estudio del desarrollo psíquico del ser humano desde su nacimiento, hasta que termina su niñez. Es decir, abarca los primeros doce años, al aparecer la pubertad.

El objetivo principal de que se ocupa la psicología infantil, es comprender a los niños. Uno de los métodos con que se cuenta, es el que trata de describir lo que los niños hacen, piensan y sienten de hecho en diversas edades.

Para comprender psicológicamente a un niño, no basta describir sólo como es. Es necesario saber, asimismo, cómo y por qué llegó a ser como es y comprender como ha cambiado. El objetivo de la psicología del desarrollo consiste en estudiar a los niños por una sólida comprensión teórica del amplio margen de procesos del desarrollo humano que produce cambios cuantitativos y cualitativos.

Es en los niños, donde podemos estudiar algunos de los procesos más básicos y de los fenómenos fundamentales en el desarrollo humano. El desarrollo implica las ventajas de identificar fenómenos en el momento de su inicio, de observar sus cambios y transformaciones; y de investigar y seguir la aparición de los procesos psicológicos dando cuenta de los mismos.

Es necesario conocer las leyes del desarrollo psíquico de los niños en sus diferentes etapas, para conocer los factores, causas y circunstancias fundamentales que ejercen una influencia decisiva en la formación de las facultades intelectuales, morales y físicas del individuo que se desarrolla.

PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGIA INFANTIL

1.- La psique es un producto del cerebro en funcionamiento. Surge a consecuencia de la influencia directa del mundo externo, a través de los órganos de los sentidos y halla su expresión en diversos procesos cognoscitivos: sensaciones, -- percepciones, representaciones, memoria, imaginación y pensamiento; así como en los rasgos y estados del individuo: su atención, sus sentimientos, intereses, necesidades y en su carácter.

2.- El fundamento de lo psíquico se encuentra en la actividad que refleja del cerebro. El organismo reacciona de uno u otro modo (externo o solamente interno) a los estímulos del mundo exterior.

3.- El estudio de la psique del individuo abarca también el estudio de su actividad racional. Bajo las formas de su actividad vital de su experiencia práctica, se forman todas las facetas de su personalidad. Se reestructuran sus conceptos, -- sentimientos, necesidades, modos de actuar y las motivaciones que le estimulen a la acción.

4.- El desarrollo de la actividad cognoscitiva del niño representa el paso de un reflejo cada vez más profundo, correcto y completo de la realidad. Al mismo tiempo, durante este proceso se realiza también la formación de la actitud del individuo que crece respecto a la realidad y a sí mismo.

5.- El desarrollo de la conciencia es consecuencia del reflejo activo por parte del niño, de la realidad que le rodea. La existencia del niño, no sólo son las condiciones materiales de la vida de la sociedad, sino también las personas que le rodean, es decir, sus opiniones, estimaciones y tendencias, sus hechos y acciones.

6.- El reflejo de la realidad por el hombre es un proceso activo. El desarrollo del niño tiene su expresión en la influencia activa y variable de éste sobre la realidad que le rodea y sobre sí mismo. La propia experiencia práctica del niño, dirigida por los adultos, determinan al modificarse en los distintos periodos de su vida de desarrollo psíquico.

7.- El rasgo peculiar de la conciencia del individuo es que éste se exprese por medio del idioma. El dominio del lenguaje hablado, medio de comunicación de las personas entre sí, es el instrumento para el conocimiento sensitivo del niño, su pensamiento y experiencia práctica. Estas modificaciones son muy notables en la primera infancia.

8.- El desarrollo es un proceso de formación de la personalidad. Este proceso pasa por una serie de procesos, etapas o fases sucesivamente relacionadas entre sí. Las cualidades de la inteligencia o del carácter del niño se forman también durante la variada actividad cotidiana y en la comunicación constante con las personas que le rodean.

Se hace necesario recopilar, analizar y generalizar los hechos que definen lo específico de la mente del niño, en los diversos períodos de la vida infantil. Para analizar estos hechos, se recurre a los métodos que son especiales y se utilizan en la investigación psicológica científica.

METODOLOGIA EN PSICOLOGIA INFANTIL

El método que más se utiliza es el de la observación. - Para que éste sea científico, el observador debe, ante todo, fijarse un objetivo determinado o, más exactamente, plantearse la solución de una cuestión concreta. La respuesta a esta cuestión debe hallarse mediante la observación del comportamiento de un niño o de todo un grupo de niños.

Los datos se deben seleccionarse de modo consecuente y sistemático y registrarlos objetivamente. Después se obtienen conclusiones que han de responder a la pregunta que se hacia el investigador.

En la práctica de la investigación psicológica, se emplea también ampliamente el experimento (natural), que se realiza individualmente en una habitación aislada y con material auxiliar especialmente encogido. Este tipo de experimento toma la forma de juego u ocupación corriente.

Uno de los tipos de experimentos es el método de los tests, es decir, de pruebas estándar que consisten en el planteamiento de problemas cortos.

Después de haber sido comprobados en un gran número de niños, estos tests sirven de patrón o medida, para determinar el grado de normalidad en el desarrollo de cada niño aislado. Los datos son sometidos a una elaboración estadística muy primitiva y el coeficiente que así se consigue se considera el índice de talento "propio" del niño en cuestión. Este método se emplea para determinar el nivel de las facultades intelectuales de niños y adultos. Al mismo tiempo sobre la base de los índices y coeficientes obtenidos, no sólo se realiza el diagnóstico, sino que establece el pronóstico.

Al entender el desarrollo del niño como un proceso condicionado, se trata de descubrir su modificación durante el propio proceso de desarrollo.

Puede elegirse tanto el método analítico como el sintético. En el primero, se someten a estudio las modificaciones de ciertos procesos cognoscitivos en el niño; su percepción o memoria, pensamiento o imaginación, que se producen a consecuencia de la aplicación del aprendizaje. En el segundo, se toma como objeto de análisis un aspecto concreto cualquiera de la actividad de los niños: sus juegos, labores o actividad cualquiera.

En la psicología infantil se emplean también los métodos de la charla y el dibujo, construcciones, etc. Sin embargo, suelen utilizarse como complemento de los métodos fundamentales anteriormente citados.

C A P I T U L O I I

I N F A N C I A

CONCEPTO DE INFANCIA

La infancia se considera actualmente como una fase o etapa de la vida de todo ser viviente, con individualidad propia y de suma importancia para el desarrollo del individuo.

En lo somático y en lo funcional, y por consiguiente, en lo psíquico, el niño difiere del adulto, en cantidad y calidad. Por lo tanto es necesario considerar a la infancia como una fase en un proceso evolutivo de la vida humana.

La vida humana no se encuentra dividida por períodos (infancia, adolescencia, juventud y madurez), sino que son procesos y se encuentran contenidos unos en otros, y estos con los siguientes. Es decir, que cada uno de estos son importantes para el desarrollo y formación del individuo. Al pasar por cada uno de ellos se van desarrollando nuevas actitudes, nuevos conocimientos, nuevos intereses, diferente comportamiento, todo ello contribuye a formar una personalidad.

Es por ello que se debe considerar a la infancia como una etapa de suma importancia en la formación y realización integral del individuo que crece, en la cual se toma ya conocimiento, y comienzan a desarrollarse los sentidos, primeramente (ve, oye, aprende a hablar, comienza a caminar, percibe, siente, etc.) y después empieza a tener contacto con el mundo que le rodea.

Todo hombre comienza siendo niño, es decir, que la infancia es una etapa la cual es de gran importancia e ineludible, por la que todos los seres vivientes pasan. Mientras más plenamente sea ésta vivida se realizará mejor el individuo.

Conociendo al niño en todo su contexto general, será más fácil entender y comprender al adulto.

PERIODOS DE LA VIDA INFANTIL

Tomando como base la evolución de los intereses infantiles, unas veces (es decir, con criterio psicológico), y otras fijándose en fenómenos de índole fisiológico, la vida humana ha sido dividida tradicionalmente en los siguientes períodos:

PERIODO EMBRIOPETAL. / Comienza con la fecundación del óvulo y el espermatozoide y termina con el nacimiento.

INFANCIA. - Desde el nacimiento hasta el comienzo de las funciones reproductoras (pubertad). La infancia se subdivide, generalmente, en las subfases siguientes:

PRIMERA INFANCIA: Período el cual a su vez se divide de la siguiente forma:

- a) El período de los intereses perceptivos (desde el nacimiento al sexto u octavo mes).
- b) El período de los intereses motores (del sexto u octavo mes al segundo año).
- c) El período de los intereses glósicos (del segundo al tercer año).

SEGUNDA INFANCIA: Período de los intereses concretos -- (desde los tres a los siete años).

TERCERA INFANCIA : Período de los intereses abstractos - (de los siete a los doce años).

Los intereses perceptivos son, los primeros que aparecen. Durante el período de predominio de estos intereses, el niño se interesa casi exclusivamente en el perfeccionamiento de la función sensorial. Porque en el momento del nacimiento solamente existen las necesidades orgánicas (necesidades de oxígeno, de calor, de alimento, de reposo, etc.). Y pronto al recién nacido que ve, oye y huele; experimenta la necesidad de mirar de escuchar, de reconocer, de decir, que concreta su interés sobre los datos de su vida sensorial.

A los pocos días de nacer, los órganos de los sentidos y las vías sensoriales han alcanzado un desenvolvimiento suficiente para entrar en funciones. Por eso es lo que se perfecciona en este período de los intereses perceptivos, no es el aparato sensorial, sino la función, pues, en último término, esta etapa sensorial o perceptiva con que el niño debuta en la vida, no es sino una etapa de ejercicio con el fin de llegar a establecer el debido contacto con el mundo circundante.

Padados los seis u ocho meses primeros de la vida infantil, los intereses perceptivos, continúan ciertamente existiendo y desarrollándose, pero ya no son exclusivos ni preponderantes. Las necesidades de movimiento, que hasta entonces habían sido reducidas a descargas motoras incoordinadas, se armonizan cada vez más y tienden hacia finalidades útiles: aprehensión, marcha y lenguaje. Desde entonces, sobre ellos se fija con preferencia el interés del niño, y las percepciones pasan a segundo lugar, convirtiéndose en móviles de acción. Este es el período de los intereses motores, cuyo predominio se extiende, como se ha dicho, desde el octavo mes hasta los doce años.

Durante este período, las adquisiciones de los sentidos no son apreciables exclusivamente por sí mismas, como en la etapa anterior, sino solamente en la medida en que pueden suscitar su actividad. Los objetos entonces no le interesan al niño más que en tanto que puedan ser cogidos con la mano, palpados, etc. Es decir, que el objeto es para él algo "visible" algo "tocable", algo "desagradable", etc.

Para llegar, el niño a realizar actos voluntarios es preciso que previamente haya alcanzado cierta independencia de sus mecanismos motores, y a la vez una coordinación suficiente de sus elementos, para que los movimientos se adapten a su fin. Una vez conseguidos los movimientos voluntarios, la repetición de los mismos determinan la organización de los centros especiales de coordinación, de los cuales dependería después los movimientos habituales.

Los intereses glosicos (interés por el lenguaje) alcanzan su punto culminante entre los dos y tres años, para seguir desenvolviéndose durante un largo tiempo. Sin embargo, durante este período el niño concentra gran parte de su esfuerzo sobre la adquisición del lenguaje. La palabra se convierte para él en un hecho tan interesante como lo era anteriormente el objeto.

A esta etapa de la adquisición del lenguaje, que unos llaman "simbólica" y otros muchos denominan "glósica", atendiendo el interés que el niño siente por el lenguaje, otros la denominan "abstracto-concreta", ya que, sólo con la palabra, con el nombre; adquiere el "concepto" su definitivo valor unificador de la experiencia.

En esta última etapa de la primera infancia, el niño siente atracción de la palabra por la palabra misma. Repite las palabras, forma frases curiosas con ellas y juega con las mismas, pareciendo hallar un placer por el sencillo hecho de poseerlas.

SEGUNDA INFANCIA.- Se extiende entre los tres y los siete años, caracterizándose por el predominio de los intereses concretos.

A los tres años el niño está ya en posesión de todos los mecanismos perceptivos y motores necesarios para su actividad y puede llevar su atención y su interés a las nociones concretas sobre los seres y las cosas. Es la fase objetiva del desenvolvimiento psíquico del niño, el período de los intereses concretos.

En este período el niño vive, por decirlo así, en plena naturaleza. Dueño de sus percepciones y de sus movimientos, le falta experimentar directamente y por eso toma pleno contacto con el mundo que le rodea. No se contenta ya con percibir impresiones, sino que obra por sí mismo con finalidades bien definidas. Es la edad del coleccionista, del clasificador, del interrogador. Ahora el niño se halla preocupado por las cosas, por su origen, por su constitución. Constantemente está haciendo preguntas y son innumerables sus "porqués".

Así pues, en este período, el mundo exterior, que apenas había interesado al niño sino como un estímulo para su actividad, comienza ahora a interesarse objetivamente y para conocerlo, necesita hacer uso de sus funciones mentales de adquisición: atención, memoria, asociación; de sus tendencias educativas: curiosidad, observación e imitación. Por eso cuando el niño ingresa a la escuela primaria, a los seis años, tiene muy desarrolladas sus funciones de adquisición. Es que ha ejercitado estas funciones convenientemente respondiendo a sus intereses objetivos y concretos.

Es ahora, de los tre años en adelante, cuando el niño - toma pleno contacto con el mundo que le rodea y hay en él un predominio de los intereses concretos.

Algunos psicólogos consideran éste como el período de -- los "intereses generales", y otros, como los "intereses discriminados", y más especialmente, como el período "del juego". Y efectivamente, el juego es la actividad espontánea más característica de la segunda infancia.

TERCERA INFANCIA.- Comprende desde los siete a los doce años, y se distingue por el predominio de los intereses abstractos y de la actividad simbólica.

Con la tercera infancia, el niño entra en una fase nueva y decisiva de su evolución mental. A la actividad para el -- "juego", que predomina en el período precedente y se caracterizaba por el deseo de la satisfacción inmediata, va a acompañar una actividad distinta, el "trabajo", que tiene ya por objeto, fines más remotos ajenos a la actividad misma, que no es ya para el niño, sino un medio para la consecución de esos fines. Empezará el período de los intereses abstractos, y al final del mismo habrá adquirido la mentalidad del niño su completo desenvolvimiento.

Las imágenes sensibles van a ser sustituidas por símbolos (escritura, lectura, cálculo por medio de las cifras, mapas, dibujos, etc.). De los hechos adquiridos, el niño va a comenzar a "inducir", gracias a asociaciones cada vez más complejas, ideas cada vez más generales y de estas ideas va a -- descender a los hechos y "deducir" de ellos consecuencias particulares. Va, en una palabra, a "elaborar" con los elementos que posee; nuevos elementos más complejos y de una utilidad -- menos inmediata. Por que en el período escolar que comienza, tiene que ejercitar perfectamente sus funciones mentales de -- "elaboración" (comprensión, juicio, razonamiento, análisis y generalización).

A este período de los intereses abstractos, algunos psicólogos, le denominan de los intereses "especiales y objetivos". Una vez desarrolladas las funciones psíquicas generales, como percibir, adaptar sus movimientos, expresar sus deseos -- por medio del lenguaje, etc., el interés se especializa, sobre determinados objetos, más definidos.

C A P I T U L O I I I

DESARROLLO PSIQUICO

OBJETIVO DEL DESARROLLO PSIQUICO DEL NIÑO

El desarrollo psíquico se considera como los cambio progresivos de la forma en que la conducta de un organismo obra reciprocamente con el medio ambiente. Es decir, es una serie complicada de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta. Refiriendise también a la adquisición por parte del niño de conocimientos, destrezas e intereses.

Este desarrollo, de la misma manera que el desarrollo físico está programado de acuerdo a un plan y a una secuencia - que son innatos y no facilmente susceptibles a influencias.

En la primera infancia, el paso de la sensación al pensamiento es prolongado. Hay que tener en cuenta que desde los primeros días de su vida, el infante responde a diversas sensaciones. Sin embargo, el desarrollo de su mente se realiza - en el transcurso de meses y años. Ello permite estudiar las diferentes etapas del complicado proceso de transición del conocimiento sensorial al lógico.

El método genético de estudio del desarrollo psíquico -- del individuo permite ver como se van haciendo más complejos los actos sencillos del niño, hasta transformarse en actividad se perfecciona, ya que es precisamente durante este proceso de la actividad cuando se modifican la mente y voluntad -- del niño, su capacidad de observación y sus sentimientos.

El estudio de la aparición y modificación de la psique - del niño, de sus diversas facetas y modificaciones que actúan como fuerza motriz y fuente del desarrollo psíquico del individuo que crece.

Cada niño posee un límite psíquico para su adaptación y está dotado para determinar, cómo, qué, cuándo aprenderá o -- reaccionará, ante una determinada circunstancia.

Los niños crecen en tres dimensiones; física, mental y social. La conducta en todos los niveles, depende de la interacción de estas tres dimensiones del crecimiento. Si cualquiera de estas se adelanta o retarda el patrón de conducta se ve marcadamente afectado.

Al contrario del crecimiento somático el desarrollo psíquico ofrece tasas sucesivamente crecientes pero, su aceleración alcanza el nivel máximo aproximadamente a los quince años de edad, momento en que la inteligencia prácticamente llega al estado adulto.

Desarrollo significa creación de funciones, esto es agregar medios por los cuales se dirige, corrige, acelera o frena no solamente el crecimiento somatopsíquico del niño, sino que también se le otorgan nuevas direcciones a las funciones por desarrollar.

El desarrollo tiene pues, significado biológico en la medida que las funciones mentales, como "materia" del pensamiento, dependen del crecimiento y de la anatomía y fisiología del sistema nervioso superior. De aquí que en la primera infancia la constante primordial sea la maduración neurofuncional. El infante se desarrolla según se lo permite la maduración cortical y la concomitante evolución de la psicomotricidad, que cristalizan en niveles neurofuncionales óptimos más elevados.

La importancia que revisten las etapas por que atraviesa el crecimiento, el desarrollo del sistema nervioso superior y vegetativo, y el sistema endocrino, conjugados con las condiciones del medio, natural y social, repercuten directa e indirectamente sobre la psique y la personalidad. En cada una de las etapas del desarrollo psíquico del niño, vemos que toda su evolución va desde lo afectivo (vegetativo) a lo racional (interhumano).

La psicología infantil debe ser genética y social, esto es, comprender el desarrollo del hombre como ser biológico y como individuo, temporal y socialmente condicionado.

POSIBILIDADES CAUSAS Y CONDICIONES DEL DESARROLLO

Para determinar cómo se produce el proceso propio del desarrollo, es conveniente y legítimo basarse en los datos que facilitan las ciencias naturales.

Las cualidades de un organismo adulto (realidad) son el resultado de la influencia de las condiciones especiales de vida sobre los brotes de este organismo (posibilidades).

La doctrina de Pávlov acerca de las leyes de la actividad nerviosa superior, toda la teoría del reflejo permite comprender el "mecanismo" de la transformación de las "posibilidades" del recién nacido en "realidades", es decir, el psique del individuo adulto desarrollado.

POSIBILIDADES.- Entendemos por "posibilidades" del desarrollo la estructura humana del cuerpo del niño, que se formado históricamente y ha sido heredada por éste: su esqueleto, cerebro, analizadores y órganos del movimiento, que le permiten entrar muy pronto en el medio ambiente. Las diferencias individuales en la intensidad, la rapidez con que transcurren los procesos nerviosos, el grado de su excitabilidad, o estabilidad, etc., es decir, las diferencias en las propiedades del temperamento del niño, son también dotes o aptitudes, es decir, las posibilidades que posee cada niño concreto en el momento que hace su aparición en este mundo.

Se debe entender por "realidad", en la que en última instancia se convierten las "posibilidades" del bebé. Los rasgos completos del adulto, todos sus rasgos físicos, intelectuales y morales: sus capacidades y hábitos, sus conocimientos e intereses: en una palabra, todo aquello que adquiere en el proceso de su desarrollo.

Dicho de otro modo, todo lo que posee el niño de un año corresponde a sus posibilidades congénitas, desarrolla en los doce primeros meses de su existencia. Con estos logros, el niño entra en nuevo período de su vida. Son las "posibilidades" del niño en edad anterior a la preescolar que, al ser sometidas a la influencia educadora ulterior, se transforman al final del período que precede al preescolar en una nueva realidad, en los rasgos totales del niño de tres años.

El niño finaliza cada día de su vida con aquellos logros del desarrollo físico y psíquico, es decir, con aquellos con cimientos, hábitos, intereses, relaciones, capacidades y habi lidades, que ha adquirido en el transcurso de toda su vida -- precedente.

A fin de que las posibilidades que se tienen al nacer se transformen en capacidades humanas reales, en rasgos del ca-- rácter humano, se manifiestan en un sistema de proceder del individuo adulto, es necesario que se den determinadas causas y condiciones.

CAUSAS.- Las ciencias naturales afirman categóricamente que la causa de la vida y el desarrollo del organismo reside en el intercambio de sustancias, que se realiza constantemente, entre organismo y medio ambiente, en el proceso de asimi lación y desasimilación.

A consecuencia de este proceso, en el propio organismo -- se formen nuevas propiedades, se modifican la estructura y -- las funciones de sus órganos. Esta modificación de la estruc-- tura interna del organismo, el definir el estadio siguiente -- de su desarrollo, influye a su vez en la modificación de las relaciones recíprocas del organismo con su medio.

La vida y desarrollo del niño como personalidad, para la evolución de su conciencia se hace necesario, además, otro ti po de interacción con el medio, sobre todo con el social.

De las conexiones temporales que se formen en el niño, -- de las reacciones que se provoquen, repitan y consoliden y de las que formadas casualmente, queden inhibidas, depende la di rección que siga la evolución del niño; sus rasgos de carác-- ter positivos o negativos, el contenido de todos sus conoci-- mientos, dependen sus hábitos y habilidades. Todo ello viene determinado por las condiciones sociales, por la educación y la instrucción, en el más amplio sentido de la palabra. Por -- consiguiente, las causas del desarrollo de todos los niños -- son las mismas. Es siempre un proceso de acción mutua activa de comunicación con el medio. actúan lo mismo en todos los -- países y en épocas históricas distintas.

La modificación del contenido y el carácter de la comunicación del niño con el medio se explica por el hecho de que - el individuo no responde siempre de igual manera a la acción de un estímulo cualquiera. No es de extrañarse que un niño de tres, cinco o diez años, su reacción ante un mismo cuadro, palabra, castigo, etc., sea esencialmente distinta. Al mismo tiempo, esta reacción viene determinada no sólo por los conocimientos ya acumulados y por las actitudes ya formadas del niño hacia un adulto determinado hacia sí mismo y hacia uno u otro aspecto de la vida, sino también por el estado psíquico en que se encuentra el niño, en un momento dado, así como por aquellos intereses, preocupaciones, deseos y vivencias que en ese momento predominan.

Por consiguiente, todas las relaciones del organismo con el medio, se expresan en sus actos de respuesta (reacciones) al sistema de estímulos que provienen tanto del medio externo como del interior del propio organismo. Estas formas de reacción de respuesta son:

a).- Los reflejos no condicionales, respuestas congénitas y relativamente constantes a los estímulos biológicamente útiles o nocivos para el organismo, como son, por ejemplo, la aparición de saliva cuando llega comida a la boca (reflejo de la nutrición) o la sacudida del brazo ante un pichazo (reflejo defensivo).

b).- Los reflejos condicionales, respuestas a aquellos estímulos que antes no suscitaban por sí mismos reacciones, - no eran activos, es decir, eran indiferentes para el organismo. Cuando un estímulo neutro coincide múltiples veces en el tiempo con un influjo biológico nocivo o útil, se convierte - en activo, y comienza a suscitar la misma respuesta con que - antes reaccionaba el organismo a un estímulo directo, vitalmente importante.

Al dominar el lenguaje, el hombre obtuvo la magna posibilidad de responder no sólo a la influencia de los estímulos directos, sino también a sus señales verbales. Estas son también reflejos condicionales, pero, no obstante, de naturaleza especial.

Todas las relaciones del individuo con el mundo circun-
dante se realizan mediante la formación de reflejos condicio-
nales. Cualquier manifestación del niño, comenzando por su --
primer grito y los primeros movimientos de sus manos hacia un
objeto, para terminar en las complejÍsimas acciones del indi-
viduo adulto, son reflejo por su naturaleza y por su origen,
es decir, un sistema de conexiones y asociaciones temporales.

Las valoraciones por las que se va a regir el niño, la --
riqueza de su acervo de conocimientos y las acciones que rea-
liza depende de que objetos son los que percibe, con qué he --
chos de la vida se enfrenta, qué hábitos, procedimientos y ha-
bilidades enseñan al niño los adultos; qué es lo que valoran
como positivo y qué como negativo. Pero todos los hábitos, to-
dos los conocimientos y todas las habilidades buenos o malos,
correctos o falsos, se forman de acuerdo con la ley básica de
la actividad nerviosa superior, la ley de cierre de las cone-
xiones nerviosas temporales.

Las reacciones con que el organismo responde a los estÍ-
mulos del mundo externo son la adaptación o el equilibrio del
organismo con el medio. Este equilibrio se expresa en el indi-
viduo a través de las costumbres a que se le ha educado, en --
las tradiciones asimiladas, en las normas del comportamiento
y por aquellas actitudes determinadas que exige el medio so-
cial en que vive y a las que está obligado a responder.

Cuanto más variadas y complejas sean las reacciones del
niño que crece con el mundo de las personas y de las cosas, --
tanto más cambia y se intensifica su influencia inversa sobre
ellas. El preescolar juega, estudia, observa la vida de las --
personas que le rodean, pregunta, discute, charla etc. Estos
tipos de formas de interacción del niño con el medio, sobre --
todo con el medio social, son la causa de su desarrollo psÍ-
quico.

No cabe duda que con el desarrollo del niño no sólo va--
ría el contenido de cada una de las formas de la actividad in-
fantil, sino que, también son diferentes sus relaciones recÍ-
procas. Si en el niño en edad anterior a la preescolar corres-
ponde un gran papel de imitación en el escolar en cambio, es-
ta forma de actividad se modifica y pierde su importancia pri-
mordial, para ceder su papel preponderante a otras.

El desarrollo de la psique del niño se realiza en constante interacción con el medio circundante, con el material y con el social especialmente. Este proceso de comunicación activa del individuo que crece con el mundo que le rodea es la causa de su desarrollo psíquico.

CONDICIONES.- Toda causa, actúa, únicamente cuando se dan las condiciones adecuadas.

La actividad autónoma del niño (si éste no imita al adulto) será una suma de movimientos impotentes y desordenados hasta que el adulto lo oriente a la asimilación de conocimientos útiles, o a la elaboración de datos necesarios y usequibles al niño. Se hace necesario dirigir la actividad del pequeño, encauzándola a la formación en éste cualidades físicas intelectuales y morales, ya que de otro modo, esta actividad puede originar la consolidación de costumbres nocivas y rasgos negativos.

Las personas más cercanas, que ejercen sobre el pequeño una influencia intensa, los propios adultos son condiciones de desarrollo en el niño de toda una serie de cualidades, maneras, nociones, etc. Al imitar estos modelos, los pequeños asimilan conocimientos sobre lo bueno y lo malo, aprenden a ver, comprender y asimilar, como a juzgar correctamente, como lo hacen los adultos.

Todas estas actividades hallan su expresión en la imágenes y pensamientos veraces que suscitan, en la vivencia de determinados sentimientos por parte del niño, la tendencia a realizar los correspondientes actos volitivos razonados. Estos, precisamente, la formación en la corteza cerebral del niño, los complejos de conjuntos de conexiones nerviosas que son la base material de sus conocimientos, hábitos y sentimientos

La realización de actos variados, pero similares. Así el hábito de aseco, o de la cortesía, mediante estas repeticiones se desarrollan no sólo las facultades especiales del niño, sino también las físicas e intelectuales de carácter general.

En la educación de los niños en edad preescolar y escolar, los adultos recurren a diversas formas de refuerzo. No se trata de estímulos directos (dulces y caricias), sino que lo más frecuente es que sean vocablos con los que se refuerza sus demandas y los actos realizados por los niños. Así el adulto aprueba o censura lo que el pequeño ha hecho diciendo: "¡Bravo!", "¡Así se hace!", "¡Tonto!", "¡Que vergüenza!" etc.

Las calificaciones son para el escolar, una forma muy especial de refuerzo. Ya a partir del primer grado, los niños aprenden a distinguirlas.

Para que la calificación verbal tenga significado en el pequeño, se suele acompañar de un acto determinado por parte del adulto. Se elogia al niño, y como refuerzo efectivo se le da un juguete. En otros casos, se le quita lo que ha tomado sin permiso, se separa al niño travieso de los demás y con un gesto severo, se refuerza la acción mediante la calificación verbal de "eso no se hace", "eso está mal". En la aparición y desarrollo de rasgos, tanto buenos como en el carácter del niño, es muy importante el que estos refuerzos sean consecuentes y razonados.

Para que el niño aprenda a distinguir el número infinito de estímulos similares, afines y al mismo tiempo distintos; y responder ante ellos mediante reacciones diferentes, se precisa de la complejísima actividad analítica de la corteza del cerebro. Esta se basa en el refuerzo infinitamente dividido, permanente y exacto de unos mismos estímulos, rigurosamente seleccionados y de la inhibición de los demás.

La repetición de unos mismos estímulo y de las reacciones de respuesta elaborada en el individuo determina un estereotipo dinámico de comportamiento. Este se halla en un sistema de reacciones constantes de respuestas a un sistema de estímulos relativamente constantes.

Es evidente que el carácter, estabilidad y rapidez de elaboración de los diversos estereotipos no son idénticos. Dependen, ante todo, de las particularidades tipológicas del niño, de las particularidades de su actividad nerviosa superior. Estas últimas se manifiestan en la rapidez de formación de las conexiones nerviosas, en el grado de constancia de la reacción refleja elaborada.

En algunos niños, la conexión se forma instatáneamente, en otros con mucho trabajo. En unos el estereotipo resulta muy estable y sólido en otros se destruye fácilmente. Estas diferencias en la estabilidad y equilibrio del sistema nervioso se manifiestan con extrema precisión cuando cambian bruscomente las condiciones de vida corriente, cuando hay que variar el estereotipo ya formado, pr ejemplo, cuando los niños pasan de la vida de familia al jardín de niños o de éste a la escuela primaria.

Conviene subrayar una vez más y de un modo especial, que una de las formas principales para aumentar lo que los niños exigen, consiste en concederles una independencia e iniciativa cada vez mayor.

Mediante el estudio minucioso de cada niño y el sondeo hábil de sus peculiaridades, el adulto encuentra aquella fácultad y rasgo de su carácter más acusados en los que se puede apoyar para mover al niño a que realice la acción necesaria o suscitar en él la reacción emocional (o eficaz) que se espera.

En función de las peculiaridades individuales del niño, no sólo son distintas las "dosis" de las exigencias, sino también el número de repeticiones y consolidaciones necesarias, su forma y su naturaleza. Para unos puede bastar un sólo gesto de aprobación por parte del adulto, otros precisan una forma pública de elogio para que incite a la repetición de este mismo esfuerzo otra vez.

Los cambios o estancamientos que se producen en el desarrollo del niño no son una sorpresa para el adulto; cuando éste, al planificar el desenvolvimiento de la personalidad de cada uno, no sólo organiza diariamente la totalidad de su modo de vida, sino todo el contenido y el tipo de su interacción con el medio, sabe utilizar hasta los encuentros casuales y las circunstancias o sucesos que surjan inesperadamente para formar y consolidar en cada niño las cualidades positivas del carácter.

HERENCIA Y DESARROLLO PSIQUICO

Prosper Lucas asienta que en el desarrollo del "carácter moral" - hoy decimos características psíquicas- la naturaleza primero, la educación y las influencias del medio en general tienen gran importancia, pero el modo como el individuo reacciona de la herencia. Para Lucas, todo ser viviente, considerado en su origen, es el producto de dos leyes naturales, el innatismo, mediante el cual la naturaleza crea e inventa sin cesar, y la herencia, a través de la cual la naturaleza se imita y se repite continuamente. Ambos principios explicarían cómo todo los seres de la misma especie pueden ser a la vez semejantes entre sí por sus caracteres específicos, y diferentes por sus caracteres individuales.

Nadie duda de que exista continuidad entre la materia de los genitores y el huevo fecundado, aparte de los casos en que el fenómeno se produce sin que intervengan la sexualidad. La similitud de las generaciones nada tiene así de misterioso por tratarse del mismo caudal orgánico que se desarrolla bajo circunstancias más o menos similares. La disparidad también se explica si tenemos en cuenta que en la descendencia escalonada los fragmentos del mismo caudal no son idénticos porque éste ha sufrido modificaciones derivadas de sucesivas adaptaciones. La semejanza en lo físico y psíquico de los gemelos univitelinos, la disparidad somática y psíquica de diversos hermanos, la eventualidad de un móglico antecedido y seguido por hermanos normales, quedaría explicada. La herencia no sería causa, ni la variación un accidente, sino un hecho normal dentro de las etapas del crecimiento y desarrollo de los individuos que engendran; las diferencias aparecen cuando las condiciones de interrelaciones entre el medio y el individuo. La herencia es un hecho, pero un hecho de continuidad y de similitud entre porciones de materia viva que derivan unas de otras.

Hereditario significa algo específico -genotípico- inscrito en la estructura de la célula germinal, que necesariamente debe aparecer en la descendencia. Lo hereditario es innato aunque no se manifieste desde el instante mismo del nacimiento. A su vez lo innato puede ser hereditario, debido a variaciones de la célula germinal o a influencias sufridas por el ser durante la gestación. Dentro de este planteamiento, los caracteres adquiridos por el individuo no pueden incorporarse a la descendencia y deben de desaparecer con él.

Dos aspectos diferentes a las variaciones. Unas son individuales, en el sentido en que se producen en el curso de la vida de los individuos, determinando caracteres que son la respuesta del organismo a las influencias del medio. Estas son las "somaciones", así llamadas porque traducen cambios que afectan al soma, es decir, al cuerpo de los seres vivos. Por el contrario, otros cambios estarían determinados desde el principio de la ontogénesis por transformaciones localizadas en el plasma germinativo, en las células sexuales que transmiten la vida en generaciones sucesivas, y son las llamadas "mutaciones germinales", que aparecen en el soma durante la vida de los individuos que nacerían afectados por ellas, pero no serían hereditarias, lo cual significa que tanto las somaciones como las mutaciones representan la adaptación o perturbación precaria del individuo, pero de ninguna manera un cambio en la corriente de la especie que sigue reeditándose de manera inmutable.

Para muchos genetistas las mutaciones aparecen en la naturaleza al azar, espontáneamente, y aunque algunos aceptan que en cierta medida pueden sobrevivir, sólo considerando que sus portadores son "predisuestos", o sea, poseedores de una cualidad que los hace adaptarse a tal o cual modo de vida. En estos "preadaptados" serían sus características innatas las que determinarían sus condiciones de existencia, y de ninguna manera éstas las que harían desarrollarse caracteres de adaptación.

Cada individuo resulta psicológicamente, desde el punto de vista genético, una realización única e imprevista, prácticamente sin ninguna posibilidad de repetirse. Cuando se habla de herencia de caracteres psicológicos adquiridos nos referimos a la herencia de estructuras mentales fisicoquímicas.

Hay que precisar definitivamente lo que es la herencia psíquica. Al traspasarse la estructura de órganos de padres a hijos, se traspaasa la correlativa función, o mejor dicho, la posibilidad orgánica entendiendo lo orgánico como estructura físico-química para que dicha función pueda desarrollarse. No se heredan ideas, talentos, gustos, sentimientos, como virtuosidades abstractas, sino posibilidades materiales para el desarrollo de las mismas en función de la interacción individuo-medio. No se hereda en rigor una entidad formal sino posibilidades para el desarrollo de la misma.

La herencia psíquica adquirida se ha mostrado, es verdad menos estable que la biológica. Para admitir la heredabilidad de ciertas actividades psíquicas específicas adquiridas no es menester que se transmitan en todos los casos de los genitores y progenitores inmediatamente a los descendientes.

Resulta comprensible la diferencia que convierte en más constante la herencia somática que la psíquica. La primera depende exclusivamente de factores intrínsecos a la especie en su adaptación a condiciones exógenas naturales; la segunda se liga a la especie en relación con la organización socio-cultural. Para la herencia de un carácter somático adquirido como valor de adaptación nos enfrentamos con una unidad hereditaria ampliamente repartida en los grupos humanos, de manera que a través de los innúmeros cruzamientos a que está sometido nuestro filium. Siempre existe un amplio margen de posibilidades de que los genitores posean actuante o latente esa característica.

Sobre la maduración actuó la herencia de los caracteres adquiridos, y es en la integración donde las posibilidades latentes transmitidas se reafirmaran como funciones o desaparecieron por falta de estímulo que las mantenga en un grado de funcionalidad capaz de justificar su existencia.

DESARROLLO PSICOMOTOR

DOS AÑOS



Coloca los cubos de madera en filas después de enseñarle.

Imita las rayas verticales con un lápiz.
Se toca los ojos, la nariz, la boca.

TRES AÑOS



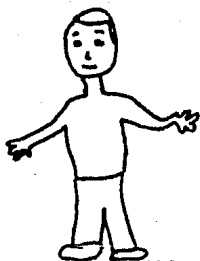
Señala correcta la nariz, los ojos y la boca.
Nombra espontáneamente al verlos, algunos
objetos de nombres sencillos.
Repite frases de seis sílabas.
Dice su apellido y su sexo.

CUATRO AÑOS



Copia un cuadro con un lápiz.
Repite sentencias de 12 a 13 sílabas.
Repite cuatro números de una sola cifra.
Usa adjetivos para describir los dibujos,
grabados, cuadros, etc.

CINCO AÑOS



Dibuja un hombre reconocible
Copia un triángulo con lápiz.
Le da nombre a los colores; rojo,
azul, amarillo.
Define lo que es una silla un lápiz
en lenguaje sencillo.

SEIS AÑOS

IZQUIERDA

DERECHA



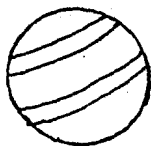
Distingue el lado derecho del izquierdo.
Sabe distinguir la mañana de la tarde.
Nota la omisión de rasgos de la cara.
Repite sentencias de 16 a 18 sílabas.

SIETE AÑOS



Sabe los nombres de los días de la semana
Conoce el número de los dedos de la mano
sin necesidad de contarlos.
Copia un rombo.
Repite tres cifras hacia atrás.

OCHO AÑOS



Define lo que es un soldado, una pelota.
Cuenta hacia atrás desde 20 hasta 1 en
40 segundos.
Escribe al dictado.

NUEVE AÑOS

ENERO	ABRIL	JULIO	OCTUBRE
FEBRERO	MAYO	AGOSTO	NOVIEMBRE
MARZO	JUNIO	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE

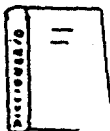
Dice el nombre de los meses.
Repite seis cifras hacia adelante.
Pone determinadas palabras en una frase.

DIEZ AÑOS.



Copia un dibujo después de 10 segundos.
Repite una sentencia de 20 a 23 sílabas.
Repite seis cifras hacia adelante.

ONCE AÑOS



Escribe listas y planos.
Utiliza los diccionarios.
Escribe los números correctamente en
dictado.

DOCE AÑOS



Interpreta la moraleja de las fábulas.
Define términos abstractos: venganza, envidia,
caridad justicia.

C A P I T U L O I V

P A T R O N E S D E C O N D U C T A

DEL NACIMIENTO A DOS AÑOS

En esta etapa el niño depende completamente de su madre, para su cuidado y protección y por lo tanto se encuentra fuertemente ligado a ella para todas sus actividades. Es pues la madre quien dirige al niño y es parte importante en el desenvolvimiento de su forma de vida, y en un momento dado puede - ella, controlar y conocer sus estados emocionales.

No es muy frecuente, que el dentista tenga que tratar o atender a niños antes de los dos años, pero cuando se presenta el caso, la reacción normal del niño es la resistencia primeramente ante un extraño, que quiere ver su boca. Otra situación es que el niño, por ser tan pequeño no tiene coordinación aún sus movimientos para obedecer ordenes del dentista, tales como la de "abre la boca".

El niño siente la dependencia que ejerce en su madre y - puede resistirse al tratamiento con actitudes tales como la - de refugiarse en sus brazos como si ella fuera físicamente - parte de él y puede llegar a pensar que emocionalmente si lo es. También existe una relación similar en la madre pues llega a sentir temor y en ocasiones dice sentir que experimenta el dolor del niño. Debemos tener presente esta relación que - existe entre madre e hijo y no alterarla para que el pequeño se sienta más seguro durante el exámen y el tratamiento.

Resulta mucho mejor sentar al niño en el regazo materno y utilizar asimismo a la madre como asistente. La actitud del dentista ante esta situación es tratar al niño en forma cariñosa y comprensiva, sus movimientos deben ser suaves para no causar temor en el niño. No debe preocuparse de la resistencia o llanto del pequeño, pues estas actitudes son normales en esta edad.

La unión de la criatura a su madre se manifiesta en la aparición casi universal de la succión del pulgar después del tercer mes de edad.

DOS A CUATRO AÑOS

Es esta una etapa de transición entre la conducta de bebé a la de un niño preescolar. El niño trata de ser independiente, es contradictorio, es un poco más sociable, un poco más seguro de sí mismo. Pero en situaciones de tensión o peligro, regresa a la protección de la madre.

Su conducta se caracteriza porque desvía su atención de una cosa a otra con mucha facilidad y rapidez, además de que trata de hacer muchas cosas a la vez. Por lo que concede muy poca atención a las personas y a lo que le rodea, y su campo de intereses es muy variado.

Es la mejor edad para llevar al niño al dentista y comenzar su programa de atención dental preventiva, ya que alrededor de los dos años y medio ha acompletado la erupción de su dentición primaria. En un principio el único tratamiento consistirá en el examen más tarde las radiografías intraorales, la profilaxis y la aplicación de tópica de flúor, y por último la preparación de cavidades si fuera necesario.

El niño de tres años, es capaz de sentarse en el sillón por sí sólo. El permitir que la madre se siente donde la pueda ver, esto ayudará a darle y sentirse confiado al niño. — Por lo general no habla con extraños, pero puede obedecer órdenes, cuando se le dan directamente. Puede abrir la boca, voltear la cabeza.

El niño no puede expresar sus experiencias por medio de la palabra ya que todavía no tiene el vocabulario suficiente para hacerle expresar correctamente, pero es fácil por medio de sus actitudes y reacciones; y saber así lo que siente.

Si el niño está asustado e inseguro puede responder positivamente si se ejerce un acercamiento relajado y sin prisa, hablándole suavemente y con cariño. El niño cuando se encuentra atemorizado pierde rápidamente contacto con los extraños y vuelve a los brazos de su madre. Puede entrar en pánico si siente que su protección y seguridad se pierde, es por lo tanto recomendable considerar oportuno y conveniente que la madre se hable cerca de él.

CUATRO A SEIS AÑOS

A los cuatro años, el niño desea ser un individuo independiente y ha menudo se comporta un tanto agresivo.

El niño de cinco años, muestra ya inicios del hombre que ha de ser en el futuro. Sus capacidades, sus talentos, sus cualidades temperamentales y sus modos distintos de afrontar las exigencias del desarrollo. Lleva ya el sello de su individualidad.

Es dueño de sí mismo, reservado, y su relación con el ambiente se plantea en términos amistosos y familiares. Tiende a ser realista, a hablar y pensar en primera persona. Quizá sea el lenguaje una tendencia sana del crecimiento, pues las palabras le ayudarán a alejarse constructivamente de su madre y del ambiente que le mantiene aún apresado.

El sexto año de vida, trae consigo cambios fundamentales, somáticos y psicológicos. Es una edad de transición. Están desapareciendo y los dientes primarios; aparecen los primeros molares permanentes. A esta edad, el niño tiende a los extremos -bajo- tensiones ligeras.

Los sentimientos y emociones del niño crecen y disminuyen rápidamente. en el consultorio dental se tiene la experiencia de que en muchas ocasiones; al principio de la cita o durante el tratamiento, el niño ha presentado muchas dificultades para su manejo y ha requerido hasta medidas extremas de control y al final de la cita se muestra sumamente cariñoso.

Como puede verse en esta etapa existe una amplia variedad de patrones de conducta que va desde el niño que no coopera, que se encuentra asustado, inseguro y aún fuertemente unido a la madre; a la del niño que se muestra dócil, conforme, tranquilo, sumiso y cooperan inteligentemente y feliz, porque se siente seguro y disfruta de esta nueva experiencia; o hasta la actitud del pequeño que se muestra agresivo, ruidoso y rebelde que no se conforma.

Ante esta gama de actitudes el cirujano dentista debe tratar al niño con paciencia y conseguir su confianza para lograr el mayor éxito posible.

PERIODO ESCOLAR

Esta etapa se divide en tres períodos.

- a) ETAPA TEMPRANA (de primero a tercero de primaria)
- b) ETAPA INTERMEDIA (de cuarto a sexto de primaria)
- c) ETAPA FINAL (de primero a tercero de secundaria)

Estas etapas comprenden aproximadamente de los seis a -- los quince años, aunque los tres últimos años pueden considerarse de la adolescencia.

El niño de siete años atraviesa prolongados períodos de calma y de concentración, durante los cuales elabora interiormente sus impresiones, abstraído del mundo exterior es una edad de asimilación, una época en que sedimenta las experiencias acumuladas y se relacionan las experiencias nuevas con las antiguas. El niño de siete años es sumamente reflexivo. -- Vive una subcultura propia y característica, con tradiciones, juegos, valores, lealtades, reglas, etc. El niño comienza a -- independizarse. El ir a la escuela, cambia al niño, es el -- principio de su socialización, aprende a llevarse con los de más, conoce las normas y reglamentos de la sociedad al mismo tiempo que aprende a aceptarlos.

En la primera etapa es dependiente de su casa y de orientación de sus padres. El mundo de pronto se le ha ampliado y comienza a desarrollarse dentro de él.

En el consultorio dental prefiere estar solo con el dentista el que pueda hablar con él sin la presencia de la madre le hace sentir más independiente. Esto ocurre desde los nueve años, aunque hay ocasiones en que esto ocurre desde los seis años.

El niño considera al dentista como persona, ya no como -- algo amenazante. Empieza a reaccionar hacia el odontólogo más favorablemente y acepta mejor los procedimientos operatorios. Por lo que el dentista hará bien en acercarse al niño directamente y establecerse como persona.

El niño de ocho años empieza a romper sus relaciones con su familia, posee secretos y rituales que proporcionan dominio sobre la realidad; esta es una faceta por la cual tiene que pasar antes de alcanzar su madurez e independencia.

El niño de nueve años ya no es simplemente un niño; tampoco es un adolescente. Nueve es una edad intermedia, entre el jardín de niño y la adolescencia de la escuela secundaria. Adquiere mayor dominio de sí mismo, adquiere nuevas formas de autosuficiencia que modifican profundamente sus relaciones con la familia. La automotivación es la característica fundamental del niño de nueve años.

A los nueve años, el niño ya tiene experiencia para adaptarse y cooperar aún cuando el procedimiento sea en realidad doloroso. Su principal y mayor diferencia con el preescolar es la capacidad de cooperación. Puede aprender a razonar.

Los niños a los diez años son grandes imitadores, les gusta demostrar que son capaces de realizar cosas muy difíciles, compiten en fuerza física y en valentía. Con rara excepción, a los doce años desdeñan las actividades de niños y son firmemente independientes. En general las niñas maduran más rápidamente y a esta edad ya están entrando en la adolescencia.

Es a esta edad cuando el niño está lleno de curiosidad, que es una buena característica que el cirujano dentista puede utilizar para lograr la confianza y atención del niño, al interesarse sinceramente por sus gustos según su edad, pronto sabrá cuales son sus intereses especiales, proyectos o actividades en particular.

Deberá tomarse en cuenta que sus preferencias cambian rápidamente. El odontólogo tiene la oportunidad de ganar un buen amigo a través del entendimiento y el servicio oportuno para el niño que está tratándose en este momento.

ADOLESCENCIA Y PUBERTAD TRECE A DIECIOCHO AÑOS

Durante esta etapa, se introducen muchas alteraciones importantes y con frecuencia drámaticas en la conducta, como resultado del marcado salto en el desarrollo físico, mental y emocional. Este período exige un conocimiento y una comprensión especial por parte de los adultos, pues ha dejado de ser niño, pero aún no ha alcanzado la madurez necesaria para ser considerado un adulto, se enfrenta al problema de querese independizar de la autoridad y manutención que le proporciona la familia. Este deseo requiere el rompimiento con muchos de los principios familiares, basados en la autoridad y posesión. Debe notarse que al irse desarrollando el niño se aleja más y más de su casa, en cuerpo como en espíritu.

Durante este período, el adolescente ha experimentado mucha humillación, frustración y resentimiento. Con frecuencia los hijos y los padres están en constantes conflictos. El adolescente pide privilegios, pero no desea asumir ninguna responsabilidad y en la adolescencia temprana el chico quiere acaparar los privilegios del niño y del adolescente.

Todas estas etapas por las que atraviesa el niño desde el nacimiento hasta la adolescencia son necesarias y de un gran valor para llegar a alcanzar la madurez individual.

C A P I T U L O V

A C T I T U D E S D E L O S P A D R E S

ACTITUDES DE LOS PADRES

La actitud de los padres es de gran importancia para el desarrollo de la personalidad durante la primera infancia. La conducta de ellos hacia el primer hijo, depende de su personalidad innata, de la forma en que fueron educados y de si su crianza fué emocionalmente satisfactoria. Sus actitudes se han influido además por sus experiencias durante su adolescencia y la madurez y por su ajuste a la situación conyugal.

Su conducta hacia los hijos posteriores se modificará — por su experiencia con los hijos anteriores. En la consideración del desarrollo emocional del niño es de capital importancia, un estudio de la personalidad de los padres.

Sin embargo la personalidad de los padres no es el único factor que determina como piensan sobre sus hijos y se comportan hacia ellos. El niño no es un recipiente pasivo, sino que interviene activamente en el establecimiento de selecciones — entre sus padres y él. Está dotado innatamente de atributos — de la personalidad distintos e individuales, de igual modo que su constitución física y algunos de estos patrones de la personalidad, son ya evidentes al comienzo de la vida.

Sólo tomando en consideración los tres factores: los padres y su relación entre sí, el hijo y los factores incidentes, se puede llegar a una comprensión de cómo las actitudes de los padres afecta al desarrollo de la personalidad del hijo. Sólo de este modo se puede comprender porque, en la misma familia algunos hijos presentan problemas y otros no. Las diferentes personalidades de los hijos de una familia aumentan también los problemas de los padres.

Las actitudes de éstos no son necesariamente fijas. Ocurren cambios con frecuencia.

EXCESO DE AFECTO Y PROTECCION

La actitud normal de los padres hacia su hijo es de afecto. Pero en algunas circunstancias, las relaciones entre los padres e hijos pueden modificarse en dirección de excesivo o deficiente afecto, con consecuencias más o menos graves para el hijo.

Se usa el término "afecto excesivo" para caracterizar la conducta de las madres cuya devoción a sus hijos es extraordinariamente intensa. No permite que intereses competidores se interpongan en sus deberes maternales, reduce sus otras relaciones en la vida conyugal, social e intelectual a un mínimo.

CLASIFICACION

La madre excesivamente protectora o afectuosa se divide en dos:

- a) PURAS.- Mujeres que demuestran excesivo cuidado hacia el hijo.
- b) CULPABLES O COMPENSADORAS.- Que protegen extraordinariamente a sus hijos, para ocultar o compensar una --hostilidad o actitud de rechazo de la que generalmente se percatan.

El cuidado excesivo se refiere a la continuación de actividades como alimentación, vestido y baño después de la edad usual de un niño normal. El efecto de esta crianza es retardar la maduración psicológica del niño o "infantilizarlo".

El contacto excesivo se refiere a la tendencia de las madres a permanecer en relación social constante con los hijos. Las madres manifiestan su excesiva actitud protectora, protegiendo al hijo contra riesgos ordinarios de la niñez.

La educación adquiere la forma de un extremo u de otro, indulgencia o dominación. Las madres indulgentes ceden ante las demandas de sus hijos. Los niños dominados por el contrario son obedientes, pulcros, cuidadosos y educados.

PROBLEMAS DE LOS NIÑOS EXCESIVAMENTE PROTEGIDOS.— Los -- problemas pueden clasificarse en dos grupos: según si las madres son indulgentes o dominantes.

Los hijos de las madres excesivamente protectoras e indulgentes encuentran dificultades para hacer ajustes sociales, cuyo grado es proporcional a la intensidad de la actitud materna.

Los niños son como grupo, exigentes, egoístas y tiránicos, piden atención, afecto, servicio constante. Sobresalen en la conversación (debido a su constante asociación con mayores, en vez de niños), hacen uso de cualquier recurso —seducción, zalamoría, adulación y lucha— por obtener lo que pretenden. Esta conducta agresiva y exigente tiene como objetivo —principal mantener la posición originalmente establecida con la madre.

El grado de conducta del niño es aproximadamente proporcional a la respuesta de los padres. Cuando estos ceden más, mayor es la tiranía del hijo.

Los problemas planteados por los hijos de las madres dominantes y excesivamente protectoras son principalmente timidez, ansiedades, temores y conductas sumisas.

PRONOSTICO.— La perspectiva para el futuro del niño excesivamente protegido es buena. Cuando el niño adquiera un progreso hacia la actividad independiente, lucha contra la tendencia infantilizante de la madre. El ir a la escuela y permanecer alejado de la madre varias horas al día son influencias benéficas.

Debe hacerse posible por dar a entender a la madre su actitud excesivamente protectora y su afecto. El valor de liberar a éste de la influencia infantilizante de la madre debe exponerse.

La influencia excesiva impide el desarrollo emocional -- del niño, manteniéndolo en el estado de dependencia infantil en un exceso de llanto o una rabieta es suficiente para que los padres satisfagan las demandas.

FALTA DE AFECTO

Por falta de afecto de los padres o rechazo se entiende el desagrado que causa en los padres su hijo.

La falta de afecto de los padre durante los primeros años, denominada "hambre de afecto" primario por Levy, puede producir graves cambios en la personalidad, siendo el grado sobresaliente, una respuesta emocional. Los niños pueden comportarse normalmente y parecer muy felices, pero el contacto emocional con ellos es imposible, las relaciones con otras personas son difíciles. Son difíciles de influir, incapaces de trabajar armoniosamente con otras personas.

R E C H A Z O

El rechazo puede tener origen en la personalidad de los padres por el hijo o en la conducta de este.

Según Wolberg, la mayoría de las madres que rechazan a sus hijo son inmaduras, inestables, neuróticas y en ocasiones realmente psicóticas. Son incapaces de hacer una adaptación madura a la vida, y sus relaciones personales que caracterizan por hostilidad y expectativas irrealistas.

Las características que se encuentran con mayor frecuencia en los padres que rechazan, que en los que no lo hacen, son la discordia y la falta de afecto entre los padres, la aversión de la madre a la gestación, o el matrimonio forzado.

Cuando la madre trabaja fuera del hogar y dispone de poco tiempo para pasarlo junto al hijo, éste puede sentirse menospreciado e indeseado, aunque la madre no sea realmente indiferente, surge una situación similar cuando los padres son poco demostrativos.

El rechazo puede ser abierto, es decir obvio y reconocido por la madre y el padre, o puede estar oscurecido por esfuerzos conscientes o subconscientes de ocultarlo. La excesiva protección no asociada y frecuentemente con el rechazo del tipo oculto tiene su origen en un sentimiento de deber o de culpa.

La conducta de los padres que rechazan, se caracteriza por severo castigo, desprecio, regaño, indiferencia, irritación, amenaza de alejar al niño, trato incoherente, suspicacia y desfavorables comparaciones con hermanos y otros niños.

El defecto de la personalidad que más sobresale en el niño rechazado es abierto como oculto, es la falta de un sentimiento de valor o de un sentimiento de pertenencia.

Cuando el rechazo es abierto, generalmente el niño reacciona con agresividad, el deseo de tomar represalia, mezclado con hipersensibilidad e infelicidad. Es probable que se muestre egoísta, resentido y vengativo, desobediente y pendenciero, inquieto e hiperactivo.

El niño desea llamar la atención y hará uso de los medios posibles para lograrlo, la conducta agresiva es más sorprendente cuando el progenitor que rechaza es el padre.

Cuando el rechazo es oculto y se asocia con excesiva protección, para que el niño no esté totalmente conciente de que es rechazado, la conducta es más probable que sea sumisa. El niño es tímido, reservado y temeroso.

En todos los tipos de rechazo la necesidad de afecto provoca demanda excesiva de atención.

CAPITULO VI

PERSONALIDAD

CONCEPTO DE PERSONALIDAD

El psiquismo no es un conglomerado de aspectos parciales, aislados, sino un conjunto organizado, un sistema.

El crecimiento de los aspectos parciales, o esferas de la evolución, y su organización en un sistema funcional, son procesos simultáneos. La personalidad es el resultado de la actividad integrativa, podemos afirmar que el niño, tiene personalidad desde las primeras semanas de vida. Lo que ocurre es que en cada momento evolutivo la personalidad tiene una peculiar estructura. A lo largo del curso de la vida, los elementos de la personalidad y tipo de organización de ésta varía constantemente. Personalidad es un sistema de equilibrio que no dura, que se transforma constantemente. Más bien que como sistema de equilibrio podemos definirla como función equilibradora.

El individuo al nacer, está dotado de un soma, un organismo cuyas características están determinadas por gran parte por la herencia.

El modo de ser somático va a determinar en gran parte, durante toda la vida, el modo de ser mental del sujeto. El temperamento resultante funcional inmediata de la constitución corporal, tiene de un color personal las relaciones del individuo. La constitución corporal es el primer plano de la personalidad.

RASGOS DE LA PERSONALIDAD INFANTIL

Las formas de conducta, o modalidad de las reacciones del individuo frente a la situación (o conjunto de circunstancias ambientales que en cada momento le rodean) son de carácter objetivo-subjetivo, es decir, que el sujeto se mueve con mayor o menor velocidad, el que siga la línea recta depende, de un lado, (la situación que es exterior del sujeto) y, de otro, de propia personalidad, es decir, del tipo de equilibrio

momentáneamente adoptado por el sistema de fuerzas que hemos definido como personalidad.

Entre las infinitas posibilidades de reacción de cada individuo frente a los también infinitos tipos de situación, el sujeto habitualmente elige pautas reaccionales o modos de acción, entre los cuales pueden observarse una cierta constancia o matriz que los hace semejantes.

Estas constantes o, mejor, la predisposición a seguir-- las constituyen los rasgos de la personalidad.

Hay dos tipos de rasgos de personalidad: a) Parámetros; b) Variables.

PARAMETROS.— Son aquellos rasgos en virtud de los cuales los individuos difieren entre sí, es decir, son las diferencias de individuo a individuo.

VARIABLES.— Es todo rasgo que en todo individuo cambia — en función de la situación.

La distinción entre parámetro y variable no es absoluta. La capacidad intelectual, por ejemplo, puede ser considerada desde los dos puntos de vista, pues varía de individuo a individuo (parámetro), y también dentro del mismo individuo, según el tipo de situación problemática ante el cual el sujeto se encuentre (variable).

Los parámetros son rasgos que dependen primordialmente — del tipo de equilibrio establecido entre los diferentes planos de la personalidad. Mientras que las variables son rasgos dependientes principalmente del tipo de equilibrio entre la personalidad y la situación en la que el sujeto se encuentre en un momento dado.

Si queremos caracterizar a la infancia debemos fijar nuestra atención principalmente en los parámetros de la personalidad infantil en relación con la del adolescente y el adulto. Y dentro de la infancia, al intentar la descripción de las distintas etapas de la misma, señalaremos los parámetros entre las diferentes fases evolutivas.

Los rasgos de la personalidad no constituyen un amontonamiento caótico e incoherente, sino que están estructurados en sistemas en los cuales la variación de un elemento extraña variación en todos los demás.

PARAMETROS DE LA PERSONALIDAD.

- 1.- TIPO DE VIVENCIA (extroversidad, introversidad)
- 2.- MODO Y GRADO DE CONTROL. Tipo de equilibrio entre la esfera afectivo-emocional e instintiva, de un lado, y el plano cognoscitivo, de otro.
- 3.- MADUREZ Y ADAPTACION. Equilibrio intrapsíquico y con el ambiente.
- 4.- TIPO DE APERCEPCION. Modo peculiar de captar la realidad externa.
- 5.- NIVEL Y RENDIMIENTO INTELECTUAL.

Cada uno de los fundamentales rasgos está integrado por una serie de aspectos parciales, y en conjunto se integran en un síndrome.

El niño por definición es un inmaduro y tal inmadurez se manifiesta con marcada sobredependencia respecto al ambiente, es decir, falta de autonomía, que define su tipo de equili -- brio con el ambiente y también por la falta de consistencia - en la conducta, que cambia profundamente en períodos cortos - de tiempo.

FORMACION DE LA PERSONALIDAD

La formación de la personalidad es un proceso individual, y dado que sus agentes determinantes se estudian mejor en su relación con cada persona en particular, es decir, que existen muchísimos factores que, contribuyen al desarrollo de la misma. Podrá inducirse que cada persona que se conoce, cada - objeto que se ve, cada experiencia que se vive, ejercen alguna pequeña influencia sobre el individuo.

En primer lugar un acontecimiento importante para el desarrollo de una persona puede resultar insignificante para - el desarrollo de otra.

En segundo lugar, una circunstancia o acontecimiento desfavorable puede tener un efecto grave sobre la personalidad de un niño y uno menos grave sobre la de otro.

Tercero, la misma persona puede influir sobre otras dos de modo diverso.

Semejante división está expuesta a críticas. Sólo raramente una persona es puramente extravertida o exclusivamente introvertida. La mayoría de nosotros somos combinación de ambos. Y el término "ambivertido" (vuelto hacia ambos lados), se emplea para designar a las personas que no son definitivamente lo uno o lo otro. También en este caso, aunque una persona sea más extravertida o introvertida en ciertas situaciones, un extrovertido puede conducirse en forma que sea más propia de un introvertido, y un introvertido puede conducirse de la misma manera que un extrovertido.

Esta doble clasificación presenta evidentes dificultades. Hay que discriminar dos clases de extrovertidos, que pueden llamarse: El extrovertido social, es sociable, le gusta la gente y le agrada estar con ellas. El extrovertido manipulador en cambio, ve el mundo de las personas y los objetos como material sobre el cual pueda ejercer su acción. Mientras que la primera es la extraversión del afecto y la conservación, la segunda es la extraversión de la autoafirmación y el cambio.

Esto nos da una triple clasificación.

- 1.- El estrovertido social.- Que se vuelve hacia las personas
- 2.- El extrovertido manipulador.- Que se afirma a sí mismo contra los demás.
- 3.- El introvertido.- Que se aparta de la gente.

También en este caso todos somos, en distintos grados, combinaciones de estos tres componentes. Esto es muy comprensible, pues, a veces, según lo requiera la ocasión, queremos amar, imponernos a estar solos.

Existen diferencias individuales en la potencia absoluta y relativa de cada componente y, a veces, podemos señalar personas en las que, uno de los componentes es muy fuerte y los otros dos relativamente débiles, es decir, personas con tendencias a ser predominantes, cariñosas y dominadoras o reservadas..

La mente y el cuerpo de los niños no están totalmente desarrollados y rara vez encontramos en ellos el caso extremo o "puro" todos los niños son extrovertidos, en cierto modo, ya que todos los niños están ansiosos por conocer el mundo que les rodea, para lograrlo manipulan objetos, experimentos y exploran el medio ambiente.

CLASIFICACION DE LA PERSONALIDAD

La división de las personas en extravertidas e introvertidas es probablemente el medio más conocido y con el cual se clasifica a los individuos en tipo temperamentales. Los dos términos se usan comúnmente en el lenguaje diario, y el significado aceptado en general, es que una persona extravertida está más orientada hacia el mundo exterior. Mientras que una intravertida está más orientada hacia sus propias experiencias mentales.

Cuando usamos el término "extravertida" designamos habitualmente a una persona que se siente cómoda en compañía de otras, que puede hablar sin timidez, sonreír y reír con los demás, demostrar afecto, admiración, simpatía etc; que expresa libremente sus sentimientos, actitudes y opiniones, al extravertido le agrada ser objeto de la atención y aprobación generales, y se sentirá turbado y ansioso si pierde la buena voluntad y el afecto de los demás.

El introvertido, se halla a menudo en dificultad en ser sociales. Para él, es un esfuerzo enfrentarse con un grupo de personas, y, cuando tiene que hacerlo se siente nervioso y cohibido. No consigue manifestar fácilmente a los demás las emociones que experimenta. Aunque sienta afecto, alegría, simpatía le es difícil expresarlo, y debido a esa incapacidad expresiva podemos pensar, en forma errónea que carece de emociones. El extrovertido es capaz de sentimientos profundos y

de sólido apego a unos pocos amigos. Habla con cierta vacilación y sólo expresa opiniones después de haberlas pensado, — pues tiende a asimilar los conocimientos y las experiencias, es decir, a meditar profundamente sobre ellos. Más que la atención y aprobación de los demás valora el hecho de ser independiente.

Incidentalmente, es importante evitar el error de pensar que el introvertido es enfermizo e introspectivo, un error — muy posible en nuestra sociedad, que aprecia la extroversión la capacidad de afrontar situaciones prácticas y ser agradablemente sociables. Debido a esto, tendemos a valorar al extrovertido como "sano". El introvertido también puede ser sano, podemos llamarlo "introspectivo" y puede ser "diferente", pero ambos, el extravertido e introvertido, pueden ser mentalmente sanos o enfermos.

LAS PERSONALIDADES DE LOS PADRES Y LA PERSONALIDAD DEL NIÑO

El papel de padre exige ciertos tipos de conducta. Al ejecutar su papel, los padres se diferencian por ser estrictos o tolerantes, cariñosos y afectivos, o fríos y apartados, ansiosos o tranquilos en su desempeño.

Resulta inevitable encasillar en la categoría de "personalidad de los padres" un grupo principal de determinantes sobre como desarrollar este papel. Un individuo apartado; incapaz de sentir afecto, distinto de todo el mundo, probablemente seguirá la misma pauta con un recién nacido.

El grado de desajuste infantil se relaciona íntimamente con alguna medida de la conducta materna (rechazo, sobreprotección, etc.); sin embargo, ningún tipo determinado de acción producía constantemente problemas infantiles.

Durante los años de la niñez intermedia, el niño queda expuesto a una serie creciente de influencias extrafamiliares. No obstante las relaciones con los padres siguen siendo, para la mayoría de los niños, el factor más importante en la determinación que el niño llegará a ser; y de la clase de problema en su búsqueda de la madurez.

La conducta de los padres no es unidimensional. Aunque son susceptibles muchas dimensiones teóricas para conceptualizar la conducta de los padres:

El niño de padres afectuosos y permisivos suele ser activo, independiente, cordial, capaz de hacerse valer socialmente, pero también puede ser un poco agresivo y desobediente.

El niño de padres afectuosos-restrictivos, en cambio, --suele ser más dependiente, menos creativo, más conformista, --dominante y competitivo, pero más correcto y cortés.

Los padres hostiles tienden a menospreciar el ajuste del hijo para provocar una contra-hostilidad que se puede manifestar interiormente o exteriormente mientras que la restrictividad combinada con la hostilidad, tiende a elevar al máximo la auto-agresión, el retraimiento social y los síntomas de conflicto interno en el niño parecen elevar al máximo la conducta agresiva, mal controlada, que frecuentemente se observa en los niños delincuentes.

El desarrollo de la autoestima en el niño es fomentado por los padres que también se tienen en alto precio, que son afectuosos, quieren al niño y se interesan en sus actividades que fomentan la autonomía sin ser demasiado exigentes, y que tienen normas claras y consistentes de conducta para el niño, a la vez que respetan sus derechos y opiniones. La ausencia --del padre o de la madre puede hacer que el desajuste del niño y el desarrollo de una identificación del papel sexual claramente definido sean más difíciles especialmente cuando la ausencia se produce en los primeros años de vida (y cuando el --que falta es el padre del mismo sexo).

LOS PADRES COMO MODELO. -- El mecanismo de identificación, implica que el niño aceptará a uno de sus padres como modelo, e imitará su conducta. Supongamos que esto empieza como un modo juguetón de pensar: "Me gustaría ser alto, fuerte y atlético como papá". Imitar las acciones de los padres, da cierto --aire de realidad a esa fantasía; se inibirán los actos considerados muy diferentes a los del padre y se modelará la auto-imagen de acuerdo a la personalidad percibida en ese progenitor.

Desde luego, tal proceso tiene su contrapartida negativa cuando el niño rechaza al padre. En tanto la relación emocional es hostil, el niño puede negar toda similitud con el padre y realizar actos que afirmen la diferencia.

Los padres no son los únicos determinantes de la personalidad de los hijos, sino también los niños se encuentran influenciados por otros familiares, tíos, primos, amigos, maestros.

Los principales determinantes de la personalidad funcionan durante los primeros años de la vida. Esto significa que el niño es, ante todo, creación de su familia: al principio, según parece de la madre, pero las pruebas indican que el padre también resulta importante. Las familias se diferencian por las recompensas, frustraciones, castigos y amenazas que imponen a los niños; también se diferencian en los tipos de modelos de imitar a los padres.

DESARROLLO DE CIERTOS RASGOS DEL CARACTER

Se llama carácter al conjunto de los rasgos fundamentales de la personalidad del individuo que se manifiesta en su modo de actuar y en sus actitudes respecto a lo que le rodea; su actividad, hacia las personas y hacia sí mismo.

Unas personas actúan con viveza, rápidamente, sus sentimientos se reflejan claramente en su mímica, movimientos y lenguaje, responden ágilmente a todas las impresiones que perciben de la vida circundante (temperamentos sanguíneos). Otras reacciones en forma violenta y brusca ante los acontecimientos (coléricos), pasan fácilmente del buen humor al malo y de nuevo vuelven a estar alegres. Existen personas de reacción lenta, fuerte, pero tranquila (flématicos): otras reaccionan en forma infustificadamente violenta ante estímulos insignificantes y de relativa poca importancia en la mayoría de los casos (melancólicos).

Cualquier rasgo del carácter surge, se ejercita y consolida únicamente a través de acciones que exigen estas cualidades.

En el desarrollo del carácter, los móviles tienen una importancia especial. Las motivaciones de que parte, el pequeño los objetivos que se fija, así como los caminos que elige para alcanzar el fin propuesto, son testimonio de la faceta moral del carácter que se forma. Viene determinada por el sistema de conocimientos adquiridos y sentimientos.

En cada actividad, en cada proceder del niño, se consolida un sistema único y complejísimo de asociaciones: tiene lugar la formación y fijación de conocimientos, hábitos y costumbres, se desarrollan las facultades y se forman los sentimientos, intereses y tendencias. Los rasgos del carácter que se forman en el pequeño dependen también de los actos y asociaciones que realiza con mayor frecuencia de lo que oye continuamente y de lo que mejor y más agrado imita.

Los actos de los niños y su comportamiento son el "libro abierto" de su psicología. Para estudiar el carácter del pequeño hay que fijarnos no sólo en sus rasgos positivos, sino también los errores del comportamiento e infracción de las normas que se manifiestan en sus faltas.

C A P I T U L O V I I

E M O C I O N E S

CONCEPTO DE EMOCION

La evolución de la esfera afectivo-emocional consiste en la transformación de las pautas reaccionales derivadas de las vivencias de agrado o de desagrado que acompañan a todo hecho de conocimientos.

Nielsen y Thomposn, definen las emociones como el resultado de la facilitación o frustración de una tendencia instintiva que expresa en actividad del sistema nervioso vegetativo, a través del hipotálamo, ya sea como actividad glandular o como acción muscular. Con cada tendencia instintiva hay expectativa (anticipación) y con cada conclusión, placer o displacer.

Si consideramos que la esencia misma de la vida es el -- mantenimiento de un estado de equilibrio individual, y a la -- vez, del individuo con el medio, y sí al mismo tiempo pensamos que tal estado de equilibrio constantemente se rompe y -- constantemente se restablece; veremos que es función especial de los organismos vivos la adquisición de los elementos indispensables para que tal equilibrio subsista.

La ruptura del equilibrio da origen a la vivencia de necesidad que impulsa al sujeto hacia el objeto capaz de satisfacerla. Por otro lado rehuye al contacto con los objetos susceptibles de perjudicar su equilibrio vital.

Si la comunicación provocada se manifiesta en el sujeto de manera brusca y marcada sintomatología vegetativa (alteraciones del ritmo cardíaco, vasodilatación, vasoconstricción, temblor, exudación, etc.) o se acompaña de llanto, risa, grito, etc., y al mismo tiempo es causada por un agente psíquico (la percepción más o menos clara del objeto que satisface o -- contraría a la tendencia instintiva), el fenómeno recibe el nombre de EMOCION.

El objeto que provoca las emociones no necesita ser percibido con precisión, no solamente en sus características mas generales en tanto que estas estimulan la satisfacción o insatisfacción de un impulso primario (instintivo) o de un impulso secundario resultado de un proceso de condicionamiento.

EMOCIONES DEL RECIEN NACIDO

El recién nacido es capaz de responder emocionalmente a varios estímulos las respuestas están al principio sólo aproximadamente diferenciadas en positivas y negativas. en esta edad temprana no pueden diferenciarse patrones definidos de conducta como temor y enojo.

Spitz, propone que los recién nacidos sólo muestran una clase de respuesta emocional, desagrado, que alternan con reposo.

Respuestas negativas o de desagrado del recién nacido -- son provocadas por ruido súbito y fuerte por cambio repentino de la posición, por aplicación de frío a la piel, por trabar movimientos del niño en una posición incómoda. La quietud es provocada acariciando, meciendo, arrullando, manteniéndole abrigado.

DIFERENCIACION DE LAS EMOCIONES EN LA PRIMERA INFANCIA

Al crecer el niño es posible diferenciar las respuestas emocionales. Al mes pueden distinguirse llantos debido a dolor, hambre e incomodidad. A los dos meses son evidentes las respuestas placenteras en la sonrisa y en las vocalizaciones del niño. Las primeras emociones específicas en aparecer son la excitación, la angustia y la delicia. El enojo, el disgusto y el temor aparecen después.

La sonrisa aparece después durante el segundo mes de vida. En esta época también se convierten en más específicas y más duraderas las respuestas de disgusto. Un poco después, el niño muestra reacciones de desagrado cuando se le priva de contacto humano.

A los ocho meses se produce un cambio en la conducta. -- Mientras que en los primeros meses el niño normal sonríe a -- quien se le acerca, ahora distingue entre caras conocidas y -- no conocidas y reacciona y reacciona ante los extraños con -- drásticas reacciones de susto.

La diferenciación de las emociones depende de un proceso de maduración y de aprendizaje. Cuando el niño madura -- hasta el estado en que puede discriminar y percibir; se vuelve más sensible a los estímulos y situaciones que carecían de significado anteriormente.

M I E D O

NATURALEZ DEL MIEDO.- Al miedo se le considera un hipotético estado del cerebro o sistema endócrino, que surge en determinadas condiciones y se manifiesta por ciertas formas de comportamiento.

El miedo se incluye generalmente entre las emociones, si uno examina la lista de emociones, que incluyen tales como el amor, odio angustia, alegría, vergüenza, etc., resulta extremadamente difícil encontrar algún denominador común a todas ellas. Ha comenzado a aparecer las líneas básicas de una teoría general de las emociones. Tal teoría sostiene que el elemento común a todas las emociones, radica en que todas ellas representan algún tipo de reacción frente a "factores" de refuerzo". Estos se resumen en premios y castigos, por lo tanto, la cualidad específica de una emoción particular está determinada por dos factores: 1) El tipo particular de refuerzo involucrado; y 2) El conocimiento previo personal acerca de estos dos refuerzos. Desde este punto de vista, el miedo es un tipo de reacción emocional frente al castigo: pudiendo definirse el "castigo" como un estímulo que la mayoría de los miembros de la especie considerada procuran rehuir, terminar o evitar.

El miedo es el problema principal a que se enfrenta el -- cirujano dentista para manejar al niño y es una de las principales razones por las que las personas descuidan sus dientes.

EL MIEDO COMO MECANISMO DE PROTECCION

El miedo es una de las emociones primarias que son evidentes al nacer. No obstante, al principio de la vida el niño no se da cuenta de la naturaleza del estímulo que produce miedo. Al ir creciendo aumenta su capacidad intelectual y empieza a darse cuenta del estímulo, el miedo puede identificarse. El niño trata de ajustarse a estas experiencias, pero trata de huir si no pueda resolver el problema de otra manera. Si el niño se siente incapaz para enfrentarse a la situación, el miedo se intensifica fuera de toda proporción al estímulo que lo produce.

Al contrario de la creencia popular, es de gran valor cuando se le da la dirección por el control adecuado. Puesto el estímulo productor del miedo puede dañar al niño, el miedo es también mecanismo de autopreservación. La naturaleza de esta emoción puede ser utilizada para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas tanto físicas como sociales. Por lo tanto, una educación adecuada en el niño, no deberá dirigirlo hacia situaciones que existan. De esta manera servirá como un mecanismo protector.

MIEDO SUBJETIVO.— Se encuentra basado en sentimientos y actitudes que han sido sugeridas al niño por otras personas, sin que el niño haya tenido experiencias personales en el incidente. Los niños pequeños son aún más susceptibles a influencias de este tipo.

El miedo puede ser adquirido por imitación. Esto es esencialmente cierto cuando el niño observa reacciones de miedo en sus padres o en alguien que quiere y respeta. Este tipo de miedo puede ser inducido por los padres en una forma no intencionada, por lo general es recurrente y difícil de erradicar. El miedo continúa aumentando todo el tiempo que permanece en la mente y por lo consiguiente se vuelve más intenso y fuera de proporción en relación al objeto del miedo.

El miedo al dentista, en la mayoría de los niños es subjetivo en su origen y no tiene relación directa con experiencias dentales previas.

MIEDO OBJETIVO.— Es aquel producido por la estimulación directa de los órganos de los sentidos, por contacto físico con la experiencia pero generalmente no son de origen parental. Este tipo de miedo se manifiesta como respuesta a estímulos que se sienten, ven, oyen, sabe, huele y que son de naturaleza desagradable.

Un niño que ha sido tratado por un cirujano dentista en forma muy brusca y que se ha provocado dolor innecesariamente puede desarrollar miedo hacia cualquier tratamiento dental, — también un niño que no ha sido manejado adecuadamente en un hospital, puede tener miedo hacia las personas uniformadas, — también, el olor característico de determinados medicamentos, o un dolor, puede ser asociado con el dentista y causar temor de esta manera.

Los patrones de conducta del miedo no son los mismo a todas las edades, sino que varían con el desarrollo físico y mental del niño. Por lo tanto la edad es un buen lineamiento para saber que es lo que produce miedo en los niños.

De los dos a tres años, el niño teme principalmente a lo desconocido e inesperado. Cualquier estímulo intenso o repentino le produce miedo, por ejemplo, el ruido y la vibración del air-rotor: también tiene temor a los movimientos bruscos e inesperados.

El niño preescolar teme a los extraños, los objetos y — las situaciones extrañas, también lo asustan. Teme estar lejos de sus padres y ser abandonando por ellos. Para un niño acostumbrado al ruido y la actividad de su casa, la quietud de la sala de espera, lo podrá asustar.

De los cuatro a los seis años, existe una declinación gradual de los primeros temores, ya que, el niño va adquiriendo la habilidad de evaluar las situaciones productoras de miedo.

Se ha observado que los niños inteligentes, despliegan — más miedo, que los otros niños, debido a su capacidad de reconocer las situaciones de peligro y su resistencia a proposiciones verbales sintener pruebas.

De los cinco a los seis años el mayor miedo consiste en el temor a la injuria corporal. El dolor también puede ser asociado con el castigo, por lo que algunos niños toman la visita al dentista como un castigo de sus padres por haberse portado mal..

ANGUSTIA

Sentir es oscilar entre un estado de insatisfacción y satisfacción. Estos estados opuestos se manifiestan en el nivel humano en forma de sentimientos claramente diferenciados; angustia y alegría. La gama de los sentimientos y su variación entre la alegría y la angustia son comprendidos a partir de la emotividad elemental que rige la vida. Los sentimientos diferenciados siguen siendo en parte emotivos e inconcientes al mismo tiempo que aspiran a la lucidez conciente, a la facultad de un control voluntario y capaz de preever.

La angustia puede ser definida como una respuesta de la personalidad, a situaciones que son experimentadas como amenazantes para la existencia.

Psicológicamente se caracteriza la angustia, por un sentimiento de incertidumbre ante un peligro, que se percibe en forma vaga e imprecisa. Todos los seres humanos, experimentan por lo menos una vaga aprensión ansiosa que es correlativa a su impotencia, parcial o total o ante las contingencias de la vida, inevitabilidad de la muerte, peligro de enfermedades, e etc., todo esto muestra que la angustia es una experiencia universal, común a todos los seres humanos.

Es conveniente diferenciar entre la angustia y el miedo. El miedo, la amenaza es externa, es decir, objetiva. El individuo que experimenta miedo, tiene conciencia del peligro, -- que lo amenaza y puede enfrentarse a él adecuadamente, en tanto que la angustia, la amenaza es subjetiva, su fuente de acción es interna y el individuo que la experimenta no tiene advertencia clara de ella, sin embargo la percibe. Este rasgo diferencial entre el miedo y la angustia, tiene validez, aún cuando se toma en cuenta que algunas personas responden con intensidad desproporcionada ante un peligro objetivo: intensidad que sólo sería adecuada ante "una amenaza vital". En estos casos, la reacción se clasifica como angustia y no como miedo, ya que son ciertas condiciones internas de la mente de esa persona las que determinan la intensidad de la reacción y no el peligro objetivo, que en realidad actúa como un estímulo desencadenante.

ESTADOS EMOCIONALES ANORMALES

La ansiedad es un cambio en el estado de ánimo que surge del interior; es necesario un estímulo externo. El término se usa también para representar una respuesta emocional desagradable desproporcionada a la situación que produce temor. Por otra parte los temores normales se relacionan directa y proporcionalmente con alguna situación o motivo externo. La ansiedad es común en los niños. Sólo debe considerarse anormal cuando su frecuencia e intensidad son tales que dificultan el funcionamiento normal de la personalidad.

La ansiedad existe en niños emocionalmente trastornados. Los factores que aumentan el temor -ansiedad de los padres, -protección excesiva por parte de estos, amenazas e intimidaciones, etc. , contribuyen también a la producción de ansiedad.

Los ataques de ansiedad no son raros en los niños. Se ven cuatro veces más frecuentes en niñas que en niños. Ocurren más a menudo durante los años anteriores a la pubertad. Los ataques son generalmente provocados, en un niño ya emocionalmente trastornado, por una experiencia atemorizante.

FOBIAS.- El término fobia se aplica ordinariamente a temores injustificados que aparecen en la conciencia. El paciente está consciente de lo irrazonable de su emoción, pero no puede dominarla. La fobia supone dos factores: 1) un componente emocional, temor, y 2) un componente motor, la conducta compulsiva resultante.

Algunas fobias comunes son las siguientes:

- Miedo a los espacios abiertos (agorafobia)
- Miedo a ser encerrado o aislado (claustrofobia)
- Miedo a las alturas (acrofobia)
- Miedo al sonrojo (eritrofobia)

Las fobias son raras antes de la adolescencia. Surgen más frecuentemente en niños tímidos, conscientes y metódicos. A causa de su temor, el niño se siente diferente, y menos valioso y es probable que se retire de la compañía de otros niños.

Muchas fobias son ligeras y transitorias, pero pueden surgir afecciones psíquicas más intensas.

C A P I T U L O V I I I

D O L O R

DEFINICION DE DOLOR

El dolor es uno de los principales objetivos de las ciencias básicas y clínicas.

El alivio o la supresión del dolor debe ser la finalidad de todas las fases del arte de curarar.

El dolor es una experiencia compleja que comprende no sólo las sensaciones suscitadas por estímulos nocivos que lesionan los tejidos, sino también las reacciones o respuestas a dichos estímulos. La sensación de dolor está estrechamente ligada a nuestra capacidad para distinguir la calidad (como por ejemplo: quemante, punzante, etc.) de un estímulo nocivo, así como su ubicación, intensidad y duración. Intervienen variables de atención, conocimiento, motivación, estado emocional que modifican el comportamiento provocado por estímulos nocivos.

El dolor es la recepción conciente de estímulos nociceptivos. Es una sensación desagradable que surge de un acontecimiento interpretado como agresión al cuerpo.

EL DOLOR Y SU EXPRESION

Clinicamente asistimos a una amplia variedad de respuestas dolorosas a lo que objetivamente podría ser el mismo grado de estimulación física. Esta variedad de reacciones individuales requiere un concepto más amplio de dolor, uno que considere más los estímulos físicos desagradables y que ubique el estímulo dentro del contexto del paciente.

El dolor es una sensación de respuesta displacentera a un estímulo. El estímulo puede ejercer sobre cualquiera de los estímulos de combinación. El estímulo puede ser tenue, quizá sólo un pensamiento, en la mente del individuo y no necesita afectar a ningún sentido.

Plainfield, ha encontrado que en una mayoría de pacientes, el dolor sirve para comunicar su necesidad de ayuda o atención. También la expresión de dolor sirve para el alivio de sentimientos de culpa, algunos pacientes parecen disfrutar de las experiencias dolorosas. El conflicto psicológico con sus sentimientos de culpa existe en un nivel inconciente, la angustia concomitante rara vez tiene nada que ver con las experiencias de la realidad actual del paciente. Un individuo acosado por una angustia constante de origen desconocido encuentra la paz mental cuando puede ser atribuido a algo concreto y comprensible.

MECANISMOS PSICOLOGICOS DEL DOLOR

FACTORES EMOCIONALES.— El factor emocional más importante con la percepción del dolor es la ansiedad. La percepción del dolor y la ansiedad parecen ser concomitantes: a medida que va aumentando la ansiedad, aumenta también la probabilidad de que los estímulos nocivos serán interpretados como dolor. Es bien conocido que los individuos que demuestran ansiedad intensa en su comportamiento diario (carácter altamente ansioso) son más sensibles al dolor, que los que suelen ser menos angustiosos. Asimismo, todos los individuos son más sensibles en situaciones donde su ansiedad es mayor (estados altamente angustiantes). Así cualquier procedimiento que reduce la ansiedad ayudará, con toda probabilidad, los pacientes a tolerar realmente el dolor.

La odontología de hoy en día difícilmente justifica reacciones extremas aunque en justamento en ese estado de excitación y vigilancia que el dentista suele encontrar a la mayor parte de sus pacientes. Como, generalmente, los enfermos dentales presienten que el dolor puede surgir en cualquier momento durante el tratamiento, se ven obligados a soportar los procedimientos dentales desde esta actitud de inquietud extrema, y debido a la naturaleza de éste estado, serán a su vez más sensibles a los estímulos. Para la mayoría de los pacientes existen indicios indirectos de "seguridad", así, la inmovilización pasajera de la pieza de mano y el retiro de la jeringa de la boca son señales de seguridad que avisan al enfermo que puede relajarse, aunque sea sólo un instante.

Existen infinitos modos en que un estímulo puede ser recibido, ya que hay una gran variedad de respuestas potenciales. Además los factores individuales se multiplican por el hecho de que el estímulo debe seguir las vías nerviosas hacia los centros receptivos apropiados, estas vías tienen diferente grado de desarrollo, amplitud y salud. Aquí las variantes se tornan infinitas, además están determinadas por las experiencias pasadas del individuo, su reacción cotidiana al miedo, su estado de desarrollo emocional, su bienestar y su condicionamiento por la cultura.

Debemos considerar dos aspectos al dolor.

- 1.- La función de la experiencia dolorosa.
- 2.- La estabilidad de la identidad sexual cultural.

La función principal de la experiencia dolorosa, es la de preservar la integridad del organismo, es una señal de peligro que hace que fuerzas amenazantes o destructivas esten en acción.

La sujeción repetida del organismo al estímulo doloroso da por resultado la previsión del estímulo. Esto hace que el individuo evite las situaciones que le sometieron a un dolor.

El establecimiento de la identidad sexual cultural. En una cultura donde el valor se sitúa en la tolerancia estoica como requisito de hombría, la supresión de la expresión del dolor es lo que se espera de quien se considera hombre. Al contrario, en la mujer puede considerarse apropiado que exprese dramáticamente una experiencia dolorosa, identificándose así como frágil, sumisa y femenina. Esto además puede complicarse en individuos que tienen problemas por su identificación sexual

Un hombre afeminado, o una mujer masculinizada pueden expresar sus experiencias dolorosas en una forma apropiada por miembros del sexo opuesto. Esto se complica aún más, en individuos amenazados por tendencias homosexuales latentes y que reaccionan en forma exagerada para negarlas, el afeminado es heroicamente estoico y la mujer masculina es excesivamente sensible.

El dentista al darle explicaciones e información exacta al paciente, puede alargar estos períodos de relajación. Es bien sabido que sucesos nocivos no previstos son percibidos como más dolorosos que los previstos; el dentista puede aprovechar este conocimiento advirtiéndolo a sus pacientes cuando existe una probabilidad de dolor. La información debe ser exacta, y cuando es probable la aparición de un dolor preciso, el odontólogo debe prevenir al paciente. Cabe señalar que aquí nos referimos a la advertencia dada al paciente de un dolor que será lo suficientemente intenso para ser percibido con toda su fuerza por el paciente.

ANSIEDAD Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.— El tratamiento odontológico precipita la aparición de un estado de gran ansiedad en muchos pacientes, y que gran parte de este conflicto emocional tiene su origen en la amenaza de un daño que le será infligido y que se manifestará por dolor.

Aunque es imposible llevar a cabo un estudio detallado de todos los mecanismos que son causa de los estados emocionales es evidente que la comunicación de interés y preocupación reales y el establecimiento de las relaciones de confianza forman una parte importante de nuestro arsenal para mitigar la ansiedad del paciente. La palabra armonía o simpatía es invocada con frecuencia, y es en una relación que la mayoría de los dentistas afirman tener con sus pacientes. Sin embargo, esta "relación de simpatía" suele reducirse a una cuantas preguntas de cómo se siente el paciente, mientras este se va sentando en el sillón. El tiempo dedicado a mostrar un interés real por las preocupaciones del paciente será pagado con creces al disminuir la angustia, aumentar su tolerancia hacia los procedimientos y además nos hará sentir como profesionistas responsables con nuestros pacientes.

DOLOR Y AGRESION .- En la percepción del dolor la ansiedad es uno de los estados afectivos participantes más importantes; estudios de psicología experimental señalan que el dolor puede servir como estímulo para un comportamiento agresivo. Esta relación entre dolor y agresividad tiene implicaciones importantes para la odontología. En efecto, los pacientes pueden exteriorizar sus sentimientos agresivos, suscitados por

el dolor, de diferentes maneras. Así por ejemplo, el no cumplimiento con las medidas indicadas de prevención, los retrasos crónicos para acudir a la cita, o las cancelaciones de esta y la falta de colaboración durante la visita puede ser maneras inconscientes de "engañar" al dentista; la solución de estos problemas suele ser difícil y complicado. Además, es importante saber que pueden ocurrir tales problemas, ya que el dentista, es a menudo, el objeto de comportamiento cuyas raíces son un misterio tanto para el profesionista como para el paciente.

FACTORES SIMBOLICOS.- Aunque el dolor puede ser descrito de muchas maneras (por ejemplo, fulgurante, sordo, quemante), siempre hay una idea general que unifica todas las descripciones posibles. El dolor puede ser descrito no sólo con símbolos verbales sino también lleva su propio significado. Este significado puede ser de varias índoles como, por ejemplo, la advertencia de daño tisular inminente o ya sea actuante, puede ser interpretado como resultado de un ataque, o bien puede existir como una afirmación de tipo comunicación hecha por la persona que sufre el dolor a otra personas. Para aquellos que tratan con pacientes que presentan dolor es importante conocer y comprender algunos aspectos de estas funciones simbólicas del dolor.

Por lo general, la presencia de dolores tisulares extensas, provoca la idea de dolor intenso y de grandes sufrimientos sin embargo, no siempre es así.

El "dolor de muelas" no suele curar espontáneamente y exige, por lo menos, una visita de urgencia que casi siempre hace prever molestias ulteriores. Un paciente en medio de un procedimiento quirúrgico sabe que no se le puede interrumpir sea cual sea el grado de molestia psicológicas o físicas.

Así pues, es difícil valorar la "cantidad" de dolor que siente un paciente y es necesario basarse en el relato del propio paciente. También es preciso tener en cuenta los impulsos aún de nivel bajo podría ser interpretado como dolor por personas especialmente sensibles a los estímulos. Del dolor se puede hablar como una experiencia mediada por procesos psicológicos. Por ejemplo, para los individuos que perciben el tratamiento dental como una amenaza y que consideran que el dentista es el agresor, la experiencia de bloqueo alveolar inferior será diferente a la del paciente que se siente tranquilo y cómodo con su dentista y el tratamiento odontológico que este le proporciona

TRATAMIENTO DEL DOLOR EN ODONTOLOGIA.- El dolor, tal como es percibido por el paciente, puede ser modificado por factores cognoscitivos, emocionales y simbólicos. Por lo tanto, el tratamiento del dolor consiste no sólo en proporcionar "cosas" que puedan ser tragadas, inyectadas o inhaladas, sino -- que exige también una modificación de la experiencia del dolor por medio del conocimiento y comprensión del enfermo individual y de su psicología.

PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO.- Aunque la ansiedad empiece antes de que el paciente haya cruzado la puerta del consultorio, el dentista puede modificar esta ansiedad mediante algunos procedimientos puestos en acción en el consultorio.

1.- **CADA ENFERMO DEBE SER ATENDIDO COMO UN SER INDIVIDUAL.**- Cada paciente llega al consultorio y al tratamiento dental -- con una historia clínica única. Durante la primera entrevista con el dentista éste puede aprender mucho preguntando al paciente acerca de las experiencias que tuvo con la odontología y el dolor en el pasado. Los pacientes que dicen ser indiferentes al dolor serán tratados, no obstante, con mucho cuidado y los que se describen como sensibles deberán sentir durante el tratamiento que su mensaje ha sido recibido y comprendido.

2.- **EL DENTISTA DEBE HACER AL PACIENTE UNA DESCRIPCION EXACTA DE LO QUE VA A SENTIR DURANTE EL TRATAMIENTO.**- Trate de evitar palabras cargadas de sentido como dolor agudo, herida, pero cuando la aparición de dolor es inevitable haga una descripción precisa, recalcando la brevedad de la experiencia y su interés y preocupación por el hecho.

3.- **EL PACIENTE DEBE SENTIR QUE TIENEN CIERTO CONTROL SOBRE EL TRATAMIENTO.**- Para ello el dentista puede enseñar al paciente, antes de iniciar el tratamiento, algún gesto con el cual éste podrá interrumpir el procedimiento. Lo importante es ésta sensación de control y, aunque al principio el paciente utilizará con frecuencia, es probable que este comportamiento irá cediendo cuando el paciente esté seguro de su poder.

PARMACOTERAPIA: TRANQUILIZANTES -COMPONENTES PSICOLOGICOS Y FARMACOLOGICOS

La ansiedad o angustia es un factor que desempeña un papel importante en la reducción de la tolerancia al dolor o en la producción de mayor dolor. Recíprocamente, es posible aumentar la tolerancia al dolor, disminuyendo la ansiedad con medicamentos, o bien por medio de información, o desviando la atención del paciente hacia la realización de otra tarea. Sin embargo, el miedo ante el dolor y la interpretación del dolor por el paciente, puede producir a menudo una situación insostenible para un tratamiento de los pacientes utilizando técnicas intravenosas de sedación.

La investigación farmacológica de depresores centrales ha contribuido mucho al control y tratamiento del dolor. Sin embargo los fármacos llevados hasta sus límites, debido a dosis excesivas pueden, a veces enmascarar sus atributos más importantes.

La mayoría de los procedimientos odontológicos pueden realizarse con anestesia local o general, combinada con algún fármaco adicional para aumentar la potencia de cada uno de los agentes. Sin embargo lo ideal sería incrementar hasta lo máximo uno o varios de los componentes siguientes: analgesia, para liberar al paciente del dolor; amnesia, especialmente amnesia retrógrada, para que el paciente no pueda acordarse del procedimiento; tranquilización, para disminuir la ansiedad del paciente; y cierto grado de depresión cortical del sistema nervioso central, desde sedación leve hasta sueño.

Los fármacos sedantes -antiansiedad (ansiolíticos) se utilizan con más frecuencia que cualquier otro grupo de agentes terapéuticos. Las dos categorías más utilizadas son los carbamatos de propandiol (meprobamato y congéneres) y las benzodiazepinas (diazepam y congéneres). A principios de los años 50 varios fármacos fueron designados como "tranquilizantes" porque tenían un efecto calmante en pacientes con trastornos emocionales. Recientes estudios revelaron que los compuestos clorpromazina, reserpina y meprobamato diferían uno de otro en cuanto a sus efectos farmacológicos.

El meprobamato era eficaz sobre todo para el tratamiento de las enfermedades psiconeuróticas, mientras que la clorpromacina y reserpina eran útiles contra las alucinaciones y otros síntomas de las psicosis.

Los agentes contra la ansiedad fueron clasificados como "tranquilizantes menores" y los fármacos antipsicóticos fueron llamados "tranquilizantes mayores". Esta clasificación es incorrecta porque implica que estos fármacos son útiles para el tratamiento de las mismas enfermedades, y que sólo difieren uno de otro en cuanto a la intensidad del efecto que producen.

DEFINICION DE ANSIEDAD.- A menudo se utiliza el término de ansiedad como equivalente a miedo o tensión. La ansiedad puede definirse como un sentimiento desagradable de aprensión o de peligro inminente que surge en presencia de una amenaza precisa. Por ejemplo, el paciente dental que supone que su visita al consultorio será origen de sensaciones desagradables es invadido por un estado de ansiedad. En cambio, el miedo es una respuesta emocional ante un peligro claramente reconocido que amenaza al individuo. En la ansiedad, el individuo reacciona ante un peligro insignificante como si fuera cuestión de vida o muerte; además tiende a ser un estado crónico, que se autoalimenta y lleva un comportamiento inadecuado. El miedo, al contrario, es esencialmente un estado pasajero y preparatorio a un desenlace conductual conocido.

La tensión puede acompañar tanto a la ansiedad como el miedo. Es la suma total de varias respuestas fisiológicas corporales a estímulos que tienden a alterar el equilibrio existente. Los términos ansiedad, miedo y tensión contribuyen todos, como componentes de motivación, al dolor y son difíciles de diferenciar en componentes separados por medio de los métodos biológicos que existen actualmente. Yates, define la tensión (stress), como cualquier estímulo interno o externo, químico, físico o emocional que excita las neuronas del hipotálamo para que ocurra la liberación de la hormona liberadora de corticotronina a un ritmo más acelerado que el que normalmente ocurre en este momento del día en ausencia de dicho estímulo.

BASES BIOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD.— La ansiedad está asociada con un incremento de actividad en algunas áreas del cerebro y puede ser producida por la estimulación eléctrica de determinados núcleos del tálamo. La destrucción de porciones mínimas del tálamo o de los lóbulos frontales produce mejoría en los estados de ansiedad crónica en el hombre. El meprobamato parece actuar específicamente sobre las áreas del cerebro que se hallan asociadas con la ansiedad.

El meprobamato y quizá otros fármacos anti-ansiedad producen el fenómeno de sincronización de la actividad eléctrica espontánea del tálamo, pero no afecta la corteza o la formación reticular. Este efecto es diferente del observado con los barbitúricos que producen sincronización más marcada en la corteza y núcleo caudado.

BARBITÚRICOS vs. FÁRMACOS CONTRA LA ANSIEDAD.— Ante la aparición de los fármacos anti-ansiedad, los únicos fármacos disponibles para el tratamiento de la ansiedad eran los barbitúricos y otros hipnóticos sedantes. Los barbitúricos producen más bien una depresión global no selectiva del sistema nervioso central, mientras que la acción de los fármacos anti-ansiedad parece estar confinada a ciertas regiones del cerebro. Desde el punto de vista farmacológico, estos últimos podrían considerarse como relajantes musculares, debido a la participación de un componente sedante. Una de las dificultades para diferenciar los barbitúricos de los fármacos anti-ansiedad es que no existe una interacción directa demostrable ya que todos los compuestos ostentan un complicado mecanismo de acción.

Existe cierto desacuerdo entre los farmacólogos que no pueden distinguir ninguna especificidad en los fármacos contra la ansiedad y que tienden a considerarlos como sedantes hipnóticos. Otros autores se preguntan si realmente se puede distinguir entre los efectos clínicos de los fármacos anti-ansiedad y los de otros depresores del sistema nervioso central, como lo son los barbitúricos y el hidrato de cloral.

Los barbitúricos son incapaces de bloquear el sentido del dolor sin provocar al mismo tiempo alteraciones precisas de la conciencia. No son clasificados como analgésicos y en dosis pequeñas, los barbitúricos pueden aumentar la reacción a los estímulos dolorosos. Además en presencia de dolor intenso, no se puede confiar en los barbitúricos para aliviar el dolor, ni para producir sedación o sueño.

El efecto hiperalgésico de los barbitúricos no se observa en la mayor parte de los hipnóticos no barbitúricos. Algunos estudios han demostrado que el sistema reticular activador es sumamente sensible a los efectos depresivos de los barbitúricos y de otros agentes sedantes-hipnóticos y anestésicos.

Los barbitúricos y gran parte de los demás hipnóticos -- son depresores del sistema nervioso central, que en pequeñas dosis, producen sedación; en dosis moderadas, sueño y en dosis grandes, anestesia general. Los barbitúricos actúan principalmente sobre la formación reticular, aunque las grandes dosis producen una depresión profunda de los centros vitales en el bulbo y conllevan el peligro de insuficiencia respiratoria.

Los compuestos de benzodiacepina son también hipnóticos eficaces, aunque su modo de acción sea ligeramente diferente al de los barbitúricos. Una de las diferencias más evidentes es la ausencia de depresión respiratoria en el caso de las benzodiacepinas, y la falta relativa de acción depresora directa sobre la formación reticular. Se considera que, al contrario de los barbitúricos que deprimen directamente la formación reticular, las benzodiacepinas protegen la formación reticular aislándola de los estímulos emocionales y produciendo así sueño. Finalmente, el componente relajante muscular de las benzodiacepinas hace que éstas sean el fármaco más indicado para las técnicas de sedación intravenosa y como tranquilizantes menores para el síntoma de ansiedad.

Los objetivos que se quieren alcanzar empleando técnicas de sedación intravenosa y fármacos contra la ansiedad para disminuir el componente psicofisiológico del dolor no deben ser una opción para el dentista comprensivo y compasivo que puede tranquilizar a su paciente simplemente mediante comunicación verbal o personal.

C A P I T U L O I X

CONDUCTA DEL CIRUJANO DENTISTA

LA CONDUCTA DEL CIRUJANO DENTISTA ANTE EL NIÑO

El principal objetivo del odontopediatra consiste en proporcionar al niño una salud dental completa, para que el niño pueda llegar a la edad adulta con sus dientes sanos, con un buen hábito de higiene bucal y sobre todo con el deseo de atención odontológica correcta.

Los niños deben ser manejados de diversos modos: con vigor y autoridad; o mediante la comprensión de sus necesidades y su conducción a aceptar los procedimientos odontológicos, - de acuerdo al patrón de conducta que presenten en determinado momento.

El principal elemento de los problemas de conducta en el tratamiento dental son debido a la sobre indulgencia de los padres y a veces de la del dentista.

Para el niño educado bajo ambiente de sobreindulgencia - es muy positivo relacionarse con una figura que tenga autoridad sobre él, que sea firme y no acceda a sus caprichos, pero en la que pueda confiar plenamente, y la que nunca sobrepase los límites de autoridad, creyendo en una actitud hostil o de castigo.

Sin embargo, es en los niños en los que no se acusa una conducta abiertamente problemática, los lineamientos a seguir deberán ser:

El establecer una relación positiva entre el dentista y el niño. El odontopediatra deberá presentar atención a su relación entre él y su pequeño paciente, y tratará de tener una comunicación con él para establecer una relación más estrecha. Otra forma de ayudar al niño a sentirse más agusto en nuestro consultorio consiste en minimizar la ropa profesional y reducir el número de instrumentos y aparatos extraños que puedan causarle temor, evitando estén a su visita; en el consultorio --

deberá haber objetos que interesen y agraden al pequeño y también se deberá tomar todo el tiempo que sea necesario para explicarle en una forma sencilla y clara el funcionamiento de los aparatos, de tal manera que el niño posea la suficiente información para erradicar todos los temores que siente hacia lo desconocido. Deberá explicarsele claramente y en forma sencilla lo que va a sentir.

Los niños son especialmente sensibles a la sinceridad -- del dentista y de los adultos en general, por lo que se considera que si se quiere ganar la cooperación del niño, no se podrá lograr nada si la mente sobre todo en el hecho de que no va a sentir dolor, si es probable que lo experimente, lo que sucedería es que el niño se percatafa del engaño y se resistirá a cualquier intento de acercamiento posterior. Es preferible antes de proceder advertirle cuando una acción le molestará y asegurarle que se va hacer lo posible porque sea lo menos posible; y también decirle que es una experiencia pasajera. Los niños presentan una actitud extremadamente curiosa sobre todo frente a una situación nueva como puede resultar la de un tratamiento dental.

La voz del dentista debe ser modulada, pausada, usando un lenguaje sencillo para que pueda ser comprendido por el pequeño, las órdenes precisas, todos los movimientos deben ser suaves siendo al mismo tiempo firmes, las vacilaciones y las formas bruscas atemorizan al niño y le pueden crear desconfianza.

Cuando el odontólogo decide dedicarse a la práctica dental en niños, debe estar conciente de que no es una tarea fácil y que no todo el éxito que obtenga en su trabajo dependerá de su capacidad como ser humano de relacionarse con esos otros seres humanos que se encuentran en pleno desarrollo y formación que son los niños.

LA CONDUCTA DEL CIRUJANO DENTISTA ANTE LOS PADRES

El odontólogo que desee obtener éxito en su práctica con los niños. Tiene que reconocer la importancia que tiene la influencia que ejercen los padres, en la forma de pensar y el modo de actuar de los niños. Ya que con frecuencia son los padres los que ocasionan que la conducta del niño no sea del todo favorable, para obtener la mayor disponibilidad del pequeño hacia el tratamiento dental, o del éxito de éste.

No debe ignorarse pues, las diversas variaciones que existen en la conducta del niño, y que se pueden producir por las experiencias y enseñanzas de los padres, cuando asisten al consultorio dental.

Es necesario evaluar, previamente a los padre, es decir, conocer su personalidad, tomar en cuenta su relación con los niños, todo esto, en la primera visita y con ello podremos tener una idea concreta de como ha de tratarse al niño. Esta evaluación puede lograrse, a través de la conversación, el interrogatorio y la observación, también debemos de tomar en cuenta el medio ambiente del hogar donde se desenvuelve el niño, su relación familiar y su patrón de conducta.

Y lo más importante, ganarse la confianza de los padres, para que halla una mejor comprensión del niño por parte del dentista y una mayor cooperación por parte del niño, conjuntando todo esto es posible un mayor éxito en el tratamiento.

Una plática previa con los padres servirá para instruirlos no solamente sobre las necesidades dentales del niño en ese momento, sino también para darles a conocer los planes de prevención y tratamiento que serían muy convenientes aplicar a sus hijos. Los padres deberán estar concientes y entender las condiciones bucales de sus hijos y están obligados a asumir las responsabilidades de su tratamiento.

Es obligación del cirujano dentista motivar a los padres, para que estos demuestren gran interés por la salud de sus hijos.

En la conversación que sostengamos con los padres debemos darles los siguientes consejos:

- 1.- No manifieste sus propios temores al niño.
- 2.- Nunca debe utilizarse a la odontología como amenaza de castigo, pues el niño de ésta manera adoptará una actitud negativa hacia el cuidado de sus dientes.
- 3.- Los padres deberán familiarizar al niño con el consultorio y con el dentista. Deberán explicarles la razón de la visita al dentista, sin hacer una descripción minuciosa o detallista.
- 4.- Nunca avergüencen, reten o ridiculicen a los niños, para que ellos mismos dominen su miedo hacia la situación, ya que esto provocará una reacción de agresividad. Permitir que el odontólogo, sea el que maneje al niño poco a poco y pueda canalizar su miedo.
- 5.- Los padres no deben asegurar al niño, que no le hará o que le hará el dentista. Y a sus preguntas le contestará "preguntale tu al dentista".
- 6.- Los padres deberán depositar en el cirujano dentista toda su confianza, no sólo para la resolución o prevención de los problemas dentales de su niño, sino también para el manejo de su conducta durante el tratamiento.
- 7.- No dejar que los padres le digan a los niños lo que tienen o no que hacer, a menos que nosotros se lo pidamos.
- 8.- Hacer comprender a los padres cuando es necesario atender al niño sin su presencia, o la importancia de ésta, durante el tratamiento dental.
- 9.- Darles a entender la importancia que tiene un tratamiento determinado y las posibilidades o consecuencias si éste se viera interrumpido.
- 10.- Hacer que los padres reconozcan la importancia, que tiene hacer que los niños sientan confianza en el cirujano dentista y tratar de motivarla.

Cuando un padre llama pidiendo una cita, preguntemos por qué razón y cuáles son sus necesidades: no explicamos lo que ofrecemos. Preguntemos el nombre del niño, su edad y sus experiencias odontológicas. Resulta útil llamar al niño siempre — por su nombre, ya que él se sentirá con más confianza y esto — hará que colabore más con nosotros.

Al niño con dolor se le cita de inmediato, con objeto de controlar la infección y el dolor. Si se nos pregunta ¿ Va a extraer el diente?, es preferible averiguar porque hizo la — pregunta, y después explicar al padre cual será el tratamiento a seguir. Si tratamos las verdaderas necesidades del niño, estaremos ayudando al padre a comprender nuestro interés primordial por su hijo.

Nuestro objetivo es tratar de que tanto en los niños como en sus padres, se desarrolle un sentido de responsabilidad respecto a su salud dental, de tal manera que puedan mantener en un estado sano, estético, y funcional para toda su vida — sus dientes, con un mínimo de restauraciones, y por lo consiguiente más económico. Por lo que hay que procurar que las visitas sean periódicas y se sigan las instrucciones dadas. Para ayudar a los pacientes a cambiar sus actitudes y aceptar — esta responsabilidad, se requiere tiempo, una actitud positiva, así como una gran paciencia.

Cuando tratamos de ayudar a los padres a identificar los problemas dentales presentes y futuros del niño, necesitamos mucha habilidad. La adquisición de la habilidad, para ayudar a aprender a tratar a la gente es un reto. Las escuelas de odontología enseñan a los estudiantes durante varios años, a preparar cavidades, a manejar los distintos materiales, a — hacer restauraciones, etc. Actualmente, se comienza a pres—tar importancia a las ciencias del comportamiento humano, y — se espera que en el futuro sean los odontólogos también preparados para tratar con la gente y sus problemas, de la misma — manera que son instruidos para reparar y restaurar la cavidad bucal así como las enfermedades orales.

C A P I T U L O X

EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

IMPORTANCIA DE LA PRIMERA CITA

Antes de emprender cualquier procedimiento dental, es necesario establecer una relación amistosa entre el dentista y el niño. Conozcámoslo primero, y así lo comprenderemos mejor; y recordaremos siempre que una de las necesidades principales del alma infantil, es el efecto. Demos oportunidad a que el niño deposite su confianza en nosotros; es una tarea que demanda paciencia y habilidad, la inversión de tiempo, pero aprovechando todo esto, nos reportara grandes beneficios y nos garantizara el éxito en el tratamiento.

Es necesario establecer primero esta disposición, de conocer al niño, antes de iniciar cualquier tratamiento; a excepción claro esta de que sea un caso de emergencia.

Se ha generalizado la idea de darle al niño la oportunidad de familiarizarse poco a poco con el ambiente odontológico, iniciando nuestros tratamientos con los procedimientos menos penosos para el pequeño paciente (educación dental, técnica de cepillado, odontoxesis, etc.). Dándole una oportunidad de adquirir una confianza hacia el dentista, confianza que es indispensable para realizar con éxito el tratamiento completo.

La primera vez que el niño acude al dentista está lejos de ser un encuentro casual, y del éxito que obtenga el dentista de esta cita dependera la aceptación del tratamiento por parte del niño.

El niño nunca es indiferente a la forma como se le trata, es muy sensible y responde fácilmente a la conducta amigable, de paciencia y de cariño. Sus respuestas están determinadas por las actitudes del dentista, y sus experiencias previas con otros médicos y con los adultos en general. Es importante que el dentista sea primero aceptado como persona, para que más tarde se acepte su tratamiento.

Aunque nuestra forma de hablar y de expresarnos, nuestro tono de voz, etc, nos ayuda a ponernos en contacto con el pequeño, la forma verbal no es de gran importancia, muchas veces las acciones hablan más que las palabras. Si el comportamiento del dentista no inspira confianza en el niño, son inútiles las palabras o las observaciones verbales.

Nunca podrá enfatizar lo suficiente el hecho de que el niño examina al dentista, de la misma manera que él está examinando al niño. Es ingenioso y original la forma como los "pequeños pacientes" llevan a cabo sus exámenes. Observan atentamente como actúa su dentista, la seguridad de sus movimientos, el tono de su voz y las expresiones faciales.

INTRODUCCION DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL

En esta situación, el niño tiene dos principales temores, el miedo hacia lo desconocido y el miedo hacia lo que le puede causarle dolor.

El consultorio le resulta extraño y el equipo dental desconocido, estos factores son muy importantes como determinantes de la conducta durante la primera visita. Entonces, en esta primera visita el principal objetivo será el de familiarizar al niño con el consultorio, con nuestros empleados y con nosotros mismos. El niño deberá ser llevado al consultorio en edad temprana para que se le efectue un examen de rutina y evitar que se le tenga que llevar alguna vez de emergencia.

Después de la introducción, se hará un examen clínico y radiográfico, previa realización de la historia clínica médica y dental.

Al mismo tiempo que se esté realizando la profilaxis, se irá completando nuestras explicaciones para ampliar los conocimientos del niño hacia nuestros procedimientos en el consultorio dental.

La aplicación tópica de flúor se puede llevar a cabo en la primera cita, si no existen cavidades muy profundas. Cuando existan cavidades que presentan caries muy abiertas se procederá a la aplicación local de curación sedante.

CITA DE EMERGENCIA

Cuando se trata de una primera cita, pero es de emergencia la introducción al consultorio se realizará en igual forma que en el caso anterior.

Se procedera a la observación e inspección del problema. Se hará el tratamiento operatorio encaminado a eliminar el dolor, es decir, llevaremos a cabo el tratamiento del síntoma, para después, en una siguiente sesión eliminar la causa.

Todo el procedimiento operatorio que habremos de seguir, debe ser rápido, y eficaz, tratando de que nuestros movimientos no resulten bruscos y cuidar que nuestra actitud sea amigosa y sencilla.

Ya que cuando el niño no experimente dolor habrá de regresar al consultorio a seguir con el tratamiento planeado. Si el dolor es eliminado y el pequeño se ha ganado nuestra confianza regresará a nuestra siguiente cita con entusiasmo y dispuesto a respondernos con su cooperación.

EL PORQUE DE LAS CISTAS DE CORTA DURACION

El tiempo que han de durar las citas deberá basarse en los procedimientos dentales, la personalidad del niño y otros factores externos.

Para poder determinar el tiempo de duración de la cita, es necesario conocer las inquietudes del niño, ya que, estas varán en diferentes edades, y algunos se aburren rápidamente con una sola actividad o se cansan si se encuentran inactivos. Si el cirujano dentista no se da cuenta de ello hará que este niño llegue a detestar el tratamiento si este es prolongado y si éste es prolongado y se requiere de algunas citas subsecuentes se resistirá a asistir a ellas.

En otros casos los mismos pequeños, según quienes nos sugieran la suspensión del procedimiento, o lo podremos advertir por su comportamiento.

CONDUCTA DEL NIÑO HACIA EL CIRUJANO DENTISTA Y HACIA EL TRATAMIENTO DENTAL

Los temores y ansiedades que el niño experimenta hacia el tratamiento dental son importantes, ya que uno de los principales objetivos de la odontopediatría consiste en ayudar al niño a reducir estos temores, de tal manera que adopte una actitud positiva hacia la aceptación y el mantenimiento de su salud dental. Sin embargo, la presencia de ansiedad y de estados de tensión en el ambiente dental, no necesariamente implica la presencia de algún trauma psicológico del niño.

De una manera general, se han observado en el consultorio los siguientes patrones de conducta:

EL NIÑO TIMIDO, RETRAIDO, O VERGONZOSO.- Este niño es fácil de reconocer, esconde su cara en la falda de su madre, o mira al suelo cuando se le habla. Responde con monosílabos y sin comentarios y presenta falta de cooperación. Esta reacción es común en pequeños de edad preescolar sobre todo si no asistieron a una escuela maternal o jardín de niños. En general no son tímidos los niños que viven en grandes ciudades y que están acostumbrados a ver más gente. El niño tímido puede adoptar esta actitud por un gran número de razones:

- a) Falta de afecto de los padres.
- b) Falta de oportunidad de conocer a otras personas fuera de su medio ambiente familiar.
- c) Ser hijo único
- d) Padres perfeccionistas ó muy autoritarios.

A este grupo también puede incluirse al niño psicológico y emocionalmente inmaduro.

El dentista deberá canalizar todos sus esfuerzos para lograr que tanto el niño como sus padres se sientan agusto en el consultorio. En estos casos y en las primeras citas se permitirá que la madre permanezca con el niño. Deberá hablarsele al niño por su nombre, y tratar de entablar conversación, averiguando cuáles son sus juegos preferidos, sus amigos, sus diversiones, sus programas de televisión favoritos, es decir, cualquier tema en el que el niño tenga interés y se pueda establecer así el diálogo.

Se le dará tiempo para ir venciendo su timidez, y al mismo tiempo reducir su temor. Es importante no forzar al principio al niño a contestar nuestras preguntas, ya que resultaría un poco difícil al principio. Si el niño es tímido y además - tiene miedo, deberemos hacer todo lo posible para canalizar - sus temores.

EL NIÑO INCORREGIBLE O DEMASIADO MIMADO.- Este es el tipo de niños que lucha, patea, se tira al suelo, hace berrinches, y otras muchas tretas para poder convencer al dentista o a sus padres de que lo saquen del consultorio.

El manejo de este niño desde la primera cita es muy importante, deberá hacercele el tratamiento planeado para ésta cita o cuando menos iniciarlo, haga lo que haga, pues de otra manera el niño repetirá sus berrinches, ya que sabe le daran resultado cuando las emplee.

Es decir, que hay que hacer que el niño no se imponga sobre nosotros, sino hacer que se de cuenta de la autoridad que representa el dentista como adulto que es. En estos casos es preferible que los padres, no se encuentren presentes, ya que, el comportamiento del niño se debe a la personalidad del padre, es decir, son padres consentidores y ejercen poca autoridad sobre sus hijos.

Una vez que el niño se da cuenta de está situación, verá que sus actitudes no le consiguen lo que él desea, y se tranquilizará y aunque no coopere mucho al principio, comenzará a ceder poco a poco y se podrá obtener un mayor control de él.

EL NIÑO DESAFIANTE.- Generalmente esta actitud la presentan niños que han sido sobreprotegidos por sus padres y desafían la autoridad del dentista, negándose a abrir la boca o diciendo que no necesitan ningún cuidado y que no les importa su salud dental .

Este tipo de niños, no varía mucho del anterior, ya que este grupo de pequeños, razona mucho más. Debe de tratarse a - estos niños con disciplina y un poco de autoridad, al mismo tiempo conversar y rebatir sus opiniones a fin de convencerlos y obtener así su cooperación.

FORMAS DE RESISTENCIA HACIA EL TRATAMIENTO DENTAL

FORMA ACTIVA.- Son todas las manifestaciones de agresividad, pataleo, berrinques, lloriqueo, gritos, etc.

FORMA PASIVA.- Consiste en que el niño desea estar escuchando, tocando, pidiendo permiso de ir al baño, vomita, habla sin cesar, se mueve, etc. El dentista con paciencia deberá evitar estos comportamientos y explicar al niño la necesidad de que obedezca nuestras órdenes.

La conducta del niño, es por lo general ó cuando menos - al principio, agresiva o retraída; es nuestro deber cambiar esta conducta para que en citas siguientes no se tengan problemas con el trato del niño. El comportamiento de estos niños - se debe principalmente a los temores y dudas que el pequeño - trae consigo y es deber nuestro tratar de irlos aminorando y - terminar con ellos.

El niño ve en el dentista un extraño y a veces como enemigo, ya que por conversaciones que ha escuchado de otras personas siente temor, ya que estas son casi siempre negativas. Y esto se debe a que regularmente, el niño presenta respuestas extraordinariamente exageradas al estímulo que se le produce. Es pues necesario e importante antes de tratar al niño habernos ganado su confianza y hacerle notar que nosotros le vamos a proporcionar su salud, tratando que las molestias sean mínimas.

No se puede hablar de la conducta del niño como una generalidad, ya que cada niño tiene su manera de ser, es decir, es individual, esto depende de su situación económica, su medio ambiente en el cual se desarrolla, sus relaciones familiares, etc.. Es por esto que un niño que en una cita anterior se comporta bien, tal vez cambie su patrón de conducta para con el dentista, o el tratamiento y esto puede haberlo causado algún problema familiar, emocional o de salud. Cuando el odontólogo observe este cambio negativo deberá averiguar el problema que aqueja al niño y tratar de solucionarlo para seguir con el tratamiento en forma anterior.

Los problemas que afectan la conducta de los niños, para los adultos resulta muchas veces sin importancia, pero para los pequeños puede resultar trascendental.

La conducta del niño, tiene tantas variaciones, que resulta imposible generalizar una técnica para todas estas variaciones.

EDUCACION Y MOTIVACION POR LA HIGIENE ORAL

Es obligación del cirujano dentista, establecer el hábito de higiene oral en sus pacientes.

Y es en los niños donde puede alcanzar mayor éxito, ya que el niño tiene una capacidad para aprender, y un interés especial por las cosas nuevas.

Resulta fácil captar la atención del niño, si se le explicara, por ejemplo, la técnica del cepillado por medio de dibujos, o con un tipodonto, esto llamará fácilmente su atención, ya que su interés por aprender es sorprendente, sobre todo, porque se encuentra en la edad en que todo lo quiere saber.

Todas estas explicaciones y consejos deben hacerse en forma sencilla, es decir, utilizando un lenguaje comprensible con palabras fáciles para que el chico pueda entenderlas y pueda llevarlas a cabo, en cuanto las aprenda. Al principio, es posible que no sea del todo eficaz su técnica pero con el tiempo y la práctica llegue a dominarla.

Para poder motivar a los niños a preocuparse por su salud bucal, basta con mencionar cuales serán los problemas futuros, si no siguen las indicaciones adecuadas, los síntomas que se sufren y las consecuencias que acarrearán la pérdida de piezas dentales. Esto es suficiente para que el pequeño logre comprender cuán importante es el cuidado de su boca en beneficio propio.

Es obligación del odontólogo, enseñar y motivar a los niños, por el cuidado bucal y es deber de los padres vigilar que éstos hábitos se cumplan. Siguiendo ellos también los consejos del cirujano dentista, hará que los niños por imitación lo hagan y se formará verdaderamente un hábito que resultará beneficioso para los niños como para los padres.

C A P I T U L O X I

LOS TESTS MENTALES COMO METODOS DE EVALUACION PSICOLOGICA

G E N E R A L I D A D E S

DEFINICION.

Se llama test mental a una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística con el de otros individuos colocados en la misma situación, lo que permite clasificar al sujeto examinado, cuantitativamente y tipológicamente.

Tal definición implica:

1° Que la situación experimental (es decir, los elementos siguientes siguientes: medio en el cual se desarrolla la experiencia, material del test, actitud y consignas dadas por el experimentador para el empleo del material) sea perfectamente definida y reproducida idénticamente en todos los casos;

2° Que el registro del comportamiento provocado en el sujeto sea tan preciso y objetivo como resulte posible. Tal comportamiento es muy distinto según los casos: para el sujeto - consiste en escribir una respuesta, en ejecutar cierto trabajo manual, en dibujar, en hablar. De todos modos, las condiciones de ese registro deben definirse y observarse rigurosamente;

3° Que el comportamiento así registrado sea evaluado estadísticamente con respecto al de un grupo de individuos. Esta comparación es indispensable y toda prueba que no recurre a ella no es un test mental. Por ejemplo, supongamos que presentamos a un sujeto una división a ejecutar en cinco minutos. Al cabo de ese tiempo el sujeto dará un resultado, que será correcto o no. Tal operación sólo será un test si, por otra - por otra parte sabemos que un grupo de n sujetos cuyas características conocemos (edad, nivel socio-cultural, etc), la operación ha tenido éxito en X % de los casos;

4° Que la clasificación del sujeto examinado con respecto al grupo de referencia sea la meta final del test. En el ejemplo anterior, si el sujeto ha dado la respuesta correcta a su división, diremos que para la prueba considerada se clasifica en el subgrupo que comprende los X % de los casos;

CUALIDADES DE LOS TESTS MENTALES

Los test mentales son instrumentos de medida y bajo ese título un test posee ciertas características, ciertas "cualidades".

1.- CONFIABILIDAD. Es la cualidad que hace que una misma prueba, aplicada dos veces al mismo sujeto, proporcione idénticos resultados. De hecho la confiabilidad se mide por varios procesos muy diferentes:

- a) Constancia test-rest.- Se aplica el mismo test, después de cierto intervalo de tiempo, a los mismos sujetos. La correlación entre las dos series de medidas se llama coeficiente de confiabilidad. Naturalmente el coeficiente depende a la vez del test y de la estabilidad y del rasgo psicológico en los sujetos.
- b) Homogeneidad.- Método muy empleado en razón de su facilidad. Consiste en dividir el test en dos partes equivalentes y en calcular la correlación entre los resultados obtenidos en las dos mitades por los mismos sujetos. Las más de las veces, cuando el test está constituido por un gran número de preguntas, se compara el resultado obtenido en las preguntas pares con las impares.
- c) Equivalencia.- El método consiste en construir dos tests llamados "paralelos", es decir, que comprendan preguntas de naturaleza y dificultad análogas, y en calcular la correlación entre los resultados de los mismos sujetos en ambas formas.

2.- SENSIBILIDAD O FINEZA DISCRIMINATIVA.- Se dice que un test posee mayor o menor sensibilidad según incluya más o menos escalones para la clasificación de los sujetos y su diferenciación. Resulta evidente que existe una relación inversa entre la sensibilidad de un test y la extensión medible, - cuanto más amplia es la gama de los comportamientos que puede medir un test, menos sensible resulta el test en el interior de esa gama.

3.- VALIDEZ.- Es la cualidad por la que un test mide lo que pretende medir. La apreciación de la validez de un test supone la existencia de criterios. Tales criterios pertenecen a dos grandes grupos : subjetivos y objetivos.

LOS TESTS DE INTELIGENCIA

DEFINICION DE INTELIGENCIA

Resulta muy difícil, proponer una definición de inteligencia. Si tomamos en consideración que solamente cuando se trata de evaluar el rendimiento académico (escolar), podemos hablar de una inteligencia o habilidad general.

MODO DE EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE LOS TEST DE INTELIGENCIA

Los resultados de los tests de inteligencia se expresan mediante diversos sistemas.

EVALUACION EN EDAD MENTAL.- Esta técnica, introducida por Binet, afirmó el éxito de los test de inteligencia para niños. Un test graduado en edad mental contiene preguntas o ítems de creciente dificultad. Se dice que una pregunta es característica de determinada edad mental, si la contestan todos los sujetos de una edad cronológica igual a la edad mental y si no la contesta ninguno de los sujetos de edad cronológica inmediatamente inferior. Prácticamente no existe una pregunta tan "ideal" y ha de conformarse con elegir una pregunta lograda por el 50 ó 75 % de los sujetos de cierta edad.

Se emplean ciertas preguntas para cada nivel. Con el siguiente ejemplo se comprenderá mejor el procedimiento: supongamos que tenemos un test de seis preguntas por nivel y que cada nivel vaya separado del anterior y del siguiente por un año de edad. Supongamos que un sujeto obtenga los siguientes resultados.

N I V E L	ITEM No.					
	1	2	3	4	5	6
5 años	+	+	+	+	+	+
6 "	+	-	-	+	+	+
7 "	+	-	+	-	-	-
8 "	-	-	-	-	-	-

Como hay seis preguntas por año de edad mental, se establece por definición que cada pregunta vale dos meses de edad mental. En tales condiciones la edad mental del sujeto tomando como ejemplo se calculará del modo siguiente:

La edad de base es la edad máxima a la cual el sujeto — tiene éxito con todas las preguntas (en el ejemplo es cinco años). A esta edad de base se suma el número de meses correspondientes a las preguntas contestadas por encima de la edad de base (en el ejemplo, seis preguntas, por lo tanto doce meses). La edad mental del sujeto es, por consiguiente, seis años y cero meses.

El método es muy criticable. El modo de cálculo que acabamos de exponer transforma el mes de edad mental en una unidad arbitraria: se afirma arbitrariamente que tener éxito en una pregunta del nivel de siete años tiene el mismo valor que en el nivel de seis años, ya que en ambos casos se suman siempre dos meses a la edad de base.

EVALUACION EN COCIENTE INTELLECTUAL

El psicólogo alemán Stern, sorprendido por el hecho de que un desequilibrio de un año entre edad mental y edad cronológica no tenía en ningún grado el mismo significado en un sujeto de cuatro años y en uno de doce, propuso una medida derivada de la edad mental, el Cociente Intelectual (C.I.). En el método original de Stern el C.I. se calcula del siguiente modo:

$$\frac{\text{Edad mental}}{\text{Edad cronologica}} \times 100$$

En principio, para un sujeto determinado, el C.I. de un individuo permanece constante en el transcurso de su desarrollo psicológico.

LOS TESTS TIPO "ESCALA POR PUNTOS"

La única de interés actual es la ESCALA DE INTELIGENCIA PARA NIÑOS DE WECHSLER (Intelligence Scale for Children, o abreviado, WISC). La componen doce tests. Los test son idénticos en su principio; 1) test de información; 2) test de comprensión; 3) test de aritmética; 4) test de semejanzas; 5) test de vocabulario; 6) test de retención de dígitos; 7) test de completamiento de figuras; 8) test de ordenamiento de figuras; 9) test de construcción con cubos; 10) test de composición de objetos; 11) test de código; 12) test de laberintos.

LOS TESTS NO VERBALES INDIVIDUALES

Estas pruebas son independientes del vocabulario y por lo tanto miden un tipo de inteligencia menos verbal que las anteriores. Ofrecen mejor validez frente a actividades concretas.

EL DIBUJO DE UN HOMBRE DE GOODENOUGH.- Descrito y contrastado por Florence Goodenough, consiste en hacer dibujar un hombre por el niño, luego se puntúa el dibujo, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de toda una serie de elementos. Se transforma la nota con ayuda de un baremo en edad mental y está puede transformarse en C.I. con el método de Stern.

LAS ESCALAS DE INTELIGENCIA DE DAVID WECHSLER.

Wechsler, trabajando en el Hospital Psiquiátrico de Bellevue en Nueva York, desarrolló el primer instrumento, que serviría de base para los siguientes, y que fué publicada en 1939. Wechsler define el concepto de inteligencia como el "agregado ó capacidad global del individuo para actuar propositivamente, para pensar racionalmente y para conducirse adecuadamente y eficazmente en su medio ambiente.

LA ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER PARA NIÑOS (WISC), cubre un rango de edades que va de los 5 años a los 15 años 11 meses de edad.

Esta escala está formada por dos escalas (podríamos llamarlas sub-escalas) una verbal y otra de ejecución que arrojan tres tipos de medidas independientes aparentemente, pero íntimamente relacionadas: una calificación para la escala verbal, una para la de ejecución y una calificación de la escala total. Este razonamiento se basa en el principio de que la inteligencia está constituida no solamente por la habilidad para manejar símbolos, abstracciones y pensamiento conceptual, sino también tiene relación con la habilidad para confrontar situaciones y problemas en donde más que números y palabras, se han de manejar objetos concretos.

Las dos escalas que constituyen la escala total, están formadas por una parte de pruebas o tests específicos que al pasar a formar parte de dicha escala se denominan "subtests".

Los subtests están formados en la siguiente forma: los ítems están clasificados en tres grupos, el primero corresponde a aquellos ítems que toda persona puede contestar, tenga o no instrucción escolar, el segundo abarca ítems que se espera sean contestadas por sujetos que han adquirido instrucción escolar media y el tercero lo forma aquellos ítems que pueden ser contestados por sujetos que han obtenido un grado de instrucción más especializada.

Los subtests se clasifican en 4 grupos, dependiendo de los factores específicos que intentan medir. Así, el primer grupo lo forman los subtests estrictamente verbales que son: Información, Comprensión, Semejanzas y Vocabulario, en donde son de tipo verbal tanto las operaciones necesarias para resolver las tareas implicadas, como las respuestas. El segundo grupo es el denominado de Atención y Retención de dígitos. El tercer grupo es el correspondiente a tests Visuales, formados por los subtests de Completamiento de Imágenes y Ordenamiento de Historias y por último el grupo es el correspondiente a tests Visomotores, constituido por los subtes Ensamble de objetos y Diseño con cubos y Símbolos en dígitos (labarintos en la escala de niños).

La escala de Wechsler, presenta la siguiente composición:

ESCALA VERBAL

- 1.- Información.
- 2.- Comprensión.
- 3.- Aritmética.
- 4.- Semejanzas.
- 5.- Retención de Dígitos.
- 6.- Vocabularios.

ESCALA DE EJECUCION

- 1.- Observación de figuras incompletas.
- 2.- Ordenación de dibujos.
- 3.- Diseño con cubos.
- 4.- Ensamble de objetos
- 5.- Símbolos en dígitos.
- 6.- Laberintos.

Como se indica previamente las escalas varían en función de la edad de los sujetos a los cuales han de ser administrados. En la escala de niños (Wisc) los subtests de Retención de dígitos y Laberintos son denominados opcionales o suplementarios, es decir, se administran dependiendo de la situación específica.

I N F O R M A C I O N

Procedente de la experiencia y educación. La información que posee el individuo, las situaciones corrientes, indica su capacidad intelectual. Los niños más inteligentes tiene más amplio interés y mayor curiosidad.

Aspectos explorados.- Capacidad intelectual, se quiere ver si el niño captó los hechos y si los retuvo como conocimientos generales. Memoria remota, capacidad de comprensión, capacidad de pensamiento asociativo, el fondo de interés y -- lecturas del sujeto como la ambición intelectual.

La primera parte tiene elementos de naturaleza práctica que pueden recoger de su experiencia diaria, y las otras experiencias exclusivamente de la escuela; por lo tanto, la escolaridad influye en los resultados de la prueba de información como también influye la edad.

PUNTUACIONES ALTAS.- Buena memoria y reflejan un ambiente cultural elevado y abundantes lecturas, viveza e intereses hacia el ambiente circundante, y sugieren que se trata de un niño intelectualmente ambicioso.

PUNTUACIONES BAJAS.- Indican que se trata de un niño con limitaciones intelectuales e incluso de deficiencia mental.

C O M P R E N S I O N

Se explora la capacidad de comprensión de situaciones -- comportamentales de naturaleza social, es decir, el niño puede utilizar de un modo socialmente aceptable las experiencias que han recogido de su medio ambiente.

PUNTUACIONES ALTAS.- Astucia, cualidades prácticas, basta experiencia, organización superior del conocimiento, madurez social, capacidad para valorizar bien. Cuando dan respuestas múltiples indican tendencias compulsivas, o simplemente, un elevado nivel de superación.

PUNTUACIONES BAJAS.- La capacidad del niño para enfrentarse con su medio ambiente de cada día puede estar limitado por deficiencias físicas o psicológicas.

Á R I T M E T I C A

Comprensión o razonamiento auténtico. Capacidad del niño para utilizar conceptos numéricos y operaciones numéricas, éstas son una medida del desarrollo cognositivo. La atención y concentración son funciones no-cognositivas, por lo tanto esta prueba proporciona un medio para conocer como relaciona el niño los factores cognositivos y no-cognositivos en términos de pensamiento y ejecución. Revela indicaciones importantes acerca de la personalidad y actitudes del niño frente a sus resultados escolares.

PUNTUACIONES ALTAS.- Estudiante obediente, que desea complacer a su profesor, buena capacidad de concentración.

PUNTUACIONES BAJAS.- Distracción y escasa atención causada por una ansiedad.

S E M E J A N Z A S

Capacidad de razonamiento lógico. Determina los aspectos cualitativos de las relaciones que ha escogido de su ambiente. Requiere de memoria remota, capacidad de comprensión, capacidad de pensamiento asociativo y de los intereses y lecturas del sujeto. Capacidad para seleccionar y verbalizar las relaciones apropiadas entre dos objetos o conceptos aparentemente distintos.

PUNTUACIONES ALTAS.- Cuanto más abstracta es la respuesta más alto es el nivel de inteligencia.

PUNTUACIONES BAJAS.- Puede indicar desconfianza o bien un tipo de enfoque con:

Pensamientos concretos- "tienen cáscara"

Pensamientos abstractos- "se pueden comer"

V O C A B U L A R I O

Proporciona excelente imagen del conjunto de la capacidad de aprendizaje del niño, de su fondo de información, de la riqueza de las ideas, del tipo y calidad del lenguaje, del grado de pensamiento; refleja el nivel de educación y el ambiente del niño.

PUNTUACIONES ALTAS.— Un buen ambiente cultural, familiar y una buena escolaridad, una verborruidad excesiva sugiere un mecanismo de intelectualización.

PUNTUACIONES BAJAS.— Ambiente educativo y familiar limitado (no fué estimulado, a expresarse verbalmente).

F I G U R A S I N C O M P L E T A S

Agudeza visual, memoria visual. Requiere la identificación visual de los objetos, formas y utensilios familiares, — hay que diferenciar de los esenciales y los no-esenciales. La atención y concentración son factores importantes en esta prueba.

PUNTUACIONES ALTAS.— Indica capacidad para establecer — una disposición para el aprendizaje, conformismo (no atreverse a omitir cosa).

PUNTUACIONES BAJAS.— La preocupación por los detalles superficiales puede ser un signo de ansiedad manifiesta, pronunciando negativismo, atención y concentración pobres, debido a la ansiedad.

H I S T O R I E T A S

Interpretación de las situaciones sociales. Al igual que la anterior explora la capacidad de percibir los detalles, pero además proporciona una medida de la capacidad para manipular esos detalles lógicamente.

PUNTUACIONES ALTAS.— Revela la presencia de factores tales como la viveza ante los detalles, capacidad de invención y planteamiento, procesos del pensamiento lógico y esencial. Finalmente tiene interés por los demás y por las situaciones y relaciones sociales.

PUNTUACIONES BAJAS.- Deben ser cuidadosamente analizadas para comprobar factores tales como problemas en la organización visual de la realidad, como lo estarían indicando por la falta de sentido de la realidad en la ejecución de la tarea.

C U B O S

Análisis y síntesis de dibujos abstractos, explora la percepción, la reproducción de dibujos abstractos. Intervienen aspectos lógicos y de razonamiento aplicados a las relaciones especiales, así como la formación verbal no implícita. También explora la coordinación visomotora.

PUNTUACIONES ALTAS.- Deben ser examinados con respecto a factores tales como buena capacidad conceptual, aptitudes para el análisis y la síntesis, rapidez y exactitud para enfocar un problema, adopción rápida del método de ensayo y error, flexibilidad y no rigidez en la solución del problema y excelente coordinación visomotora.

PUNTUACIONES BAJAS.- Problemas perceptivos con conceptualización especial pobre. Otras posibilidades son la presencia de efectos visomotores, la inseguridad y las tendencias compulsivas, o bien, ceguera cromática.

R O M P E C A B E Z A S

Composición de objetos. Síntesis de las formas concretas. Explora la capacidad para yuxtaponer un material tomado de la vida en un tono significativo, requiere habilidad para percibir las relaciones especiales, lo mismo los cubos, con una diferencia importante. Muestra la yuxtaposición de los cubos, éstos se hacen mirando el modelo. El niño debe buscar el empalme de las piezas, imaginando lo que está construyendo.

PUNTUACIONES ALTAS./ Pueden demostrar ó indicar capacidades motoras, iniciativa para comprender soluciones nuevas y utilización acertada del ensayo y error.

PUNTUACIONES BAJAS.- Deben ser consideradas desde el punto de vista de una experiencia mínima en las tareas manipulativas o una falta de capacidad de planeamiento. Las puntuaciones muy bajas sugieren deficiencias perceptivas y visomotoras.

C L A V E S

Rapidez y aprendizaje de escritura de símbolos. Explora la destreza visomotora y el manejo del lápiz. La rapidez y la precisión en la ejecución de las asociaciones, determinan el éxito de ésta prueba. Requiere un aprendizaje rápido de un mecanismo consistente en copiar o substituir símbolos nuevos. - Puede ser considerada como una medida de la adaptación social y por lo tanto de la madurez.

PUNTUACIONES ALTAS.- Pueden considerarse resultados de - combinación de motivación elevada (o compulsividad), de destreza y de capacidad para memorizar los símbolos.

PUNTUACIONES BAJAS.- Ausencia de interés de ésta tarea - para muchos niños, otros factores influyen, defectos visuales específicos, problemas de coordinación y escaso control del lápiz. La falta de flexibilidad asociativa puede conducir a la distorsión de los símbolos.

D I G I T O S

Atención y memoria mecánica. La atención y concentración son importantes.

PUNTUACIONES BAJAS.- Puede indicar problemas tales como posible pérdida auditiva o tolerancia depresivas procedentes de la incapacidad para emprender animosamente una tarea inmediata. Puede también indicar ansiedad manifiesta.

L A B E R I T O S

Planteamiento y seguimiento de un modelo visual. Observar como plantea el niño una situación nueva.

PUNTUACIONES ALTAS.- Planificación adecuada altamente co rrelacionada como la capacidad de retardar una acción impulsi va. Sugiere coordinación visomotora adecuada.

PUNTUACIONES BAJAS.- Impulsividad y coordinación visomotora adecuada. La orientación hacia la realidad.

EL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA COMO MEDIDA DE LA MADUREZ INTELECTUAL

Al hablar de "habilidades" evaluadas mediante la prueba de dibujo es mejor sustituir el concepto de "inteligencia" por el de madurez intelectual y más específicamente por el de "madurez conceptual".

Entenderemos por madurez intelectual la habilidad de formar conceptos que se van incrementando por su carácter abstracto. La actividad intelectual requiere:

- 1.- Habilidad para percibir (discriminación de objetos - en base a semejanzas o diferencias);
- 2.- Habilidad para abstraer (clasificar objetos en base a semejanzas o diferencias);
- 3.- Habilidad para generalizar (asignar a un objeto experimentado en un momento dado, a su clase o esfera de pertenencia correspondiente, en base a sus atributos, propiedades o aspectos discriminados). Estas tres operaciones comprenden el proceso de formación de conceptos.

Al hacer la revisión y re-evaluación de la prueba de F - Goodenough, aporta una serie de contribuciones al campo de la medición de la "inteligencia".

1.- Extendiendo la escala de Goodenough para poder incluir la medición de la inteligencia en sujetos en los primeros años de la adolescencia.

2.- Desarrolla una forma alterna de la escala de la figura masculina para la femenina, adoptando puntos equivalentes a los de la primera valoración.

3.- Intento el dibujo de "sí mismo" como una tercera forma potencial para estudiar el concepto del propio sujeto acerca de él y como una forma proyectiva más válida para el estudio del afecto e interés del mismo, más que en figuras impersonales.

4.- Las escalas de puntos del hombre y de la mujer, han sido estandarizadas en nuestras representativas en mayor grado que las que utilizó Goodenough en 1920.

La restructuración puso de manifiesto lo siguiente:

a) Que un gran porcentaje de los niños pasaba la mayoría de los puntos de la escala.

b) Confirmó los hallazgos de Goodenough en el sentido de las diferencias de sexo y las exploró más ampliamente.

5.- Se desarrolló una escala de cualidad. Esta escala discrimina desarrollo conceptual tan adecuadamente como la escala de puntos, en forma más válida, en niños de 5 a 9 ó 10 años. Sin embargo, solamente reflejan el desarrollo conceptual registrado en la calificación total.

6.- La literatura empírica y teórica, se revisó con mayor amplitud y sumo cuidado. Esto permite concluir que, para los niños de 4 a 14 años esta prueba señala la maduración intelectual ó conceptual y es de mayor valor en su aspecto "proyectivo" para estudiar y personalidad.

7.- Por último, se estableció una base para relación el acto de dibujar con las teorías desarrolladas en el estudio de la percepción y formación de conceptos.

8.- Da oportunidad al adolescente de obtener incremento sobre la escala y permite un estudio más cuidadoso en las relaciones entre los puntos de la adolescencia.

ADMINISTRACION Y CALIFICACION DE LA PRUEBA DE GOODENOUGH - HARRIS

La prueba de Goodenough-Harris puede ser administrada tanto individualmente como colectivamente, utilizando las mismas instrucciones.

El material de la prueba consiste en proporcionar al sujeto hojas de papel blanco, tamaño carta, no transparentes; lápiz, no deben usarse lapices de colores; No debe haber más de ese material sobre la mesa de trabajo, y se debe eliminar cualquier posibilidad que estimule al sujeto a copiar.

Se inicia la instrucción de la tarea diciendo "te voy a pedir que hagas tres dibujos. Los harás en este momento uno - por uno. En esta hoja quiero que hagas la figura de un hombre; haz el dibujo lo mejor que puedas. Toma tu tiempo y trabaja - con mucho cuidado. Asegúrate de dibujar un hombre completo, - no sólo la cabeza y los hombros".

Cuando ha sido terminado el dibujo. Se le dá la segunda hoja y se le pide que dibuje una figura femenina, con las mismas instrucciones del anterior.

Al terminar el segundo dibujo, entregar al sujeto la tercer hoja y decirle "Este dibujo es algo que tú conoces muy -- bien, así que será el mejor de todos. Quiero que hagas un dibujo de tí mismo, tú mismo completo, no solamente tu cara. -- Ten cuidado y haz que este último sea el mejor de los tres.

C A L I F I C A C I O N

Cada ítem será evaluado y se le dará la calificación de acierto o falla. Acredita un punto si acierta y cero si falla. La calificación cruda u original es la suma de los puntos acreditados positivos.

Una vez obtenido el puntaje crudo (suma de los aciertos), es necesario convertirlo a su calificación derivada, en este caso con calificaciones estándar. Para tal efecto es necesario tomar la EDAD CRONOLOGICA Y EL PUNTAJE CRUDO DEL SUJETO. Existen cuatro tablas para la conversión del puntaje crudo a puntaje estándar.

Debido a la forma en que la estandarización de la prueba se hizo, un niño de 6 años exactos y uno de 6 años 11 meses - son considerados como de 6 años.

En la tabla de conversión, la columna perteneciente a la edad y el renglón de la calificación cruda correspondiente. - La interacción de ambas constituye la calificación estándar.

Dado que las calificaciones estándar pueden ser promedias directamente, es posible obtener una medida para los dibujos del hombre y la mujer, sumando las dos calificaciones estándar y dividiéndola entre dos. El resultado es una medida más confiable por medio del dibujo de las dos figuras y no sólo de una.

TABLA I
 TABLA PARA CONVERTIR PUNTAJES CRUDOS A PUNTAJES ESTANDAR
 DIBUJO DE UN HOMBRE ELABORADO POR NIÑOS

PUNTAJE CRUDO	EDAD CRONOLOGICA EN AÑOS															PUNTAJE CRUDO	
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
0	68	55	53	52	51	50	49										0
1	73	61	56	54	53	52	50										1
2	77	66	59	57	55	54	52	50	51								2
3	82	70	62	60	57	56	54	52	52								3
4	86	74	65	62	59	58	55	54	54	51							4
5	91	78	68	65	62	60	57	55	55	52							5
6	95	83	71	68	64	62	59	57	56	53							6
7	100	87	74	70	66	63	60	58	58	55	50						7
8	104	91	77	73	68	65	62	60	59	56	51						8
9	109	96	80	75	70	67	63	61	60	57	53						9
10	113	100	83	78	72	69	65	63	62	59	54	54	50				10
11	118	104	86	81	75	71	67	64	63	60	56	53	52				11
12	122	109	89	83	77	73	69	66	65	61	57	54	53				12
13	127	113	92	86	79	75	70	67	66	63	58	55	55				13
14	131	117	95	89	81	77	72	69	68	64	60	56	56				14
15	136	122	98	91	84	79	74	70	69	66	61	58	57				15
16	140	126	101	94	86	81	75	72	70	67	63	59	59				16
17	145	130	104	96	88	83	77	73	72	68	64	60	60				17
18	149	134	107	99	90	85	79	75	73	70	65	62	62				18
19	154	139	110	102	92	87	80	76	74	71	67	63	63				19
20	158	143	113	104	94	89	82	78	76	72	68	64	64				20
21	163	147	116	107	97	90	84	79	77	73	70	66	66				21
22	168	152	119	110	99	93	85	81	78	75	71	71	68				22
23	172	156	122	112	101	94	87	82	80	76	73	69	69				23
24		160	125	115	103	96	89	84	81	78	74	70	70				24
25		164	128	117	105	98	90	86	83	80	75	72	72				25
26		169	131	120	108	100	92	87	84	81	77	73	73				26
27		173	134	123	110	102	94	89	85	82	78	75	74				27
28			177	137	125	112	104	95	90	87	83	80	76	76			28
29				140	128	114	106	97	92	88	85	81	78	77			29
30				143	131	116	108	99	93	90	86	82	79	79			30
31				146	133	119	110	100	95	91	87	84	80	80			31
32				149	136	121	112	102	96	92	89	85	82	81			32
33				152	138	123	114	104	98	94	90	87	83	83			33
34					141	125	116	105	99	95	92	88	85	84			34
35					144	127	118	107	101	97	93	89	86	86			35

TABLA I
(CONTINUACION)

PUNTAJE CRUDO	EDAD CRONOLOGICA EN AÑOS														PUNTAJE CRUDO
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
36				146	130	119	109	102	98	94	91	88	87		36
37				149	132	121	110	104	99	96	92	89	88		37
38					134	123	112	105	101	97	94	90	90		38
39					136	125	114	107	102	98	95	92	91		39
40					138	127	116	108	103	100	96	93	93		40
41					141	129	117	110	105	101	98	95	94		41
42					143	131	119	111	106	102	99	96	96		42
43					145	133	121	113	108	104	101	98	97		43
44					147	135	122	115	109	105	102	99	98		44
45					149	137	124	116	110	106	103	100	100		45
46						139	126	118	112	108	105	102	101		46
47						141	127	119	113	109	106	103	103		47
48						143	129	121	114	111	108	105	104		48
49						145	131	122	116	112	109	106	105		49
50						146	133	124	117	113	110	108	107		50
51						148	134	125	119	115	112	109	108		51
52							150	136	127	120	116	113	110	110	52
53								137	128	121	117	115	112	111	53
54								139	130	123	119	116	113	113	54
55								141	131	124	120	118	115	114	55
56								142	133	125	121	119	116	115	56
57								144	134	127	123	120	118	117	57
58								146	136	128	124	122	119	118	58
59								147	137	130	126	123	120	120	59
60								149	139	131	127	125	122	121	60
61									140	132	128	126	123	122	61
62									142	134	130	127	125	124	62
63									143	135	131	129	126	125	63
64									145	137	132	130	128	127	64
65									146	138	134	132	129	128	65
66									148	139	135	133	130	130	66
67									150	141	136	134	132	131	67
68										142	138	136	133	132	68
69										143	139	137	135	134	69
70										145	140	139	136	135	70
71										146	142	140	138	137	71
72										148	143	141	139	138	72
73										149	145	143	140	139	73

TABLA 11
 TABLA PARA CONVERTIR PUNTAJES CRUDOS A PUNTAJES ESTANDAR
 DIBUJO DE UN HOMBRE ELABORADO POR NIÑAS

PUNTAJE CRUDO	EDAD CRONOLOGICA EN AÑOS													PUNTAJE CRUDO		
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
0	66	58	50	49												0
1	70	62	53	52	51	50										1
2	74	66	56	55	53	51										2
3	78	70	59	57	55	53	50									3
4	83	74	62	60	58	55	52									4
5	87	78	65	62	60	57	54	50								5
6	91	81	68	65	62	59	55	51								6
7	96	85	70	67	64	61	57	53	49							7
8	100	89	73	70	66	63	59	55	51	49						8
9	104	92	76	72	69	65	61	56	52	51						9
10	108	96	79	75	71	67	62	58	54	52						10
11	113	100	82	77	73	69	64	59	55	54	50					11
12	117	104	85	80	75	70	66	61	57	55	51					12
13	121	107	87	82	77	72	67	63	58	56	53	50				13
14	126	111	90	85	79	74	69	64	60	58	54	51				14
15	130	115	93	87	82	76	71	66	61	59	56	53	50			15
16	134	119	96	90	84	78	73	67	63	61	57	54	51			16
17	139	122	99	93	86	80	74	69	64	62	59	56	53			17
18	143	126	102	95	88	82	76	71	66	64	60	57	55			18
19	147	130	105	98	90	83	78	72	68	65	62	59	56			19
20	152	134	107	100	92	86	80	74	69	66	63	61	58			20
21	156	137	110	103	95	88	81	75	71	68	65	62	60			21
22	160	141	113	105	97	89	83	77	72	70	66	64	61			22
23	165	149	116	108	99	91	85	79	74	71	68	65	63			23
24	169	152	119	110	101	93	86	80	75	72	69	67	65			24
25	173	156	122	113	103	95	88	82	77	74	71	68	66			25
26	177	160	124	115	105	97	90	83	78	75	72	70	68			26
27		164	127	118	108	99	92	85	80	77	74	72	70			27
28		168	130	120	110	101	93	87	81	78	75	73	71			28
29		171	133	123	112	103	95	88	83	80	77	75	73			29
30		175	136	125	114	105	97	90	84	81	78	76	75			30
31			139	128	116	106	98	91	86	83	80	78	76			31
32			142	130	118	108	100	93	87	84	81	79	78			32
33			144	133	121	110	102	95	89	86	83	81	80			33
34			147	135	123	112	104	96	91	87	84	83	81			34
35			150	138	125	114	105	98	92	88	86	84	83			35

TABLE 11
(CONTINUACION)

PUNTAJE CRUDO	EDAD CRONOLÓGICA EN AÑOS															PUNTAJE CRUDO
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
36				140	127	116	107	102	98	94	91	87	86			36
37				143	129	118	109	103	100	96	92	89	88			37
38				145	131	120	110	105	101	97	94	90	90			38
39					133	121	112	107	103	99	95	92	91			39
40					135	123	114	108	104	100	97	94	93			40
41					137	125	116	110	106	102	98	95	94			41
42					139	127	118	111	107	103	100	97	96			42
43					141	129	119	113	109	105	102	99	98			43
44					143	131	121	115	111	107	103	100	99			44
45					145	133	123	116	112	108	105	101	101			45
46					148	135	125	118	114	110	106	103	103			46
47					150	137	127	120	115	111	108	105	104			47
48						139	128	121	117	113	109	106	106			48
49						140	130	123	118	114	111	108	107			49
50						142	132	125	120	116	112	109	109			50
51						144	134	126	122	117	114	111	111			51
52						146	136	128	123	119	110	112	112			52
53						148	137	129	125	121	117	114	114			53
54						150	139	131	126	122	119	116	115			54
55							141	133	128	124	120	117	117			55
56							143	134	129	125	122	119	119			56
57							145	136	131	127	123	121	120			57
58							146	138	133	128	125	122	122			58
59							148	139	134	130	127	124	123			59
60							150	141	136	132	128	125	125			60
61								143	137	133	130	127	127			61
62								144	139	135	131	129	128			62
63								146	140	136	133	130	130			63
64								148	142	138	134	132	132			64
65								149	144	139	136	133	133			65
66								151	145	141	137	135	135			66
67									147	142	139	137	136			67
68									148	144	141	138	138			68
69									150	146	142	140	140			69
70										147	144	141	141			70
71										149	145	143	143			71

TABLA III
 TABLA PARA CONVERTIR PUNTAJES CRUDOS A PUNTAJES ESTNDAR
 DIBUJO DE UNA MUJER ELABORADO POR NIÑOS

PUNTAJE CRUDO	EDAD CRONOLÓGICA EN AÑOS														PUNTAJE CRUDO		
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
0	68	55	56	56	51												0
1	73	61	59	58	53	50											1
2	77	66	61	61	56	52											2
3	82	70	64	63	58	53											3
4	86	74	67	65	60	55	50	49									4
5	91	78	70	68	62	57	51	51	49								5
6	95	83	73	70	64	59	53	52	51								6
7	100	87	75	73	66	61	55	54	52								7
8	104	91	78	75	68	63	57	56	54	50							8
9	109	96	81	77	70	65	59	57	55	52							9
10	113	100	84	80	72	67	60	59	57	54	50						10
11	118	104	86	82	74	69	62	61	59	55	52						11
12	122	109	89	84	76	70	64	62	60	56	53						12
13	127	113	92	87	79	72	66	64	62	58	55	50					13
14	131	117	95	89	81	74	67	66	63	60	56	52	51				14
15	136	122	97	91	83	76	69	67	65	61	58	54	53				15
16	140	126	100	94	85	78	71	69	66	63	59	55	54				16
17	145	130	103	96	87	80	73	70	68	64	61	57	56				17
18	149	134	106	98	89	82	75	72	70	66	63	58	57				18
19	154	139	108	101	91	84	76	74	71	68	64	60	59				19
20	158	143	111	103	93	86	78	75	73	69	66	62	61				20
21	163	147	114	105	95	87	80	77	74	71	67	63	62				21
22	168	152	117	108	97	89	82	79	76	72	69	65	64				22
23	172	156	119	110	99	91	84	80	78	74	70	66	65				23
24		160	122	112	102	93	85	82	79	75	72	68	67				24
25		164	125	115	104	95	87	84	81	77	73	70	69				25
26		169	128	117	106	97	89	85	82	78	75	71	70				26
27		173	131	119	108	99	91	87	84	80	77	73	72				27
28		177	133	122	110	101	93	89	85	82	78	74	74				28
29			136	124	112	103	94	90	87	83	80	76	75				29
30			139	126	114	104	96	92	89	85	81	78	77				30
31			142	129	116	106	98	93	90	86	83	79	78				31
32			144	131	118	108	100	95	92	88	84	81	80				32
33				133	120	110	102	97	93	89	86	82	82				33
34				136	122	112	103	98	95	91	88	84	83				34
35				138	125	114	105	100	96	93	89	86	85				35

TABLA III
 (CONTINUACION)

PUNTAJE CRUDO	EDAD CRONOLÓGICA EN AÑOS														PUNTAJE CRUDO
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
36				140	127	116	107	102	98	94	91	87	86	36	
37				143	129	118	109	103	100	96	92	89	88	37	
38				145	131	120	110	105	101	97	94	90	90	38	
39					133	121	112	107	103	99	95	92	91	39	
40					135	123	114	108	104	100	97	94	93	40	
41					137	125	116	110	106	102	98	95	94	41	
42					139	127	118	111	107	103	100	97	96	42	
43					141	129	119	113	109	105	102	99	98	43	
44					143	131	121	115	111	107	103	100	99	44	
45					145	133	123	116	112	108	105	101	100	45	
46					148	135	125	118	114	110	106	103	103	46	
47					150	137	127	120	115	111	108	105	104	47	
48						139	128	121	117	113	109	106	106	48	
49						140	130	123	118	114	111	108	107	49	
50						142	132	125	120	116	112	109	109	50	
51						144	134	126	122	117	114	111	111	51	
52						146	136	128	123	119	110	112	112	52	
53						148	137	129	125	121	117	114	114	53	
54						150	139	131	126	122	119	116	115	54	
55							141	133	128	124	120	117	117	55	
56							143	134	129	125	122	119	119	56	
57							145	136	131	127	123	121	120	57	
58							146	138	133	128	125	122	122	58	
59							148	139	134	130	127	124	123	59	
60							150	141	136	132	128	125	125	60	
61								143	137	133	130	127	127	61	
62								144	139	135	131	129	128	62	
63								146	140	136	133	130	130	63	
64								148	142	138	134	132	132	64	
65								149	144	139	136	133	133	65	
66									151	145	141	137	135	66	
67										147	142	139	137	67	
68										148	144	141	138	68	
69										150	146	142	140	69	
70											147	144	141	70	
71											149	145	143	71	

TABLA IV
 TABLA PARA CONVERTIR PUNTAJES CRUDOS A PUNTAJES ESTANDAR
 DIBUJO DE UNA MUJER ELABORADO POR NIÑAS

PUNTAJE CRUDO	EDAD CRONOLOGICA EN AÑOS															PUNTAJE CRUDO	
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
0	62	55	52	52	49												0
1	66	59	54	54	50	48											1
2	70	63	57	56	52	50											2
3	74	67	59	58	54	51											3
4	78	70	62	60	56	53											4
5	83	74	64	62	58	55	48										5
6	87	78	67	64	60	56	50										6
7	91	81	69	66	62	58	52										7
8	96	85	72	69	64	60	54	49									8
9	100	89	74	70	66	62	55	51									9
10	104	92	77	73	68	63	57	53									10
11	109	96	79	75	70	65	59	54									11
12	113	100	82	77	71	67	60	56	50								12
13	117	104	84	79	73	68	62	57	52								13
14	121	108	87	81	75	70	64	59	53	50							14
15	126	111	89	83	77	72	65	61	55	52							15
16	130	115	92	86	79	74	67	62	56	53	50						16
17	134	119	94	88	81	75	69	64	58	55	51	48					17
18	139	122	97	90	83	77	71	65	60	56	53	50					18
19	143	126	99	92	85	79	72	67	61	58	55	51					19
20	147	130	102	94	87	81	74	69	63	60	56	53	50				20
21	151	134	104	96	89	82	76	70	64	61	58	54	52				21
22	156	137	107	98	90	84	77	72	66	63	59	56	54				22
23	160	141	109	100	92	86	79	73	68	64	61	58	56				23
24	164	145	112	103	94	87	81	75	69	66	63	60	57				24
25	169	149	114	105	96	89	82	77	71	67	64	61	60				25
26	173	152	117	107	98	91	84	78	72	69	66	63	61				26
27	177	156	119	109	100	93	86	80	74	71	67	65	63				27
28		160	122	111	102	94	88	81	76	72	69	66	64				28
29		164	124	113	104	96	89	83	77	74	74	68	66				29
30		168	126	115	106	97	91	85	79	75	72	70	68				30
31		171	129	117	108	99	93	86	80	77	74	71	70				31
32		175	131	119	109	101	94	88	82	78	75	73	71				32
33			134	122	111	103	96	89	84	80	77	75	73				33
34			136	124	113	105	98	91	85	82	79	76	75				34
35			139	126	115	106	100	93	87	83	80	78	77				35

TABLA IV
 (CONTINUACION)

PUNTAJE CRUDO	EDAD CRONOLÓGICA EN AÑOS													PUNTAJE CRUDO
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
36			141	128	117	108	101	94	88	85	82	80	78	36
37			144	130	119	110	103	96	90	86	83	81	80	37
38			146	132	121	111	105	97	91	88	85	84	82	38
39			149	134	123	113	106	99	93	89	87	85	84	39
40				136	125	115	108	101	95	91	88	86	86	40
41				139	127	117	110	102	96	92	90	88	87	41
42				141	129	118	111	104	98	94	91	90	89	42
43				143	130	120	113	105	99	96	93	91	91	43
44				145	132	122	115	107	101	97	95	93	93	44
45				147	134	123	117	109	103	99	96	95	94	45
46				149	136	125	118	110	104	100	98	96	95	46
47					138	127	120	112	106	102	99	98	98	47
48					140	129	122	113	107	103	101	100	100	48
49					142	130	123	115	109	105	103	101	101	49
50					144	132	125	117	111	107	104	103	103	50
51					146	134	127	118	112	108	106	105	105	51
52					148	136	128	120	114	110	107	106	107	52
53					149	137	130	121	115	111	109	108	109	53
54						151	139	132	123	117	113	111	110	54
55							141	134	124	119	114	113	111	55
56							142	135	126	120	116	114	113	56
57							144	137	128	122	118	115	115	57
58							146	139	129	123	119	117	116	58
59							148	140	131	125	121	119	118	59
60							149	142	132	126	122	120	120	60
61								151	144	134	128	124	122	61
62									146	136	130	125	123	62
63									147	137	131	127	125	63
64									149	139	133	128	126	64
65									151	140	134	130	128	65
66										142	136	132	130	66
67										144	138	133	131	67
68										145	139	135	133	68
69										147	141	136	135	69
70										148	142	138	136	70
71										150	144	139	138	71

TEST DE MACHOVER

El test de Machover es una técnica proyectiva, ya que es un método de estudio de la personalidad cuyo carácter esencial reside en que evoca del sujeto lo que es, en distintos modos de expresión de su mundo personal y de los procesos de su personalidad. El test puede considerarse como un método de creación artística o de producción, ya que se requiere del sujeto un dibujo de la figura humana destinado a interpretarse.

Los trabajos de Goodenough llevaron a Karen Machover a realizar una serie de investigaciones sobre el dibujo de la figura humana y posteriormente a crear su test. Ella hace mención a lo anterior cuando dice; " La experiencia adquirida en la aplicación del Goodenough a niños como medida de inteligencia, nos llevó a concebir una técnica de estimación basada en el dibujo de la figura humana".

FUNDAMENTOS TEORICOS.

Quedo establecido mucho antes de que los dibujos de una persona reveban amplias dimensiones de la personalidad y condición clínica del sujeto que su "porque".

La personalidad, no se desarrolla en el vacío, sino en el sentir, en el pensar y en el moverse de un cuerpo determinado, ya que el cuerpo con sus tensiones y esfuerzos musculares, constituye el campo en el cual se enfrentan acciones de necesidades y presiones.

La expresión de muchas necesidades sólo puede hacerse medante alguna actividad nueva para el sujeto, de tipo creador, que indica de forma indirecta los mismos conflictos que están embargando al individuo que los crea; podemos decir que toda actividad creadora, lleva el sello específico de conflictos y necesidades que presiona al sujeto que está creando.

Quando el sujeto trata de dibujar, debe resolver diferentes problemas buscando un modelo a su alcance. En el proceso de selección, intervienen tres mecanismos defensivos:

1.- La introyección, que es considerada como un rango -- que se desarrolla en una etapa de la personalidad más temprana, que la etapa en que aparece la identificación y que consiste en absorber dentro de uno mismo influencias y características ambientales, pero más particularmente las características particulares de otras personas.

2.- La identificación, o sea el mecanismo por medio del cual se adoptan actitudes, pautas de comportamiento o rasgos de la personalidad, de otras personas significativas y cuya función principal es la satisfacción de los deseos.

3.- La proyección, o sea el mecanismo de donde derivan su nombre las técnicas proyectivas. Este mecanismo actúa como defenza contra la angustia, ya que el sujeto exterioriza y atribuye a otros los rasgos de su carácter, las actitudes, los motivos y los deseos propios que rechaza y censura.

En el dibujo de la persona, al suponer una proyección de la imagen corporal se ofrece un camino para la expresión de las necesidades y conflictos que tenga la persona de su cuerpo. Cuando un individuo se propone dibujar una persona tiene que referirse necesariamente a todas las imágenes de sí mismo puede decirse que cada órgano tiene un significado emocional.

En el dibujo podemos encontrar una manifestación, de la organización de todo el modelo del cuerpo, el cual se ha desarrollado a través de la experiencia del individuo y sufre cambios por enfermedades físicas o mentales, por frustraciones, o por alteraciones que este sufra.

DESCRIPCION Y FORMA DE APLICACION

El tests de Machover es un método que presenta varias -- ventajas. Su administración es sencilla, no exige más material que un lápiz y una hoja de papel. Se interpreta directamente, sin puntuación o codificación intermedia. con ello queda considerablemente reducido las posibilidades de error. Siempre presenta un testimonio directo de la proyección del sujeto, y no es una mera descripción de la misma.

El test se puede aplicar a niños a partir de los cuatro años. Es muy útil para los niños tímidos o inhibidos, ya que representa una oportunidad de liberación que ejerce sobre ellos efectos terapéuticos.

FORMA DE APLICACION

Se presenta al sujeto una hoja de papel blanco, un lápiz y goma de borrar. Simplemente se le pide al sujeto que "dibuje a alguien" y si es un niño muy pequeño, que dibuje "un niño o una niña". Las instrucciones deben darse en la forma más ambigua posible.

En ocasiones, ciertas personas muestran resistencia a dibujar pero debe decirseles que no importa que sepan dibujar o no, ya que lo que interesa, es saber que hacen las personas - cuando intentan dibujar a alguien.

Si el sujeto sólo dibuja la cabeza, se le pide complete el dibujo anotándose su reacción. Pero esta debe ser la única indicación que se haga porque para las demás preguntas, debe contentarse en términos vagos.

Mientras el sujeto trabaja, en forma disimulada deben anotarse sus datos de indentificación, sus reacciones, el tiempo que tarda y la secuencia del dibujo, también si utiliza la goma, en fin todos sus comentarios y su forma de proceder.

Cuando termina, se le pide que dibuje al sujeto que haga el dibujo de otra persona del sexo opuesto al que dibujo. Se indica que dibujo hizo primero, si el de la mujer o del hombre.

Cuando hay tiempo suficiente se le pide que dibuje a "sí mismo", que dibuje a un niño o dos personas. Los niños dibujan a su familia.

I N T E R P R E T A C I O N

La figura humana está íntimamente relacionada con los impulsos ansiedades conflictos y compensaciones, características propias del individuo, y que en cierto sentido la figura dibujada es la persona misma, y el papel en que dibuja debe tratar de extraer del producto gráfico lo que en éste ha examinado, por lo cual es necesario hacer un análisis de los aspectos estructurales, formales y grafológicos.

FORMALES

Que Figura dibuja primero

- 1.- La gran mayoría de los individuos dibujan primero la figura de su propio sexo.
- 2.- La incidencia de desviaciones de esta regla es mayor entre sujetos que solicitan o requieren tratamiento psicoterapéutico.

Los motivos por los cuales se dibuja primero la figura — del sexo opuesto son:

- Inversión sexual.
- Confusión de identificaciones sexuales
- Gran dependencia del padre del sexo opuesto o fijación en él.
- Gran dependencia de alguna persona del sexo opuesto o fijación en él.
- Regresión a un estadio de narcisismo primario.

Comparación de las figuras.

Comparación de dos figuras masculina y femenina realizadas por el mismo sujeto, podemos tener información acerca de su actitud respecto a las figuras parentales, en cuanto constituyen la base de la identificación sexual y respecto a la esfera más amplia de la autoridad.

Hay que establecer cual figura de la que dibuja el sujeto es más grande.

- 1.- La figura pequeña, indica que el individuo es más pequeño, más pasivo e introvertido.
- 2.- La figura grande indica que el individuo es más grande, más activo y extrovertido.

Tamaño

La relación entre el tamaño del dibujo y el espacio gráfico disponible puede vincularse con la relación dinámica entre el individuo y su ambiente o entre las figuras parentales. El tamaño expresa también como responde el sujeto a presiones ambientales.

1.- Figura Pequeña.- El individuo se siente pequeño, -- inadaptado y responde a los requerimientos del ambiente con sentimientos de inferioridad.

2.- Figura Grande.- El individuo responde a presiones ambientales con sentimiento de expansión y agresión.

El tamaño promedio de la figura normal es de 18 cm, ó de 2/3 partes del espacio disponible.

Movimiento

Todos los dibujos sugieren tensión kinestésica que va -- desde la rigidez hasta la extrema movilidad.

1.- Dibujos que sugieren mucha actividad, son obra de -- individuos que sienten fuertes impulsos hacia la ac tividad motora.

2.- Dibujos que sugieren extrema rigidez, corresponden a individuos con conflictos graves y profundos fren te a los cuales mantienen un control rígido y a menudo endeble.

Distorsiones y Omisiones .- Sugieren que los conflictos del examinado pueden relacionarse en dichas partes.

E S T R U C T U R A L E S

Partes de la figura humana.

a) CABEZA.- Es la región de la cabeza la que representa el concepto del yo, es lo que se dibuja generalmente.

Cabeza agrandada.- Pedantería, posesión de aspiraciones intelectuales, síntomas somáticos, instropectivo, huye - de la fantasía

Cabeza y rostro poco claros.- Persona en extremo autocon ciente y tímida.

Cabeza dibujada por último.- Grave perturbación del pensamiento.

Cabeza muy clara y cuerpo esbozado.- La persona acude a la fantasía como recurso compensatorio, sentimiento de inferioridad o de vergüenza en relación con partes y funciones de su cuerpo.

b).- CABELLO.

Cabello enfatizado.- Los narcistas y homosexuales dan mucha importancia al cabello.

Pelo en la cara (barba y bigote).- Relación con la búsqueda compensatoria de virilidad y por parte de aquellos individuos con sentimientos de inadecuación sexual o dudas acerca de su masculinidad.

c).- BOCA

Con dientes.- examinado oral agresivo y uédico.

Boca dibujada con una sola línea.- Sujeto agresivo a nivel verbal.

Boca oval o abierta y carnosa.- Sujeto oral-erótico y dependiente.

d).- OJOS

Ojos muy grandes y los de la figura masculina con pestañas.- Índice de homosexualidad.

Ojos grandes sin pupilas.- Expresa culpa vinculada con tendencias voyeristas.

Ojos grande con mirada y expresión de fijeza.- Posibilidad de rasgos paranoicos.

e).- NARIZ.- Símbolo fálico.

Ganchuda o ancha y abierta.- Rechazo y desprecio.
Muy larga.- Sentimiento de impotencia sexual.

f).- MENTON.- Relacionadao con fuerza y determinación.

Agrandado.- Fuerte impulso, tendencias agresivas.

Exagerado.- Sentimientos compensatorios de la debilidad e indecisión.

g).- OREJAS

Agrandadas y destacadas.- Daño orgánico, alucinaciones - auditivas o conflicto himosexual pasivo.

h).- CUELLO .- Vinculado entre control intelectual y los -- conflictos del ego.

Cuello largo.- Dificultades para controlar y dirigir - los impulsos instintivos, o síntomas somáticos. Personalidad esquizoide.

i).- Brazos y Manos.- Organos corporales del contacto y la manipulación

Manos ocultas.- Dificultades de contacto o sentimiento - de culpa en relación a actividades manipulatorias (mas-- turbación).

Manos de tamaño exagerado. Conducta compensatoria debida a sentimientos de insuficiencia manipulatoria, difi-- cultades de contacto e inadecuación.

Exagerado nombreado en las manos.- Ansiedad con respecto a la manipulación.

Brazos apretados al cuerpo.- Sentimientos pasivos o de-- fensivos.

Brazos muy largos y extendidos hacia afuera del cuerpo.- Necesidades agresivas, dirigidas hacia el exterior.

Dedos, uñas y articulaciones marcada con cuidado.- Perso-- na compulsiva o con dificultades relacionadas con el con-- cepto corporal.

Puños cerrados.- Agresión reprimida.

Brazos y manos largos y prominentes.- Necesidad de figu-- ra materna y protectora.

j).- Otras partes del cuerpo.

Si dibuja primero las piernas y los pies.- Desaliento - depresión.

Caderas y nalgas de la figura masculina redondeadas y agrandadas.- Homosexualidad.

Articulaciones delineadas.- Individuo compulsivo, persona dependiente e indecisa y necesidad de indicios perceptivos familiares para asegurarse.

Anatomía interna.- Esquizofrenia o manía.

Pechos muy grandes.- Necesidad de dependencia oral.

Si para la figura femenina, para resaltar la femineidad usa detalles superficiales o simbólicos.- Sentimientos sexuales prohibidos y reprimidos.

Exageración de hombros y otros indicadores masculinos.- En el caso de pacientes hombres: inseguridad con respecto a la masculinidad.

k).- VESTIMENTA.

Figuras desnudas y partes sexuales expuestas.- Rebelión contra la sociedad o conciencia de sus conflictos sexuales.

Figuras cuidadosamente vestidas.- Narcisismo social.

Figuras desnudas y cuidadosamente presentadas.- Corresponden al autoconcepto, expresión del narcisismo corporal. Sujeto infantil y egocéntrico.

Importancia excesiva a los botones.- Personalidad dependiente infantil y con ajuste perfecto.

Botones en la línea media del cuerpo. Preocupaciones somáticas.

Bolsillos en el pecho.- Privación oral y afectiva. Individuos infantiles y dependientes.

Cigarros, pipas y bastones.- Símbolos de búsqueda de virilidad.

G R A F O L O G I C O S

TRAZO .- Relacionado con el nivel enérgico.

Líneas firmes.- Individuo con gran impulso enérgico.

Líneas suaves.- Nivel enérgico bajo.

Dirección del trazo.

Movimientos horizontales.- Relacionados con debilidad, -
feminidad y vida de fantasía.

Movimientos verticales.- Relacionados con determinación
hiperactividad y masculinidad acertiva.

Líneas derechas ininterrumpidas.- Individuos rápidos y -
decisivos.

Líneas curvas ininterrumpidas.- Personas lentas e indecisivas

Trazos cortos .- Ansiedad e inseguridad.

Trazo libre y rítmico.- Persona tensa, apartada y coartada.

Contornos de figuras claro y definido y la línea de demarcación reforzada pero no quebrada.- Necesidad de aislamiento y protección frente a presiones externas.

Sombreado.- Ansiedad.

La colocación del dibujo sobre el papel corresponde a la porción que el sujeto se atribuye en su circunstancia. La derecha se interpreta como orientación hacia el ambiente, la izquierda como orientación a sí mismo.

TEST GESTALICO VISOMOTOR DE BENDER (B.G.)

El test gestálico fué creado por Lauretta Bender en base a las hipótesis de la clásica teoría de la Gestalt⁺ sobre la percepción, particularmente en las investigaciones de Wertheimer.

Au método ha ampliado el campo de la observación, puesto que sólo esclarece la cuestión de lo que el sujeto percibe, - sino la del uso que éste hace de su percepción.

L. Bender empleó como estímulos, nueve de los patrones - originales de Wertheimer seleccionados de su trabajo clásico de 1923. Cada uno de ellos obedece a ciertos principios, por ejemplo:

La figura 1 debe percibirse como una serie de puntos apareados debido a que existe una distancia un poco más corta entre algunos de ellos. Este es un ejemplo de la gestalt formada en base al principio de proximidad de las partes.

La figura 2 se percibe generalmente como una serie de líneas cortas y oblicuas, constituidas por tres unidades y distribuidas de manera que las líneas se inclinan de la parte izquierda superior a la derecha inferior, está basada en el principio de proximidad el cual rige también a la figura 3.

Las figuras 4 y 5 se basan en los principios de continuidad, organización geométrica o interna, etc.

APLICACION DEL TEST

La aplicación de la prueba consiste en pedir al sujeto - que reproduzca con lápiz, sobre una hoja de papel blanco los 9 estímulos que se le van presentando, uno a uno dibujados en las tarjetas.

Se aplica a sujetos de 4 años en adelante, aunque la forma de evaluación varía, debido a los diferentes niveles de maduración según la edad.

+ Gestalt.- Es el término usado por los creadores de la teoría, al no encontrarse un equivalente adecuado en el español se utiliza la palabra original y podría considerarse como algo semejante a "estructura"

La configuración se integra no sólo en el espacio sino - en el tiempo, de manera que la gestalt final se compone:

- 1.- Del patrón en el espacio (patrón visual)
- 2.- Del factor temporal al ejecutarse.
- 3.- Del factor personal sensori-motor.

La gestalt resultante es más que la suma de todos los -- factores. Hay una tendencia no sólo a percibir las gestalten⁺⁺ sino a complementarlas y reorganizarlas de acuerdo con los -- principios biológicamente determinados por el patrón sensori-motor de acción, se espera que varíe en los diferentes nive-- les de maduración o crecimiento y en los estados patológicos orgánicos o funcionalmente determinados.

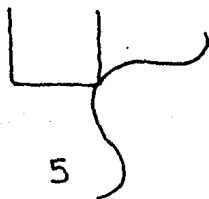
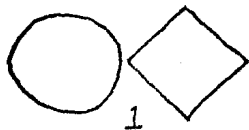
Los gestalten surgen genéticamente en los niños, siguen do un proceso de maduración. Es evidente que el niño no expe-- rimente la percepción en igual forma que el adulto. La ejecu-- ción de los gestalten requiere de la adquisición de habilida-- des motoras que van del simple garabato hasta la posibilidad de representar las figuras en trazos firmes y controlados.

Las funciones organizadoras y asociativas de la gestalt están igualmente sujetas a un proceso de maduración y dichas funciones pueden o no realizarse (debilidad mental) deterio-- rarse (organicidad) o sufrir una desorganización (procesos -- psicóticos).

El test de Bender, ha demostrado su utilidad en la detec-- ción del retardo intelectual, lesiones de tipo orgánico y per-- turbaciones funcionales.

++ Elementos que componen un gestalt.

LAMINAS DE LA PRUEBA DE BENDER



PRUEBA DE HENDER
TABLA DE MADURACION

AÑOS	Figura 1	Figura 2	Figura 3	Figura 4	Figura 5	Figura 6	Figura 7	Figura 8	Figura 9
Adulto	100%	25 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11 años	95%	95%	65%	60% 	95%	90%	70% 	75% 	90%
10	90%	90%	60% 	60% 	80% 4	80%	60% 	60% 	90%
9	80%	75%	60% 	70%	80%	70%	80%	65%	70%
8	75%	75%	75%	60%	75%	65%	70% 	65%	65%
7	75% 	75%	70%	60%	75% 4	65% 	60% 	65%	60%
6	75% 00	75%	60% 	80% 	70% 4	60% 	60% 	60% 	75%
5	85% 00	85%	60% 	80% 	70% 	60% 	60% +	60% 00	75%
4	90% 00	85% 0000	75% 	80% 	70% 	60% 	65% =	60% 00	60%
3	----- 4 AÑOS -----								

TABLA DE SIGNIFICACIONES DEL B.G.
TABLA DE SIGNOS PATOGNOMICOS

Distribución de la copias en el protocolo de prueba:

Indica la orientación general del sujeto con respecto al ambiente.

Ordenamiento y sucesión: meticulosidad exagerada.

Emplazamiento en la mitad superior de la hoja (reproducciones pequeñas y próximas): Insertidumbre; búsqueda de seguridad.

Figuras "colgadas" de los cantos: Insertidumbre; inseguridad; necesidad de apoyo. Temor a colocarse en el centro de la atención y a la autonomía

Amontonamientos-superposiciones: Falta de atención a los límites; falta de atención de los demás. Agresivos con el medio ambiente; esquizofrénicos y pacientes orgánicos incapacitados para captar las relaciones o que sufren confusión en los límites del propio cuerpo.

Enmarcamiento de cada figura: Necesidad de seguridad; afán de compensar la ansiedad o incertidumbre.

TRATAMIENTO DE LAS FIGURAS

1.- TAMAÑO DE LAS FIGURAS

Grandes: Falta de control y de inhibición

Pequeñas: Tendencia al retraimiento; inhibición de la expresión; sujetos emocionalmente bloqueados.

Manejo lábil: cambios de la impulsividad a la inhibición; sujetos ambivalentes.

2.- FRAGMENTACION DE LOS MODELOS

La figura no es tratada como una unidad sino como un conglomerado de elementos independientes: Implica trastornos de organización (percepción inadecuada) y/o dificultades motoras (que impiden la reproducción) Tendencia a la división o a la disociación.

Fragmentación por perturbación perceptual: Desórden orgánico o esquizofrenia

Fragmentación por perturbación motora: (especialmente si se dan otros signos concurrentes): desórdenes orgánicos. -- (Observación: si el examinado critica su producción gráfica, no se trata, claro está, de un trastorno perceptual sino motor).

Tratamiento de la figura a nivel concreto: Enfermos orgánicos y esquizofrénicos y en regresión grave.

TRATAMIENTO DE LAS LINEAS

1) CARACTER DE LA LINEA

Deja ver el sentimiento del examinado frente al ambiente y la actividad frente a sí mismo.

Líneas esbozadas tenues: Ansiedad, timidez, falta de autoconciencia vacilación.

Líneas impulsivas enérgicas y fuertes: Agresión y hostilidad frente al ambiente.

Línea firme y continua: Modalidad interna entre ambos extremos.

2) ALTERACIONES EN LAS LINEAS

Exageración y minimizaciones en las líneas: curvas, acentuadas o aplastadas; ángulos redondeados. Deja ver las dificultades en control de las emociones.

Figuras precisas pero exageradas: esfuerzo fallido de inhibir, sujetos en los que alternan la impulsividad y la rigidez.

Línea atenuada, rebajada, y prolongada: exceso de impulsividad e indiferencia ante las exigencias del ambiente.

Líneas exageradas: Incapacidad para una fácil inhibición de los impulsos.

Curvas atenuadas: Debilitamiento de los efectos, superficialidad afectiva.

Ángulos acusados: Sentimiento de inseguridad e intento de controlar un trastorno subyacente.

Ángulos redondeados: impulsividad.

SUSTITUCIONES Y OMISIONES DE ELEMENTOS

Denuncia trastornos de coordinación visomotora, y suelen revelarse por la incapacidad para reproducir los ángulos o por incorrecta prolongación de la línea, especialmente notable en las figuras 4, 3, 4, 7 y 8. Indican ausencia de control motor; inestabilidad emocional.

Sustitución de elementos: (líneas por puntos; acusar o moderar las curvas); inestabilidad emocional. Puede haber base orgánica.

Espacios blancos donde deberían ir líneas: probable incapacidad para completar las tareas y admitir el cierre: incertidumbre y ansiedad, que acaso busque salida a la situación.

PERTURBACIONES EN LA ORIENTACION ESPECIAL

1) ROTACION

Trastornos en la orientación espacial: niños pequeños; zurdos; con dificultades en la lectura; pacientes orgánicos y esquizofrénicos.

Incapacidad de mantener alineaciones horizontales: sujetos incapaces de situarse en el espacio, o que se hallan deprimidos o eufóricos, respectivamente (se da especialmente en el modelo 2, desviaciones en curva hacia arriba o hacia abajo).

Figuras adheridas, formando un conglomerado: ESQUIZOFRENIA

2) DESPLAZAMIENTO.

Desvío en la relación entre las partes de la figura: Incapacidad de descomponer la figura en sus detalles y distorsión en la recomposición. Indica reacción atípica y eventualmente extraña ante la tarea. Propio del deterioro orgánico y procesos esquizofrénicos.

IMPRESIONES DE CONJUNTO

1) PRIMITIVIZACIÓN Y SOBRESIMPLIFICACION .

Puede deberse a: a) inmadurez mental y emocional; b) regresión psicótica u orgánica. El diagnóstico diferencial se establece por el grado de coordinación motora y la presencia o ausencia insólitos.

Deficientes mentales y pacientes orgánicos: empleo indiscriminado de la espiral cerrada, dificultades de la coordinación motora, trastornos rotativos, tendencias al concretismo.

Psicópatas: simplificación para no esforzarse; dificultades de coordinación motora debidas a impulsividad y precipitación, falta del ajuste de los trozos de modelo, falta de precipitación en los cortes). La ausencia total de inhibición suelen llevar copias tan macrográficas que los trazos ocupan varias hojas.

Pacientes orgánicos: suelen ahorrar energía sustituyendo las series de puntos por líneas continuas.

2) ELABORACION

El estímulo sirve de disparador de las preocupaciones y necesidades del examinado y lo lleva a una producción arbitraria.

3) EJECUCION DEMASIADO PERFECTA.

Copias cuidadosamente controladas, tipo réplica del modelo. Indicador de esfuerzo para mantenerse integrado frente a la inminente desorganización. Suele darse en esquizofrénicos o pacientes con trastornos orgánicos.

TABLA DE LOS INDICADORES PATOGNOMICOS

DEFICIENTES MENTALES

- Primitivación y sobresimplificación: empleo indiscriminado de la espiral cerrada.
- Dificultades en el trazado, especialmente en las paralelas, formas angulosas y en cruz.
- Transtornos de rotación.
- Tendencia al concretismo.

CONDICIONES ORGANICAS

Se considera que el B.C. alcanza su mayor eficiencia en el diagnóstico de las lesiones orgánicas, y que las reproducciones muestran formas características del área y extensión de la lesión cerebral.

- Amontonamiento y superposiciones.
- Sustitución de series de puntos por líneas continuas.
- Fragmentación por perturbación perceptual.
- Fragmentación por perturbación motora.
- Tratamiento de la figura al nivel concreto.
- Rotación.
- Desplazamiento.
- Ejecución demasiado perfecta (transtornos orgánicos comociales).

PSICOSIS ALCOHOLICAS

Encefalopatías alcohólicas graves:

- Percepción incompleta de las gestalten.
- Perceveración de las rayas.

ESTADOS ALUCINATORIO CRONICOS:

- Buena percepción del modelo, pero con contornos borrosos

DEMEENCIA PARALITICA:

- Copias de notable perfecciónm excesivo cuidado, tendencia a un formulismo desprovisto de interés personal.
- Casi siempre: signos de regresión hacia tendencias primitivas, el empleo de letras o números por puntos y rayas
- modificación o sustitución de partes de la figura.

ESTADOS CONFUSIONALES

- Mala integración de las parte en el todo y de la orientación de las figuras sobre el fondo.

EXQUIZOPRENICOS

Signos de disociación de la figura como un todo:

- Adherencia, amontonamientos, superposiciones, conglomerados.
- Fragmentación por perturbación perceptual.
- Sustitución de puntos por círculos.
- Representación de las líneas punteadas como líneas onduladas.
- Tendencia a la perseveración de una copia a otra.
- Microscopia
- Rotación
- Acentuación de los planos horizontales.
- Exclusión de formas en cruz y formas angulosas.
- Desplazamiento
- Tratamiento de las figuras al nivel concreto
- Ejecución demasiado perfecta (en esquizofrénicos incipientes).

MANICOS

- Elaboración (motoras o verbales) que no destruyen la -- gestalt primaria.

IMPULSIVOS

- Reproducción macrográfica; figuras grandes, exageradas.
- Líneas enérgicas, fuertes, exageradas y prolongadas.
- Angulos redondeados.

AGRESIVOS

- Amontonamientos y superposiciones.

INSEGUROS

- Reproducciones pequeñas y próximas.
- Enmarcamiento de las figuras.
- Figuras "colgadas" de los cantos.
- Espacios blancos donde deberían ir líneas.

C O N C L U I O N E S

La Odontología no es una ciencia aislada, sino que se en cuenta ligada a otras y en los últimos años la Psicología ha abierto nuevos horizontes.

En nuestro ejercicio profesional y aunque no seamos odon topediátras, siempre tendremos en nuestro consultorio a algún "pequeño paciente". Ya que son los niños quienes sufren más - problemas bucales.

Algunos cirujanos dentistas no quieren atender niños, ya que dicen que son difíciles, resistiéndose al tratamiento y - cuidado, que su tratamiento corresponde al especialista y que sólo pierden tiempo.

El estudio psicológico del niño nos resulta de gran ayuda, para conocer al niño, como es, entender su actitud, su -- comportamiento y su pensamiento.

Considero que teniendo en cuenta varios de los conceptos que aquí he expuesto, resultará más fácil entender al niño y por lo consiguiente lograremos éxito en nuestro plan de trata miento.

1.- Tratar al niño con respeto.- De esta manera le esta remos comunicando al niño que es muy importante para nosotros

2.- Nunca mentirle.- Es preferible decir la verdad, cuan do exista la posibilidad de que experimente dolor; de otra -- forma si le mentimos perderemos su confianza y que será muy - difícil volver a obtener.

3.- Para asegurarnos éxito en nuestro tratamiento con - los niños. Debemos evaluar psicológicamente a los pequeños an tes de llevarlos al sillón dental, así como también antes nos trazamos un plan de tratamiento, para después llevarlo a cabo

4.- Observar cuidadosamente todos los movimientos, los - gestos, comentarios y actitudes, ya que con todos esos peque ños detalles el niño deja ver su personalidad. Para que una - vez que la identifiquemos, la evaluemos y podamos trabajar y actuar de acuerdo a ella.

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

- ANDERSON Y ANDERSON Técnicas Proyectivas del Diagnóstico
Madrid, Ed. Rialp. 1963
- BAKWIN, HARRY Desarrollo Psicológico del niño normal y patológico. México, Ed. Interamericana, 1974
- BENDER, LAURETTA El Test Gontálico Visomotor y su aplicación Clínica. Buenos Aires, Ed. Interamericana, 1955
- BIJOU, SIDNEY Psicología del Desarrollo Infantil
México, Ed. Trillas, 1969
- DIEL, FUAL El Miedo y la Angustia . México, Ed. Fondo de Cultura Economica, 1966
- GESELL, ARNOLD El Niño de 5 a 10 años. Buenos Aires Ed. Paidós, 1973
- GESELL, ARNOLD El Niño de 10 a 15 años. Buenos Aires Ed. Paidós, 1972
- JEFFREY A., GRAY La Psicología del Miedo. Madrid Ed. Guadarrama, 1971.
- LAW B., DAVID Un Atlas de Odontopediatría
Ed. Mundi, 1972
- LIUBLINSKIA A. A. Desarrollo Psíquico del Niño. México Ed. Grijalbo, 1971.
- MACHOVER, KAREN Proyección de Personalidad en el Dibujo de la Figura Humana. La Habana Ed. Cultural s/f.
- MC DONALD RALPH Odontología para el niño y el adolescente. Ed. Mundi, 1971.

- MC DOUGALL Introducción a la Psicología Infantil
Buenos Aires, Ed. Paidós, 1970
- MERANI L., ALBERTO Introducción a la Psicología Infantil
Barcelona, Ed. Grijalbo, 1975.
- PEINADO A., JOSE Paidología. México, Ed. Porrúa, 1977.
- PICHOT PIERRE Los Tests Mentales. Buenos Aires,
Ed. Paidós, 1976.
- PLINFIELD S. El Significado del Dolor. Ed. Mundi
Serie VI Vol. 18, 1964
- SINGER, ROBERT Psicología Infantil. México,
Ed. Interamericana, 1971.
- TJOSEM T. P. Consideraciones Psicológicas en la
Atención del paciente Adolescente
Ed. Mundi, Serie V Vol. 15, 1963.
- WATON, ROBERT Psicología Infantil. Madrid,
Ed. Aguilar, 1974.