



# Universidad Nacional Autónoma de México

---

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANEJO DEL NIÑO

## Tesis Profesional

Que para obtener el Título de  
CIRUJANO DENTISTA

presenta

**RICARDO SANCHEZ SALAZAR**

México, D. F.

1983



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# I N D I C E

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

### CAPITULO I

- A) ASPECTOS GENERALES DE LA ODONTOPE-  
DIATRIA.
- B) DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

### CAPITULO II

PROCESOS DE COMUNICACION HUMANA

### CAPITULO III

- A) EL ODONTOPEDIATRA Y EL NIÑO.
- B) AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL.
- C) PERSONAL AUXILIAR.

### CAPITULO IV

- A) HISTORIA CLINICA.
- B) CONSIDERACIONES, RESPONSABILIDAD,  
HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL OPERADOR.

### CAPITULO V

- A) ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA AL  
MANEJAR AL NIÑO.
- B) INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES.

CAPITULO VI

TRATAMIENTOS DE NIÑOS IMPEDIDOS.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

EL TRABAJO QUE SE PRESENTA A CONTINUACIÓN ES UNA RECOPIACIÓN DE DATOS, QUE PRETENDEN CONSIENTIZAR A TODA PERSONA RELACIONADA EN EL MANEJO DEL NIÑO, DESDE SU NACIMIENTO HASTA QUE ES UN ADOLECENTE.

POR LO TANTO SE DESCRIBIRÁ DE UNA MANERA DETALLADA COMO TRATAR AL NIÑO DESDE QUE ESTE NACE Y EMPIEZA A EVOLUCIONAR, TANTO PSICOLÓGICAMENTE COMO FÍSICAMENTE.

UNA DE LAS CAPACIDADES HUMANAS MÁS IMPORTANTE ES LA COMUNICACIÓN HUMANA EN FORMA VERBAL, POR LO TANTO EL ODONTÓLOGO DEBE COMPRENDER LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN DEL NIÑO. DE AHÍ QUE ES IMPORTANTE PREPARAR AL PACIENTE ANTES DE SOMETERLO A UN TRATAMIENTO DENTAL.

EL OPERADOR DEBE CAPACITARSE Y PONER SU MAYOR ESFUERZO EN EL PLAN DE TRATAMIENTO, LOS ASPECTOS QUE DEBE CUIDAR PARA REALIZAR UN TRATAMIENTO ADECUADO, ES EL QUE EXISTA CONFIANZA CON EL NIÑO Y EL NIÑO CONFIE EN EL OPERADOR; LA ELABORACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA; EL TENER UN ASPECTO AGRADABLE EN EL CONSULTORIO, YA QUE LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS DENTALES SON DE -

PRIMORDIAL IMPORTANCIA EN EL INFANTE CUANDO PASE A SER UNA PERSONA ADULTA Y TENGA NECESIDAD DE ACUDIR AL CIRUJANO DENTISTA.

LA ADECUADA INFORMACIÓN QUE TENGAN LOS PADRES, DE SU PARTICIPACIÓN DENTRO DEL PLAN DE TRATAMIENTO, ES DE VITAL IMPORTANCIA EN LA CONSULTA DENTAL.

TAMBIÉN DEBEMOS CONOCER Y SABER MANEJAR A NIÑOS QUE PRESENTEN ALGUNA INCAPACIDAD CONGENITA O ADQUIRIDA, YA QUE SE REQUIERE UNA ATENCIÓN ESPECIAL PARA ESTE TIPO DE PACIENTES, LA CUAL DEBE SIEMPRE LLEVARSE EN CONJUNTO CON OTROS PROFESIONISTAS DEDICADOS A SU ATENCIÓN.

## CAPITULO I

### ASPECTOS GENERALES DE LA ODONTOPEDIATRIA

PUEDE CONSIDERARSE LA ODONTOPEDIATRÍA IN FANTIL COMO EL SERVICIO MÁS NECESITADO, Y SIN EMBAR- GO, EL MÁS OLVIDADO ENTRE LOS SERVICIOS QUE PRESTA - EL DENTISTA.

"LA ODONTOPEDIATRÍA ES UNA RAMA DE LA - ODONTOLOGÍA QUE ESTUDIA AL NIÑO DE UNA MANERA INTE-- GRAL, TANTO EN SU ASPECTO FÍSICO, COMO PSICOLÓGICO,- ENFOCANDO LOS PROBLEMAS PRESENTES Y TOMANDO MEDIDAS- PREVENTIVAS PARA EVITAR PROBLEMAS FUTUROS".

ESTA DEFINICIÓN NOS DICE LA GRAN IMPOR-- TANCIA QUE TIENE LA ODONTOLOGÍA INFANTIL, A PESAR DE ELLO, SE DISMINUYE SU VALOR, POR UN LADO LOS PADRES- DEL PACIENTE, Y POR EL OTRO ALGUNOS DENTISTAS, ESTO- ES EN ALGUNOS CASOS IGNORANCIA, O POR INDIFERENCIA - HACIA LOS CONCEPTOS MÁS RECIENTES DE LA ODONTOLOGÍA- ACTUAL Y LAS METAS FINALES QUE HAN DE LOGRARSE.

LA ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS REQUIERE DE AL GO MÁS QUE CONOCIMIENTOS DENTALES COMUNES, PUESTO - QUE SE ESTÁ TRATANDO CON ORGANISMOS EN PERÍODO DE - FORMACIÓN. ÉSTO EN DETERMINADO MOMENTO, CUANDO SE -

APLICA MAL ALGÚN TRATAMIENTO NOS PUEDE OCACIONAR PROBLEMAS FUTUROS, QUE EN ALGUNOS CASOS SON IRREMEDIABLES.

EN LA ODONTOPEDIATRÍA DEBE EXISTIR UNA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL. SU LABOR DEBE SER EDUCATIVA Y PROFILÁCTICA, HACIA EL NIÑO Y SUS PADRES, ESTO QUIERE DECIR QUE SE DEBE ORIENTAR A LA FAMILIA, PARA CREAR LAS CONDICIONES PREVIAS PARA UNA DENTADURA SANA POR EL RESTO DE LA VIDA.

LA ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS TRATA GENERALMENTE DE LA PREVENCIÓN.

EL ODONTOPEDIATRA DEBE ACEPTAR QUE LA SALUD ES UN PROCESO ACTIVO DEL SER HUMANO EN VIRTUD DEL CUAL ÉSTE TRATA DE MANTENER LA ARMONÍA PSICOFÍSICA EN EQUILIBRIO DINÁMICO CON LA CIRCUNSTANCIA NATURAL Y SOCIOCULTURAL EN QUE CADA PERSONA TRANSCURRE Y SE DEBE INTERPRETAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO NO SÓLO COMO LA ADECUADA EVOLUCIÓN DE SU ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA, DEBEMOS VER ALGO MÁS QUE SUS DIENTES.

CUANDO UN DENTISTA ASUME LA RESPONSABILIDAD DE TRABAJAR CON NIÑOS, DEBE ESTAR CONSIENTE QUE LE VA A RESULTAR ALGO DIFÍCIL, YA QUE LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA IDEAL PARA NIÑOS NO ES FÁCIL.



SE NECESITA ADQUIRIR Y UTILIZAR GRANDES CONOCIMIENTOS ODONTOLÓGICOS, DE LOS CUALES LA MAYORÍA SON COMUNES A LOS QUE SE UTILIZARON EN LOS ADULTOS, PERO OTRA PARTE ES ÚNICA Y PERTINENTE PARA NIÑOS.

SI EL DENTISTA LOGRA DOMINAR EL TEMA, - SABRÁ QUE TRABAJAR CON NIÑOS ES UNA EXPERIENCIA MUY SATISFACTORIA.

EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOPEDIATRIA - SIEMPRE DEBEMOS TENER EN MENTE, QUE SE VAN A PREVENIR PROBLEMAS FUTUROS, CON ESTE PUNTO DE VISTA, LA ODONTOLOGÍA INFANTIL ES UN SERVICIO DE DEDICACIÓN.

## DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

EN ESTE TEMA SE MENCIONARAN LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL DEL NIÑO, Y LAS CAUSAS QUE PRODUCEN MIEDO, TEMOR Y ANGUSTIA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

PARA PODER ESTUDIAR MEJOR EL DESARROLLO-PSICOLÓGICO DEL NIÑO, SE CLASIFICÓ EN LOS SIGUIENTES PERIODOS:

- 1.- INFANCIA: ESTA A SU VEZ SE SUBDI-  
VIDE EN:
  - A):- NEONATAL; LA CUAL VA  
DEL NACIMIENTO A LOS-  
10 DÍAS DE NACIDO.
  - B).- RECIEN NACIDO: VA DE  
LOS 10 DÍAS DE NACI-  
DO A 1 MES.
  - C):- LACTANTE: QUE VA DE  
1 MES HASTA 1 AÑO, ES  
LACTANTE MENOR Y HASTA  
2 AÑOS ES LACTANTE MA-  
YOR.
- 2.- PREESCOLAR: QUE VA DE LOS 2 AÑOS  
HASTA LOS 6 AÑOS.

3.- ESCOLAR: DE 6 AÑOS A 12 AÑOS.

4.- ADOLECENTE: DE LOS 13 AÑOS HASTA  
LOS 19 AÑOS.

PIENSO QUE CENTRAR LA ATENCIÓN SOLAMENTE EN EL PROBLEMA DENTARIO ES INADECUADO, LAS TAREAS DE LA ODONTOPEDIATRÍA SON MÚLTIPLES Y ABARCAN LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE LOS NIÑOS DESDE EL PERÍODO-TEMPRANO DE LA DENTICIÓN PRIMARIA HASTA FINALIZAR EL DESARROLLO DE LA DENTADURA. ÉSTA VALORACIÓN DIAGNÓSTICA REQUIERE UN CUIDADOSO ESTUDIO DEL MEDIO AMBIENTE Y LA VALORACIÓN DE SU PAPEL EN EL TRANSTORNO DEL NIÑO, DEBE VERSAR EN GRAN PARTE SOBRE SU RELACIÓN - CON LA MADRE DURANTE LOS PERÍODOS NEONATAL E INFANTIL; INCLUYENDO AL PADRE Y A OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA DURANTE LOS AÑOS PREESCOLARES, Y A PERSONAS - AJENAS A LA FAMILIA EN LA ÉPOCA ESCOLAR Y ADOLECENTE.

LA MAYOR PARTE DE LOS ESTUDIOS SOBRE EL DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO Y SOBRE EL ORIGEN DE LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS SE CENTRAN ALREDEDOR DE LA RELACIÓN DEL NIÑO CON SU MADRE, POR LA SENCILLA RAZÓN QUE SU VIDA EMPIEZA EN INTIMIDAD CON ELLA Y ES - ELLA QUIEN ESTÁ DIRECTAMENTE INTERESADA EN SU CUIDADO DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE SU VIDA.

POR OTRA PARTE ESTA SITUACIÓN NO DISMINUYE LA IMPORTANCIA DEL PADRE, AÚN CUANDO EL NO INTERVIENE-DE MODO DIRECTO EN EL CUIDADO DEL NIÑO, SU INFLUENCIA-SE DEJA SENTIR INDIRECTAMENTE POR EL APOYO EMOCIONAL - QUE PRESTA A LA MADRE. EN LA CULTURA ACTUAL EL PADRE- PARTICIPA CADA VEZ MÁS EN EL CUIDADO DEL NIÑO Y TIENE UN PAPEL RELEVANTE EN LA VIDA DE ESTE.

UN IMPORTANTE CONCEPTO PERTENECIENTE AL ESTUDIO DEL MEDIO AMBIENTE, ES EL DE DINÁMICA DE LA FAMILIA. LA FAMILIA ES CONCEBIDA COMO UNA UNIDAD DOTADA - DE UN EQUILIBRIO DINÁMICO DERIVADO DE LA INTERVENCIÓN- DE TODOS SUS MIEMBROS. DE ESTE MODO, UN DETERMINADO - NIÑO PUEDE ADQUIRIR UN CIERTO PAPEL QUE TENGA IMPORTAN- CIA EN EL EQUILIBRIO DEL GRUPO FAMILIAR.

ESTE CONCEPTO DIFIERE DE LA NOCIÓN DE QUE LOS MIEMBROS DE UNA FAMILIA ACTÚAN SÓLO INDIVIDUALMEN- TE. EN TÉRMINOS GENERALES LOS TIPOS DE INFLUENCIA AM- BIENTAL QUE DEBEN SER CONSIDERADOS SON:

- A).- SUBESTIMULACION.
- B):- SUPERESTIMULACION.
- C).- PRIVACION EMOCIONAL.
- D).- SUPERINDULGENCIA.
- E).- SUPERPROTECCION.
- F).- ESCASO ESTIMULO COMPETITIVO.

- g).- PRESION INDEBIDA.
- h).- INCOMPATIBILIDAD.
- i).- EXCESO DE CONFLICTO Y TENSION EN LA ATMOSFERA FAMILIAR.
- j).- APROBACION INCONSIENTE POR PARTE DE LOS PADRES, DEL COMPORTAMIENTO QUE CONSIENTEMENTE DESAPRUEBAN.

CUANDO SE ESTUDIA AL NIÑO, LA PRIMERA ETAPA DE LA VIDA DE ESTE, NOS LA PROPORCIONAN LOS PADRES. LOS PERÍODOS, INFANCIA Y PREESCOLAR SON CUIDADOSAMENTE EXAMINADOS A FIN DE VALORAR EL PAPEL DE LOS FACTORES - MEDIOAMBIENTALES EN COMPARACIÓN CON LOS FACTORES CONSTITUCIONALES DEL NIÑO. LA INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE EMPIEZA TAN PRONTO, QUE LAS RESPUESTAS QUE PRODUCE EL NIÑO PUEDEN SER ERRÓNEAMENTE ATRIBUIDOS A SU DOTACIÓN INNATA . A LA INVERSA, FACTORES INNATOS-SUBCLÍNICOS PUDEN SER LA CAUSA DE RESPUESTAS Ó ACTITUDES MEDIOAMBIENTALES QUE SON CONSIDERADAS ERRONEAMENTE PRIMARIAS Y ETIOLÓGICAS.

LA ÚLTIMA POSIBILIDAD NECESITA SER CONSIDERADA EN EL CASO DE INCOMPATIBILIDAD ENTRE EL TEMPERAMENTO Ó CONDUCTA DEL NIÑO Y LOS COMETIDOS Ó ESPERANZAS DE LA MADRE.

ANTES DE LLEVAR A UN NIÑO AL SILLÓN DENTAL, DEBEMOS SABER ACERCA DE LOS PRINCIPIOS GENERALES DE SU CONDUCTA, Y LOS TIPOS MÁS FRECUENTES QUE NOS PODEMOS ENCONTRAR SON: EL NIÑO TIMIDO, MIMADO, DESAFIENTE, MIEDOSO Y ENFERMO,

EN LA MEDIDA QUE LA ODONTOPEDIATRÍA COMPRENDE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS EMOCIONALES DEL PACIENTE INFANTE, SU HABILIDAD SERÁ MÁS EFECTIVA PARA PODER CONTROLAR SU CONDUCTA.

LAS PRIMERAS EMOCIONES DEL NIÑO, SURGEN -- DESDE EL MOMENTO QUE NACE, PORQUE ESTE ACTO LLEVA IMPLÍCITO UN TRAUMA, QUE ES LA CONMOCIÓN FÍSICA QUE SUFRE POR TODOS LOS ESTÍMULOS AL SALIR DEL CLAUSTRO MATERNO; Y ESTO VA A CONSTITUIR SU PRIMER CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR, SIENDO ESTE CONTACTO PRIMORDIALMENTE EMOCIONAL, AUNQUE DE NATURALEZA DESAGRADABLE.

LA VIDA EMOTIVA INFANTIL, SE VA FORMANDO MEDIANTE TODO UN PROCESO QUE SE INICIA CON UN ESTADO DE EXCITACIÓN GENERAL EN RESPUESTA A LOS INTENSOS ESTÍMULOS EXTERNOS A LOS QUE SE ENFRENTA Y QUE SE MANIFIESTA POR: LLANTO, ANGUSTIA Y TEMOR.

TODA LA ESFERA EMOCIONAL DEL NIÑO, INICIA SU EVOLUCIÓN HACIA UNA DIFERENCIACIÓN PROGRESIVA QUE -

IRÁ ADQUIRIENDO, LA DIVERSIDAD EMOCIONAL EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE SU DESARROLLO.

DICHA CONDICIÓN IMPLICA TAMBIÉN UNA PROGRESIVA SOCIALIZACIÓN DE LO QUE SE BASA EN LA IMPORTANCIA DE EXPERIENCIAS CON RESPUESTAS EMOTIVAS INTENSAS, EN LA TRANSFERENCIA PROGRESIVA DE ESTAS RESPUESTAS O SITUACIONES ESTABLECIDAS POR LA PRÁCTICA Y APROBADAS POR LA SOCIEDAD Y POR ÚLTIMO EN EL CAMBIO GRADUAL QUE EL APRENDIZAJE Y LA PRESIÓN SOCIAL PRODUCEN EN EL ORIGEN DE LAS RESPUESTAS EMOTIVAS MANIFIESTAS, EN PARTICULAR LAS DE DESAGRADO.

SE CONSIDERA ASÍ SEGURO INDICE DE MADUREZ EMOCIONAL CUANDO AUMENTA LA CAPACIDAD INHIBITORIA FRENTE A LOS ESTÍMULOS MOLESTOS.

LAS MANIFESTACIONES EMOCIONALES EN EL NIÑO, A DIFERENCIA DE LOS DEL ADULTO, SE EXPRESAN OSTENSIBLEMENTE EN TODO EL CUERPO: PATALEA, GRITA O GESTICULA.

ANTES DE CONTINUAR CON ESTAS RESPUESTAS EMOTIVAS, CONVIENE HABLAR ACERCA DE SU ORIGEN EN EL SISTEMA NERVIOSO.

DESDE SIEMPRE SE HA TRATADO DE COMPRENDER Y ESTUDIAR LOS COMPLEJOS ESTADOS AFECTIVOS QUE

SE EXPERIMENTAN EN EL HOMBRE, A ESTE RESPECTO SE HAN HECHO INVESTIGACIONES, DE LA RELACIÓN QUE PUEDE EXISTIR ENTRE LA EMOCIÓN Y LOS PROCESOS FISIOLÓGICOS, E INCLUSO EXPLICARLA.

### BASE NEURAL DE LAS EMOCIONES.

LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL ORIGEN FISIOLÓGICO DE LAS EMOCIONES, DATAN DE LOS AÑOS DE 1927 Y 1929 EN QUE EL FISIÓLOGO WALTER CANNON PENSÓ QUE EL SUSTRATUM ANATÓMICO DE LAS EMOCIONES ESTÁ CONSTITUIDO POR EL DIENCÉFALO Y SUS CONEXIONES CON LAS VÍSCERAS Y CON LA CORTEZA CEREBRAL. EXPUSO QUE EN LA EMOCIÓN EL DIENCÉFALO, QUE RECIBE ESTÍMULOS AFERENTES, EXCITA A SU VEZ AL MÚSCULO ESQUELÉTICO Y A LAS VÍSCERAS MEDIANTE UNA DESCARGA DESCENDENTE, EN TANTO QUE EL COMPONENTE SUBJETIVO, EL AFECTO, ESTÁ DADO POR UNA DESCARGA ASCENDENTE HACIA LA CORTEZA CEREBRAL. CANNON ESTUDIÓ LA DESCARGA DESCENDENTE EN SUS COMPONENTES SIMPÁTICOS-ADRENALES.

ESTAS INVESTIGACIONES HAN SIDO VÁLIDAS, Y SON LA BASE PARA EL ESTUDIO FISIOLÓGICO DE LAS EMOCIONES Y SUS AVANCES SON IMPORTANTES EN EL CONOCIMIENTO DE LA REACCIÓN DE LAS VÍSCERAS EN SITUACIÓ



NES DE EMERGENCIA.

SEGÚN LAS INVESTIGACIONES DE GOLTZ, LA PARTICIPACIÓN DE LA CORTEZA CEREBRAL NO ES NECESARIA PARA LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES. BARD Y ROM--SON, HICIERON INVESTIGACIONES SOBRE EL HIPOTÁLAMO. ESAS INVESTIGACIONES, SEÑALARON AL HIPOTÁLAMO COMO EL-CENTRO INTEGRADOR DE LAS RESPUESTAS EMOCIONALES.

J. MASSERMON PUSO DE MANIFIESTO QUE LA VERDADERA EMOCIÓN REQUIERE LA PARTICIPACIÓN DE --ÁREAS CORTICALES Y QUE EL HIPOTÁLAMO ES TAN SOLO EL -CENTRO DE DONDE SE INTEGRAN LAS PAUTAS EXPRESIVAS DE-LAS EMOCIONES. SÓLO LA CORTEZA ES CAPAZ DE APRECIAR LAS CUALIDADES AFECTIVAS.

### LA DESCARGA DESCENDENTE.

SE CARACTERIZA POR TRES COMPONENTES: SOMATICO, VICERAL Y ENDOCRINO.

EL COMPONENTE SOMATICO, EN EL MIEDO Ó EN LA CÓLERA, SE CONTRAEN AQUELLOS MÚSCULOS QUE PUE DEN SER UTILIZADOS EN EL ATAQUE O EN LA DEFENSA, LO -CONTRARIO DE LO QUE OCURRE EN ESTADOS DE SATISFACCIÓN Y DE PLACER, EN LOS CUALES LA TENDENCIA ES LA RELAJA-CIÓN DE ESOS MISMOS MÚSCULOS. ES COMÚN LA EXPERIEN-

CIA DE SUFRIR DOLORS MUSCULARES EN EL TRONCO O EN LOS MIEMBROS, DESPUÉS DE UN ESTADO DE CÓLERA O DE MIEDO INTENSO.

PUEDE DECIRSE QUE EL COMPONENTE SOMÁTICO ES DIFERENTE PARA DISTINTOS ESTADOS EMOCIONALES, PARTICULARMENTE EN LO QUE SE REFIERE A LA MUSCULATURA-ESQUELÉTICA DE LA EXPRESIÓN FACIAL; POR ESO SE PUEDE, CON RELATIVA FÁCILIDAD, JUZGAR EL ESTADO EMOCIONAL DE UNA PERSONA OBSERVANDO LA EXPRESIÓN FACIAL.

EL COMPONENTE VICERAL, EN LAS EMOCIONES, TANTO EL SIMPÁTICO COMO EL PARASIMPÁTICO PUEDEN DESCARGAR JUNTOS EN FORMA MASIVA; O BIEN HACERLO CADA UNO POR SEPARADO. LA NECESIDAD DE ORINAR FRECUENTEMENTE Y LA HIPERMOVILIDAD INTESTINAL SON REACCIONES PARASIMPÁTICAS AISLADAS QUE SON EXPERIMENTADAS POR NUMEROSAS PERSONAS CUANDO ESTÁN PREOCUPADAS Ó EN SITUACIÓN DE APURO.

LA ESPECIFICIDAD QUE SE PRESENTA EN EL COMPONENTE VICERAL ALGUNAS VECES, PUEDE SER: VERGÜENZA ACOMPAÑADA DE RUBOR, TRISTEZA DE LLANTO.

CANNON SEÑALÓ QUE LA RESPUESTA DE LAS VÍCERAS EN LAS EMOCIONES ES FUNDAMENTAL Y PRIMARIA.

ÁRNOLD INVESTIGÓ EL COMPONENTE VÍCE-

RAL DE DISTINTAS EMOCIONES Y DE SUS ESTUDIOS CONCLUYÓ QUE EL ESTADO DE EXCITACIÓN ES LA EMOCIÓN MENOS DIFERENCIADA, EN TANTO QUE LA CÓLERA Y EL MIEDO, POCO DIFERENCIABLES ENTRE SÍ, TIENEN SIN EMBARGO, PUNTOS VÍCERALES MUY DISTINTOS, A LOS DEL AMOR; LA IRA Y EL MIEDO SON LAS EMOCIONES MÁS COLINÉRGICAS.

EL COMPONENTE ENDOCRINO, EN ÉL LA PARTICIPACIÓN DE LAS GLÁNDULAS DE SECRESIÓN INTERNA EN LAS EMOCIONES, JUEGAN UN PAPEL MUY IMPORTANTE.

EL HIPOTÁLAMO ESTABLECE RELACIONES-NEURALES DIRECTAS CON EL SISTEMA ENDÓCRINO, PRINCIPALMENTE EN DOS PUNTOS: CON LA HIPOFISIS POSTERIOR Y CON LA MEDULA SUPRARENAL.

LA RELACIÓN DEL HIPOTÁLAMO CON LA HIPOFISIS ANTERIOR PROBABLEMENTE SE LLEVA A CABO POR UN SISTEMA DE CIRCULACIÓN PORTAL.

LA PARTICIPACIÓN ENDÓCRINA EN LOS ESTADOS EMOCIONALES ES AÚN DESCONOCIDA. PERO SE SABE QUE EN LOS ESTADOS DE EXCITACIÓN EMOCIONAL EL HIPOTÁLAMO ESTIMULA LA SECRESIÓN POR LA HIPOFISIS POSTERIOR DE LA HORMONA ANTIDIURÉTICA Y QUE EN LOS ESTADOS DE EXCITACIÓN SEXUAL LA ACTIVIDAD DEL HIPOTÁLAMO SE RELACIONA CON UN AUMENTO EN LA SECRESIÓN DE GONADOTRÓPINA.

## LA DESCARGA ASCENDENTE.

EL HIPOTÁLAMO HA SIDO CONSIDERADO COMO EL GANGLIO PRINCIPAL DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO, Y ES CAPAZ DE PRODUCIR DESCARGAS QUE ESTIMULAN LA CORTEZA CEREBRAL, ESTO OCURRE EN LAS EMOCIONES.

PAPÉZ EN 1937, EXPUSO QUE EL ARCHIPALIAM O RINNENCÉFALO, ESTÁ RELACIONADO CON LA EMOCIÓN CONSIDERÓ QUE EL HIPOTÁLAMO, EL NÚCLEO DEL TÁLAMO, EL CINGULUM, EL HIPOCAMPO Y LAS CONEXIONES QUE UNEN ENTRE SÍ ESTAS ESTRUCTURAS, CONSTITUYEN UN SISTEMA QUE ES EL SUSTRATUM ANATÓMICO Y FUNCIONAL DE LAS EMOCIONES. SEÑALÓ QUE EL GIRUS CINGULUUM CONSTITUYE EL ÁREA RECEPTIVA CORTICAL PARA LAS EMOCIONES, Y ENFATIZÓ LA IMPORTANCIA DE SUS CONEXIONES CON EL HIPOTÁLAMO.

EL MIEDO Y LA IRA SON RESPUESTAS PRIMITIVAS QUE SE DESARROLLAN PARA PROTEGER AL INDIVIDUO CONTRA DAÑOS Y LA DESTRUCCIÓN PROPIA. LA ESTIMULACIÓN EMOCIONAL SE DESCARGA POR MEDIO DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO A TRAVÉS DEL HIPOTÁLAMO Y NECESITA Poca INTEGRACIÓN-CORTICAL. EN EL HOMBRE LAS DESCARGAS DEL HIPOTÁLAMO PUEDEN SER MODIFICADAS POR INTERFERENCIAS CORTICALES, DE MANERA QUE CON SU CORTE ALTAMENTE DESARROLLADO, PUEDEN HAS

TA CIERTO PUNTO CONTROLAR SUS EMOCIONES, A TRAVÉS DE RACIONALIZACIÓN Y DETERMINACIÓN. EN LOS NIÑOS DE CORTA EDAD, DEMASIADO JOVENES PARA RACIONALIZAR, SE PRODUCE UN COMPORTAMIENTO QUE ES DIFÍCIL DE CONTROLAR EN MUCHOS ASPECTOS, EL NIÑO SE COMPORTA DE MANERA PRIMITIVA AL TRATAR DE LUCHAR CON LA SITUACIÓN O HUIR DE ELLA. CUANDO NO PUEDE HACERLO, SU MIEDO AUMENTA Y LA COMUNICACIÓN DEL DENTISTA Y EL NIÑO SE PIERDE.

EL MIEDO ES PROBABLEMENTE EL PRINCIPAL PILAR EMOCIONAL CON QUE EL ODONTÓLOGO TIENE QUE LUCHAR.

ES DECIR REPRESENTA EL PROBLEMA DE MANEJO MÁS IMPORTANTE, MOTIVO POR EL CUAL LA ATENCIÓN DENTAL ES DESCUIDADA POR ALGUNAS PERSONAS.

EN SU PROGRESIVO DESARROLLO EL NIÑO, AUMENTA SU CAPACIDAD MENTAL Y VA TOMANDO CONCIENCIA DE LOS ESTÍMULOS QUE LE PRODUCEN MIEDO, ASÍ COMO A IDENTIFICARLOS,

EL NIÑO REACCIONA A ESTAS EXPERIENCIAS TRATANDO DE AJUSTARSE A ELLAS POR MEDIO DE LA HUIDA EN CASO DE QUE NO PUEDA RESOLVER EL PROBLEMA. SI SE SIENTE INCAPAZ DE HACER FRENTE A LA SITUACIÓN Y LE ES FÍSICAMENTE IMPOSIBLE HUIR, SU MIEDO SE INTENSIFICARÁ.

PERO CONFORME EL NIÑO VA CRECIENDO, VA SIENDO MÁS CAPAZ DE CONTROLAR SUS EMOCIONES,

EL MIEDO CONSTITUYE UNA DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO A ESTÍMULOS NOCIVOS. POR LO QUE EL BIENESTAR DEL NIÑO ES CONSERVADO EN MUCHAS OCACIONES DE PELIGRO, YA SEA FÍSICOS O SOCIALES,

EL MIEDO DEBE APRENDER A CONTROLARLO, - EN SITUACIONES EN LAS QUE NO SE HAYA COMPROMETIDO CON ESTÍMULOS NOCIVOS. EN CIERTO GRADO EL MIEDO ES UNA EMOCIÓN QUE AYUDA AL INFANTE,

DEBE IR APRENDIENDO QUE EL CONSULTORIO DENTAL, NO REPRESENTA NINGUNA AMENAZA A SU INTEGRIDAD, - SINO QUE POR LO CONTRARIO ES UN SERVICIO BENEFICO PARA - ÉL,

EL MIEDO PUEDE SER ADQUIRIDO OBJETIVAMENTE O SUBJETIVAMENTE DEPENDIENDO DE LAS SITUACIONES - QUE HAYAN VIVIDO,

LOS NIÑOS, PUEDEN ADQUIRIR EL MIEDO, - AL DENTISTA, POR CONVERSACIONES ESCUCHADAS EN EL HOGAR Y TAMBIÉN POR PLÁTICAS CON OTROS NIÑOS QUE HAYAN TENIDO EXPERIENCIAS DESFAVORABLES,

LOS TEMORES OBJETIVOS SON LOS PRODUCIDOS POR ESTIMULACIÓN FÍSICA DIRECTA DE LOS ORGANOS SENSQ

RIALES.

LOS MIEDOS PUEDEN SER DE NATURALEZA ASOCIATIVA. PUEDEN ASOCIARLO CON OTRO TIPO DE EXPERIENCIAS DESAGRADABLES O POR ALGUNA EXPERIENCIA ANTERIOR.

LOS TEMORES SUBJETIVOS ESTAN BASADOS PRINCIPALMENTE EN LAS REFERENCIAS QUE NOS DAN OTRAS PERSONAS QUE EL NIÑO SE IMAGINE EN EL CONSULTORIO CON MUCHAS EXPERIENCIAS DESAGRADABLES.

LOS NIÑOS TIENEN UN MIEDO INTENSO A LO DESCONOCIDO, CUALQUIER EXPERIENCIA QUE SEA NUEVA Y DESCONOCIDA LES PRODUCIRÁ MIEDO HASTA QUE COMPRUEBE QUE SU BIENESTAR NO SE VE AMENAZADO.

LOS TEMORES SUBJETIVOS TAMBIÉN PUEDEN EXPERIMENTARSE POR IMITACIÓN; ES DECIR EL MIEDO ES ADQUIRIDO, MEDIANTE LA OBSERVACIÓN. EL MIEDO DE LOS NIÑOS Y SU COMPORTAMIENTO NEGATIVO ESTAN RELACIONADOS CON EL TEMOR DE LOS PADRES.

LOS MIEDOS OBJETIVOS PUEDEN SER DE NATURALEZA ASOCIATIVA. SE ASOCIA CON OTRO TIPO DE MIEDO, EL CUAL SE ORIGINO DE OTRA EXPERIENCIA, AL ESTAR EL NIÑO EN ALGÚN HOSPITAL, O AL ADMINISTRARSELE ALGÚN FARMACO QUE LE PRODUJO MOLESTIAS.

UN NIÑO QUE PRESIENTE UNA AMENAZA A LA SEGURIDAD DE SU PATRÓN RUTINARIO DE VIDA AL SER LLEVADO A UNA NUEVA SITUACIÓN RESPONDERÁ CON MIEDO SI ES DEMASIADO JOVEN PARA COMPRENDER LA RAZÓN DEL CAMBIO. A MEDIDA QUE EL NIÑO CRECE Y DESARROLLA SU CAPACIDAD DE RAZONAR, UNO POR UNO VA DESCARTANDO ESTOS MIEDOS ADQUIRIDOS, SI RECIBE ATENCIÓN ADECUADA A DETERMINADA EDAD NO TENDRÁ NINGÚN TEMOR HACIA EL CONSULTORIO.

LA EDAD DEL NIÑO ES DETERMINANTE, EN SU TRATAMIENTO, PORQUE UN NIÑO MUY PEQUEÑO NO TIENE UNA VERDADERA IDEA DE LO QUE LE PASA.

LOS PRIMEROS TEMORES QUE EL NIÑO ASOCIA CON LA ODONTOLOGÍA SON LOS PRODUCIDOS POR LO INESPERADO Y LO DESCONOCIDO. CUALQUIER ESTIMULACIÓN PRESIPITADA O INTENSA DE LOS ORGANOS SENSITIVOS, PRODUCE MIEDO EN EL NIÑO, PORQUE ES INESPERADO.

EL RUIDO Y VIBRACIÓN DE LA FRESA Y LA PRESIÓN QUE SE EJERCE SOBRE EL DIENTE QUE SE ESTÉ TRATANDO, PRODUCE MIEDO AL NIÑO DE CORTA EDAD. EL NIÑO TEME MÁS AL RUIDO DE LAS MANIOBRAS DENTALES, QUE AL DOLOR MISMO.

CUALQUIER MOVIMIENTO BRUSCO O INESPERADO; SER BAJADO O INCLINADO EN EL SILLÓN SIN SER



AVISADO, ALGÚN MOVIMIENTO DE LAS MANOS DEMASIADO RÁPIDO Y ENERGICO, EL QUE SE CAIGA ALGO Y PRODUSCA ALGÚN RUIDO EXTRAÑO, LES CAUSA MIEDO,

ANTES DE LOS CUATROS AÑOS ES CONVENIENTE LLEVAR AL NIÑO, AUNQUE NO TENGA PROBLEMAS DENTALES - PARA QUE SE FAMILIARICE CON EL CONSULTORIO,

DE LOS CUATRO A LOS SEIS AÑOS DE EDAD EL NIÑO ENTRA EN UN PERIÓDO DE CONFLICTOS MUY MARCADOS- Y DE INESTABILIDAD EMOCIONAL. LOS NIÑOS COMBATEN LAS - COSAS QUE TEMEN EN LA REALIDAD A NIVELES IMAGINATIVOS,- AL HACER ESTO, EL NIÑO NO SOLO GANA BIENESTAR, SINO QUE TAMBIÉN DESARROLLA EL VALOR Y LA CALMA NECESARIOS PARA ENFRENTARSE A LA SITUACIÓN REAL, PUESTO QUE SE PUEDE - VENCER AL MIEDO SOMETIENDO AL INDIVIDUO A LA SITUACIÓN- QUE LE PRODUCE ESTE MIEDO, HACER ESTO POR JUEGO IMAGINARIO Y POR MEDIO DE LA FANTASIA PUEDE AYUDAR A VENCER TEMORES INDEBIDOS,

A ESTA EDAD, LA VÁLVULA DE SEGURIDAD- QUE ES LA FANTASIA ES IMPORTANTE, Y EL DENTISTA PUEDE - USARLA COMO INSTRUMENTO PARA MANEJAR A NIÑOS DE CORTA - EDAD,

CUANDO EL NIÑO LLEGA A EDAD ESCOLAR,- LA MAYORÍA DE LOS MIEDOS A LA ODONTOLOGÍA, QUE FUERON -

PROVOCADOS POR SUJESTIÓN, IMITACIÓN Ó EXPERIENCIAS DESAGRADABLES, SE HAN VUELTO FÁCILES DE MANEJAR. EL NIÑO - DE ESTA EDAD DEMANDA MENOS Y SE SOMETE MEJOR. ESTA DESARROLLANDO UNA CURIOSIDAD MARCADA HACIA EL MIEDO QUE LE RODEA.

A LOS SIETE AÑOS EL NIÑO HA MEJORADO SU CAPACIDAD PARA RESOLVER TEMORES, AUNQUE PUEDE REACCIONAR DE MANERA QUE PAREZCA ALTERNADAMENTE COBARDE O VALIENTE. ESTA EN LA EDAD DE PREOCUPACIONES, PERO ESTA RESOLVIENDO LOS MIEDOS REALES. EL APOYO FAMILIAR ES DE ENORME IMPORTANCIA PARA COMPRENDER Y SUPERAR SUS TEMORES. EL NIÑO DE ESTA EDAD PUEDE GENERALMENTE RESOLVER SUS TEMORES A LOS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS DENTALES, PORQUE EL DENTISTA PUEDE RAZONAR CON ÉL Y EXPLICARLE LO QUE LE ESTÁ HACIENDO. SI SE PRODUCE DOLOR, SE LE PUEDE INSTRUIR PARA QUE MUESTRE SU DISCONFORMIDAD YA SEA LEVANTANDO LA MANO O CON ALGÚN OTRO GESTO.

A MEDIDA QUE LOS NIÑOS CRECEN, SUS TEMORES SE VUELVEN MÁS VARIABLES E INDIVIDUALES.

DE OCHO A CATORCE AÑOS EL NIÑO HA APRENDIDO A TOLERAR SITUACIONES DESAGRADABLES Y MUESTRA MARCADOS DESEOS DE SER OBEDIENTE. MANEJA MUY BIEN SUS FRUSTRACIONES, NO TIENE GRANDES PROBLEMAS Y SE AJUSTA FACILMENTE A LAS SITUACIONES EN QUE SE ENCUENTRA. DESA-

RROLLA CONSIDERABLE CONTROL EMOCIONAL. SIN EMBARGO, PRESENTA OBJECIONES A QUE LA GENTE TOME A LA LIGERA SUS SENTIMIENTOS. NO LE GUSTA QUE LO FUERCEN, QUE SE HAGAN INJUSTICIAS O QUE LO MIMEN, YA SEA LOS AMIGOS O EL DENTISTA EN SU CONSULTORIO.

DE LO ANTERIOR PODEMOS CONCLUIR, QUE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES, QUE CONVIERTEN A LOS NIÑOS EN PACIENTES DIFÍCILES, PUEDEN SER DE ORIGEN DENTAL O NO DENTAL.

LAS RAZONES NO DENTALES DE LAS DIFICULTADES EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, SE DEBEN CON MÁS FRECUENCIA A TRANSTORNOS DE CONDUCTA, ESTO, ESTÁ RELACIONADO, CON UN AMBIENTE HOGAREÑO INESTABLE, CIERTO GRADO DE RECHAZO POR UNO O AMBOS PADRES, EXPECTATIVAS INTELECTUALES, POR PARTE DE LOS PADRES, DE UN NIVEL MÁS ELEVADO - DEL QUE EL NIÑO ES CAPAZ DE ALCANZAR, UN DEFECTO FÍSICO.

UN MOTIVO MUY PODEROSO POR EL CUAL EL NIÑO LLEGA A REPRESENTAR UNA CONSULTA DIFÍCIL PARA EL DENTISTA, ES QUE ABSORBE O IMITA TODO LO QUE ESTÁ A SU ALREDEDOR. UN PADRE DEMASIADO ANSIOSO O TEMEROSO PUEDE TENER UN HIJO ANSIOSO O REBELDE Y UN PADRE DEMASIADO INDULGENTE PUEDE TENER UN HIJO CON CONDUCTA INMADURA Y PROPENSO A LAS LÁGRIMAS O BERRINCHES. CUALQUIERA DE ESTOS PUEDE PRODUCIR PATRONES DE CONDUCTA QUE CREA PROBLEMAS AL -

ODONTÓLOGO CON RESPECTO A LA COOPERACIÓN.

UNA CAUSA MUY IMPORTANTE DE FALTA DE COOPERACIÓN ODONTOLÓGICA ES EL TEMOR DE UNA EXPERIENCIA DESCONOCIDA. ÉSTO SE DEBE COMUNMENTE A LA ANSIEDAD DE LA MADRE Ó ES ACENTUADA POR ELLA, YA QUE LA MISMA MADRE TIENE MIEDO O DESCONOCE EL TRATAMIENTO DENTAL. ÉSE TEMOR ES SENTIDO POR EL NIÑO Y SE AGREGA A CUALQUIER APRENSIÓN QUE YA PUEDE TENER.

LA ANGUSTIA ES UNA EMOCIÓN DESORGANIZANTE Y CUANDO ES EXCESIVA PUEDE CONDICIONAR EN TAL GRADO LA RELACIÓN DE LA MADRE CON EL NIÑO. UNA MADRE ANGUSTIADA CARECE DE SU FÉ EN SU CAPACIDAD MISMA DE SER MADRE Y DE SU FÉ EN LAS POTENCIALIDADES DEL NIÑO PARA SU CRECIMIENTO Y DESARROLLO. LA ANGUSTIA ES CAPTADA TEMPRANAMENTE POR EL NIÑO, CUYO DRAMA ES SENTIR QUE SU MADRE ES INCAPAZ DE PROTEGERLO. A CAUSA DE SU ANGUSTIA, LA MADRE EXAGERA LOS PELIGROS A QUE CUALQUIER NIÑO ESTÁ EXPUESTO Y LO PRIVA DE TODA EXPRESIÓN POR TEMOR A QUE ALGO PUEDA OCURRIRLE; EN CASO DE ENFERMEDAD, LA MADRE EXTERIORISA EN TAL FORMA SU PREOCUPACIÓN QUE EL NIÑO SE SIENTE EN PELIGRO DE MUERTE.

LOS ADULTOS ANGUSTIADOS TRANSMITEN AL NIÑO SUS PROPIAS APRENSIONES, SUS MIEDOS Y SUS FOBIAS. EN SU MA, EN TORNO DEL NIÑO SE CREA UNA ATMÓSFERA CONTINUA DE INSEGURIDAD. POR OTRA PARTE, LAS PERSONAS ANGUSTIADAS -

SON CON FRECUENCIA INESTABLES E INCONGRUENTES, CAMBIAN DE UN PLAN EDUCACIONAL A OTRO, REACCIONAN EN FORMA DISTINTA ANTE CONDUCTAS ANÁLOGAS Y SON EN OCACIONES EXTRAORDINARIAMENTE TOLERANTES Y EN OTRAS INTRANSIGENTES. ESTO CREA CONFUSIÓN EN EL NIÑO QUE SE ENCUENTRA DIFICULTADES ADICIONALES EN SU DESARROLLO A CAUSA DE LA CONFUSIÓN QUE LO RODEA.

LA ANGUSTIA PUEDE EN CIERTOS NIÑOS ASUMIR GRAN INTENSIDAD Y PERSISTENCIA, YA EXPERIMENTADA COMO SENTIMIENTOS DE APRENSIÓN E INSEGURIDAD O BIEN EN LA FORMA DE FOBIAS O MIEDOS ESPECIFICOS. EL NIÑO ANGUSTIADO SUELE PERDER EL APETITO, LLORAR FRECUENTEMENTE, VOMITAR LOS ALIMENTOS, TIENE DIFICULTAD PARA DORMIRSE, SE SOBRESALTA FACILMENTE. EN OTROS CASOS, SU TEMOR SE CIRCUNSCRIBE A CIERTAS SITUACIONES Y OBJETOS, Y LA ANGUSTIA SOLO SE MANIFIESTA CUANDO SE ENCUENTRA EN CONTACTO CON ESTOS ESTÍMULOS.

LA ANGUSTIA ES UNA RESPUESTA GLOBAL DE LA PERSONALIDAD EN SITUACIONES QUE EL SUJETO EXPERIMENTA COMO AMENAZANTES PARA SU EXISTENCIA ORGANIZADA. SUBJETIVAMENTE SE CARACTERIZA POR UN AFECTO DE INCERTIDUMBRE E IMPOTENCIA ANTE UNA AMENAZA QUE NO ES PERCIBIDA DEL TODO O QUE LO ES EN FORMA VAGA E IMPRECISA.

EL NIÑO QUE EXPERIMENTA MIEDO TIENE CONQ

CIMIENTO DE LA FUENTE DE PELIGRO QUE LO AMENAZA Y EN PRINCIPIO PUEDE ENFRENTARSE A ÉL, DEFENDERSE, PORQUE EN EL MIEDO LA AMENAZA ES OBJETIVA ES DECIR EXTERNA. EN LA ANGSTIA, LA AMENAZA ES SUBJETIVA, SU FUENTE ES INTERNA Y EL INDIVIDUO NO TIENE ADVERTENCIA DE ELLA. AL DESCONOCER LA FUENTE, NO SE ESTA EN FOSIBILIDAD DE DEFENDERSE. LA PRINCIPAL DIFERENCIA ENTRE LA ANGSTIA Y EL MIEDO ES QUE AMBAS REACCIONES OCURREN EN PLANOS DISTINTOS DE LA PERSONALIDAD.

LOS PROCESOS DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO, CONSISTEN EN UNA INTEGRACIÓN. ESTA INTEGRACIÓN NO SE LOGRA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE ES EL RESULTADO DE UNA TRANSFORMACIÓN QUE OCURRE A PEQUEÑOS PASOS, MEDIANTE LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y ALTERNATIVAS. CONFLICTOS QUE OCURREN ENTRE LOS IMPULSOS PROPIOS DEL INDIVIDUO Y LAS DEMANDAS E INTERESES DE OTROS INDIVIDUOS CON LOS CUALES VIVE EN UNA INTERRELACIÓN INELUDIBLE.

EN ESTE PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD HAY ELEMENTOS QUE SON COMUNES A TODOS LOS SERES HUMANOS, ES DECIR QUE DEPENDEN DE LA DOTACIÓN BIOLÓGICA DE LA ESPECIE Y DE LAS CONDICIONES COMUNES A TODAS LAS SOCIEDADES.

PERO CADA SER HUMANO ES DIFERENTE A LOS DEMÁS; CADA QUIEN TIENE UN MODO PECULIAR DE SER, DE SENTIR,

Y DE PENSAR, UN MODO PROPIO DE RESOLVER LOS PROBLEMAS DE SU EXISTENCIA, ESTA INDIVIDUALIDAD ES FUNCIÓN DE LA PERSONALIDAD.

ESTA PERSONALIDAD ESTÁ DETERMINADA POR LA HERENCIA Y EL AMBIENTE. EL PAPEL DE LA HERENCIA SE OBSERVA EN LOS ASPECTOS FÍSICOS; EN EL VIGOR, LA SENSIBILIDAD, LA INTELIGENCIA Y LA VULNERABILIDAD A LAS ENFERMEDADES.

LAS FACULTADES HEREDADAS MADURAN LENTAMENTE DE MODO GRADUAL, NO SOLO ESTÁN SUJETAS A INFLUENCIAS, SINO QUE PARA SU COMPLETA REALIZACIÓN SE REQUIERE LA APROPIADA INTERACCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE,

EL DESARROLLO DE LAS FACULTADES DEL NIÑO, LA EFECTIVIDAD CON QUE SE SIRVE DE ELLAS Y EL USO QUE HACE DE LAS MISMAS VIENEN DETERMINADAS POR LA INTERACCIÓN DEL NIÑO CON EL MEDIO AMBIENTE QUE LE RODEA.

LA MENTE HUMANA SE DESARROLLA AL MARGEN DE ESTA INTERACCIÓN Y TOMA POSESIÓN DE LA DIRECCIÓN DE LOS TIPOS HEREDADOS DE LA CONDUCTA Y DE LAS FACULTADES MENTALES SUPERIORES.

EL RESULTADO OBTENIDO ES LA CAPACIDAD DEL HOMBRE PARA ALTERAR SU MEDIO AMBIENTE Y ADAPTARLO A SUS NECESIDADES EN VEZ DE TENER QUE ADAPTARSE A ÉL.

EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO, LAS EXPERIENCIAS PERSONALES SON DE SUMA IMPORTANCIA. LA CAPACIDAD PARA RECORDAR Y LA FACULTAD DE ANTICIPACIÓN RELACIONADA CON LA ANTERIOR, TIENE SU COMIENZO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA Y HACEN POSIBLE QUE - LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS INFLUYAN Y HAGAN REACCIONAR A LAS QUE VIENEN MÁS TARDE.

LAS EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS DE LAS PRIMERAS SEMANAS, MESES Y AÑOS DE LA VIDA DEL NIÑO, SON ESPECIALMENTE MUY IMPORTANTES PORQUE PUEDEN AFECTAR LOS VERDADEROS CIMIENTOS BÁSICOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO SOBRE LOS QUE SE EDIFICARÁ EL DESENVOLVIMIENTO ULTERIOR.

EN LA MEDIDA EN QUE SE PRODUCE EL - DESARROLLO, LOS FACTORES PSICOLÓGICOS DESEMPEÑAN UN PAPEL CADA VEZ MAYOR EN LAS INTERACCIONES SUBSIGUIENTES.

EL DESARROLLO PSICOLÓGICO PUEDE SER APRECIADO COMO LA INTERRELACIÓN DE LA CAPACIDAD NATURAL DEL NIÑO Y LOS FACTORES MEDIO-AMBIENTALES.

POR OTRA PARTE LA DOTACIÓN GENÉTICA PROVEE LAS BASES ESENCIALES Y ESTABLECE LOS LÍMITES TANTO PARA EL DESARROLLO SOMÁTICO COMO EL DESARROLLO PSICOLÓGICO PERO LA FORMA EN QUE LAS POTENCIALIDADES DEL NI



NO SON MOLDEADAS, DEPENDEN DE NUESTRO AMBIENTE FÍSICO, SOCIAL Y CULTURAL.

EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD ES -  
COMPENSIBLE COMO UN PROCESO EN EL CUAL FUERZAS BIOLÓGICAS Y CULTURALES SE INTEGRAN Y HACEN POSIBLE QUE EL ORGANISMO FUNCIONE COMO UNA TOTALIDAD. EL NACIMIENTO, LA SEPARACIÓN BIOLÓGICA DEL NIÑO, ES SÓLO EL PRIMER PASO, LA ACTUALIZACIÓN DE POTENCIALIDADES GÉNÉTICAS BAJO LA INFLUENCIA EVOCADORA Y MODELADORA DEL AMBIENTE, EJE DEL DESARROLLO PERSONAL, CONSTITUYE EN VERDAD UN NACIMIENTO CONTINUO.

LOS ESTÍMULOS EXTERNOS DEL MEDIO AMBIENTE, SON DECISIVOS EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.

TODO INDIVIDUO AL NACER CUENTA CON UN EQUIPO BIOLÓGICO HEREDADO CON DETERMINADA PARTICULARIDAD-CARACTERÍSTICA QUE IDENTIFICARÁ SU CONSTITUCIÓN CORPORAL, DE LA QUE SE DERIVA, EN EL PLANO PSICOLÓGICO, EL TEMPERAMENTO, QUE DURANTE TODA SU VIDA VA A IMPRIMIR UN MÁTIZ EMOCIONAL PECULIAR A SUS ACCIONES, A SU CONDUCTA. ESTA ESTRUCTURA BIOLÓGICA MANIFIESTA TENDENCIAS E IMPULSOS INSTINTIVOS HACIA LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES, LO QUE VA A CONSTITUIR MOTIVACIONES BÁSICAS PARA LA CONDUCTA HUMANA.

ESTOS IMPULSOS INSTINTIVOS TENDIENTES A SATISFACER A LA RESOLUCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS - DEL SER, CUYA SATISFACCIÓN DETERMINARIA UNA SATISFACCIÓN- DE BIENESTAR O DE PLACER EN EL NIÑO, PRONTO VA A SUFRIR- LA INFLUENCIA DE EXPERIENCIAS VITALES, MODELADORAS O MODI- FICADORAS DE ELLAS, Y EN OCASIONES INCLUSO OPUESTAS, DE- TERMINADAS POR EL PARTICULAR AMBIENTE SOCIO-CULTURAL QUE- VIVE EN EL SENO DE LA FAMILIA. ES ASÍ COMO LOS IMPULSOS- PRIMITIVOS Y LAS EXPERIENCIAS VITALES, MUCHAS VECES DE CA- RÁCTER NORMATIVO PROPIOS DEL MEDIO SOCIO-CULTURAL Y RECI- BIDOS A TRAVEZ DEL NÚCLEO FAMILIAR, DETERMINAN EL MÁTIZ - DE LA CONDUCTA.

LA PARTICULAR FORMA DE CONDUCTA DEL - NIÑO, Y DEL PROCEDER DE CADA INDIVIDUO, ESE MODO HABITUAL DE SER Y COMPORTARSE, ES LO QUE SE DENOMINA CARÁCTER.

LA TOTALIDAD DEL SISTEMA QUE PERMITE- UN AJUSTE PROPIO E INDIVIDUAL AL MEDIO AMBIENTE, EN LA DI- VERSIDAD DE LAS SITUACIONES, INCLUYENDO TODAS LAS PECULIA- RIDADES SOMÁTICAS O FÍSICAS, ASÍ COMO PSICOLÓGICAS Y SO-- CIALES, ES LO QUE CONSTITUYE LA PERSONALIDAD.

EL TEMPERAMENTO, DERIVADO DE LA CONS- TITUCIÓN CORPORAL SERÁ INVARIABLE, SI ACASO PUEDEN SER MO- DIFICADAS SUS MANIFESTACIONES EXTERNAS POR LAS EXPERIEN-- CIAS; EN TANTO QUE EL CARÁCTER, EXISTIENDO LA POSIBILIDAD

DE NUEVAS EXPERIENCIAS MODELADORAS O NORMATIVAS, SI ES SUSCEPTIBLE DE ALGUNA MODIFICACIÓN, AL IGUAL QUE LA PERSONALIDAD.

LA PERSONALIDAD DESDE UN PRINCIPIO TIENE UNA CUALIDAD EVOLUTIVA; ENTENDIENDOSE POR EVOLUCIÓN TODA MODIFICACIÓN ESTRUCTURAL O FUNCIONAL, QUE PUEDE SER EXPERIMENTADA POR EL ORGANISMO COMO RESPUESTA FRENTE A LOS CAMBIOS DE SU MEDIO EXTERNO O INTERNO. SI ESTA EVOLUCIÓN IMPLICA UN AVANCE O PROGRESO EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL INDIVIDUO AL MEDIO, SE DENOMINA MADURACIÓN, Y SI DEPENDE EN FORMA FUNDAMENTAL, AUNQUE NO EXCLUSIVAMENTE, DE FACTORES HEREDITARIOS SE LE LLAMA DESARROLLO.

DURANTE UNA PRIMER ÉTAPA EL PROGRESO EVOLUTIVO EN LA ADAPTACIÓN DEL INDIVIDUO (NIÑO) A SU MEDIO, DEPENDE FUNDAMENTALMENTE DEL DESARROLLO DE NUEVAS CAPACIDADES, ES DECIR DE LA MADURACIÓN, GENÉTICAMENTE DETERMINADA EN FORMA PRIMORDIAL POR LAS ESTRUCTURAS NERVIOSAS Y ENDÓCRINAS; ELLAS PERMITEN AL INDIVIDUO LA ADQUISICIÓN DE POTENCIALES Y FUNCIONES NUEVAS.

UNA DE LAS MÁS IMPORTANTES TEORÍAS ACERCA DE LA INTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD, ES LA APORTACIÓN DE FREUD. ES UNA TEORÍA DE EXTRAORDINARIO VALOR, SE CONSIDERA UN PILAR EN EL ESTUDIO DE LOS MECANISMOS

NISMOS QUE OPERAN EN LA INTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD.

FREUD FUÉ UN GRAN INVESTIGADOR, QUE A BASE DE SUS OBSERVACIONES SOBRE SUS PACIENTES, Y DE - SI MISMO, SACÓ EN CONCLUSIÓN QUE TODA CONDUCTA ESTÁ GOBERNADA POR DOS PERCEPCIONES. FREUD CONSIDERÓ QUE ESTAS PERCEPCIONES ESTABAN PRESENTES EN TODO INDIVIDUO - DESDE EL MOMENTO DE NACER, Y LES ASIGNÓ EL NOMBRE DE -- "EROS" Y "THÁNATOS". EROS O INSTINTO DE VIDA, ABARCA - TODO ESFUERZO DE SINTESIS CREADORA; UNA EXPRESIÓN DE ES TA PERCEPCIÓN SE VIÓ EN LA URGENCIA DE UNIÓN SEXUAL.

THÁNATOS, LA PERCEPCIÓN AGRESIVA O INSTINTO DE MUERTE, INCLUYE TODO EMPEÑO HACIA LA DESTRUCCIÓN DE SÍ MISMO, O POR ROMPER EL ORDEN, LA FORMA Y LAS REGLAS.

FREUD CONSIDERÓ QUE LA ACTIVIDAD - PSICOLÓGICA AL IGUAL QUE LA ACTIVIDAD FÍSICA CONSUME - ENERGÍA. A LA ENERGÍA DE LA PERCEPCIÓN CREATIVA EROS;- LA LLAMÓ LÍBIDO. NO SUGIRIÓ UN TÉRMINO INDEPENDIENTE - PARA LA ENERGÍA PSICOLÓGICA ASOCIADA SUPUESTAMENTE CON THÁNATOS.

FREUD EXPLICÓ LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES SUGIRIENDO QUE CADA PERSONA MANEJA SUS PERCEPCIONES FUNDAMENTALMENTE DE DIFERENTE MANERA. PARA EXPLICAR ESTAS DIFERENCIAS ESTABLECIÓ INSTANCIAS PSIQUI--

CAS.

EL "ELLO" ES LA PARTE PRIMITIVA E INCONCIENTE DE LA PERSONALIDAD, CONSIDERANDO QUE EL - RECIÉN NACIDO ES FUNDAMENTALMENTE "ELLO", ES DECIR UN CONJUNTO DE IMPULSOS Y TENDENCIAS INSTINTIVAS SIN CONCIENCIA ORGANIZADORA O RECTORA, DERIVADOS DEL PRINCIPIO DEL PLACER. FUNCIONA DE MANERA IRRACIONAL, LOS IMPULSOS EXIGEN SU EXPRESIÓN Y SATISFACCIÓN SIN DETENERSE A CONSIDERAR SI LO QUE SE DESEA ES POSIBLE O MORALMENTE ACEPTABLE.

DURANTE EL DESARROLLO, ESTE "ELLO" SE MODIFICA GRADUALMENTE AL CONTACTO CON EL MUNDO; -- POR LA PRESIÓN DEL MEDIO AMBIENTE SOCIO-CULTURAL SE - SOCIALIZA Y ENTONCES EMPIEZA A SURGIR LENTAMENTE UNA PEQUEÑA REGIÓN DE LA CONCIENCIA, EL "YO" ANTE LA NECESIDAD DE UN AJUSTE MÁS REALISTA FRENTE AL MUNDO.

ESTE "ELLO" SE CARACTERIZA POR - PENSAMIENTOS DE TIPO PRIMARIO CON QUE NOS OCUPAMOS EN NUESTROS SUEÑOS. EN ESTOS PENSAMIENTOS NO VALEN LAS-REGLAS DE LA LÓGICA Y LA REALIDAD; Y SE PUEDE ESTAR - EN DOS LUGARES AL MISMO TIEMPO, O RETROCEDER EN EL - TIEMPO, O HACER CUALQUIER COSA IMPOSIBLE.

EL "YO" Y LA CONCIENCIA NO SON SINONIMOS, PUES UNA PEQUEÑA PARTE DEL "YO" PERMANECE -

CONCIENTE EN FORMA CONSTANTE, EN TANTO QUE OTRA GRAN PARTE DE ÉL SE ENCUENTRA FUERA DE LA CONCIENCIA.

EXISTE UNA PARTE DEL "Yo" QUE ES INCONCIENTE Y QUE PUEDE HACERSE CONCIENTE DIFICILMENTE, - LA CONSTITUYEN SENTIMIENTOS Y EXPERIENCIAS REPRIMIDAS, LOS QUE POR ENCONTRARSE EN TAL SITUACIÓN SE HAYAN EN CONTACTO MÁS INTIMO CON EL "ÉLLO" LIGADO A - SUS FUERZAS, PUDIENDO CONSIDERARSE ESO COMO INTEGRANTE DE EL, DENTRO DEL CONJUNTO AGITADO DE IMPULSOS - QUE LO CONSTITUYEN Y QUE NO PUEDEN HACERSE CONCIENTES DIRECTAMENTE. FREUD CONCIBIÓ AL "ÉLLO" COMO EL DÍNAMO DE LA PERSONALIDAD, EL GENERADOR DE TODA ENERGÍA PSÍQUICA, LA QUE ESTABA INTIMAMENTE ASOCIADA A - LOS PROCESOS ORGÁNICOS O SÓMATICOS EN SU EXPRESIÓN.

EL "SUPER Yo" (SUPER EGO) ES EL RECEPTÁCULO DE LOS VALORES DEL INDIVIDUO, INCLUYENDO SUS - ACTIVIDADES MORALES, CORRESPONDEN A LA CONCIENCIA - QUE SE DESARROLLA CUANDO EL NIÑO, INCORPORA LAS OPINIONES DE OTROS EN EL TIPO DE PERSONAS QUE A ÉL LE - GUSTARIA SER. ASÍ EL "SUPER Yo", EL REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD EN EL INDIVIDUO A MENUDO ESTÁ EN CONFLICTO CON EL "ÉLLO".

POR LAS EXPERIENCIAS VITALES, EL "Yo" - ADQUIERE NORMAS SOCIO-CULTURALES FUNDAMENTALMENTE LO

QUE APRENDE DE LAS IMAGENES PATERNAS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA NIÑEZ. ESTOS PRINCIPIOS SE INCORPORAN Y FORMAN PARTE DE EL "SUPER YO". QUE ES COMO EL "YO" IDEAL, QUE ES EL RESULTANTE DE LA INTROYECCIÓN DE LA FÍGURA DEL PADRE, QUE EJERCE UNA FUNCIÓN DE CRÍTICA Y SENSURA.

EN ESTE MECANISMO EL NIÑO ADOPTA LO POSITIVO, CONSTITUIDO POR LAS CUALIDADES PATERNAS CON LAS QUE EL NIÑO SE IDENTIFICA; Y TAMBIÉN ADOPTA LO NEGATIVO QUE ES O SON LAS FORMAS DE CONDUCTA ADULTAS QUE EL NIÑO INCORPORA COMO BARRERAS PARA ÉL EN SU BUSQUEDA DEL PLACER.

EL "SUPER YO" INCLUYE LOS IDEALES PROPIOS QUE LA PERSONA TIENE DE SÍ MISMO. GRAN PARTE DEL "SUPER YO", PUESTO QUE EL NIÑO LO INCORPORA A SÍ MISMO MUY TEMPRANO, SIN TENER CONCIENCIA DE ELLO, RESULTA SER INCONCIENTE Y POR LO MISMO NO APROVECHADO PARA EL PRINCIPIO DE REALIDAD.

EN LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD EL "YO" - SEGÚN FREUD, OCUPA UNA POSICIÓN EJECUTIVA, CUYA FUNCIÓN CONSISTE EN CONCILIAR LAS FUERZAS DEL "ELLO" Y DEL "SUPER YO" FRENTE A LA REALIDAD DEL MUNDO EXTERIOR.

LOS IMPULSOS ENERGÉTICOS DEL "ELLO" DERIVAN DE LA LIVIDA, INSTINTO DE LA NATURALEZA SEXUAL QUE ENGLQBA TODA SENSACIÓN CORPORAL PLACENTERA.

DE ACUERDO A LA TEORÍA DE FREUD TODO NIÑO, -

TIENE CIERTOS IMPULSOS QUE NO SON ACEPTABLES EN NUESTRA SOCIEDAD Y POR ELLO EN CIERTA MEDIDA UTILIZA MECANISMOS DE DEFENSA. LA CAPACIDAD DEL INDIVIDUO PARA AJUSTARSE EN SU VIDA POSTERIOR SE CREE, ESTÁ DETERMINADA EN GRAN PARTE POR LAS EXPERIENCIAS DE LA NIÑEZ.

SI EN LOS AÑOS DE LA INFANCIA SE HAN REPRI-MIDO CONFLICTOS DOLOROSOS SIN HABERSE RESUELTO ADECUADA MENTE, INFLUYENDO EN LOS PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS Y CONDUCTA DEL INDIVIDUO, PRODUCIENDOLE TENSIÓN EMOCIONAL Y DIFICULTADES EN EL AJUSTE.

OTRO DE LOS PUNTOS DE VISTA DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD ES EL QUE ARGUMENTA QUE EN EL SUSTRATO BIOLÓGICO DEL NIÑO ESTÁ LA INTERACCIÓN CON OTROS SERES HUMANOS Y EN CIERTAS CONDICIONES, LA PERSONALIDAD RESULTARÍA DE LA RELACIÓN ENTRE LAS FUERZAS PERSONALES Y LAS SOCIALES QUE TIENE TODO INDIVIDUO DESDE SU NACIMIENTO.

EL NIÑO DESDE QUE NACE SE VE INFLUÍDO POR ACTITUDES CULTURALES A TRAVÉS DE LOS PADRES U OTRAS FIGURAS SIGNIFICATIVAS.

EL PROCESO DE CULTURACIÓN ES IMPORTANTE, PORQUE EL DESARROLLA CIERTAS NORMAS DE CONDUCTA EN LAS ETAPAS DE LA MADUREZ.



## CAPITULO II.

### PROCESOS DE COMUNICACION HUMANA

DE TODAS LAS CAPACIDADES HUMANAS, LA COMUNICACIÓN VERBAL ES UNA DE LAS MÁS VALIOSAS Y COMPLEJAS, - PARA COMPRENDER LOS NIVELES FUNCIONALES Y ÓPTIMOS DE - LOS SISTEMAS DE COMUNICACIÓN HUMANA, EL ODONTÓLOGO DEBE COMPRENDER LOS ASPECTOS LINGÜÍSTICOS, FISIOLÓGICOS Y - ACÚSTICOS DE LA PRODUCCIÓN DEL LENGUAJE.

Á PESAR DE LA EVIDENTE FACILIDAD CON QUE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS APRENDEN A HABLAR, LA COMUNICACIÓN HUMANA CONSISTE EN PROCESOS MUY COMPLICADOS Y DIFÍCILES:

- A).- PROCESOS DE EXPRESION, O PRODUCCIÓN DE SEÑALES.
- B).- PROCESOS CENTRALES, O INTEGRATIVOS E INTERPRETATIVOS DE SIMBOLOS.
- C).- PROCESOS RECEPTIVOS O DE RECEPCIÓN DE SEÑALES.
- D).- PROCESOS DE INFORMACION SENSORIAL.

LA CAPACIDAD DE HABLAR DE UN MODO CLARO Y - COMPENSIBLE, CONSTITUYE EN NUESTRA SOCIEDAD UN REQUISITO

TO FUNDAMENTAL PARA UNA VIDA ÚTIL Y FELÍZ. SIN ESTA POSIBILIDAD DE COMUNICACIÓN CON NUESTROS SEMEJANTES, NOS VEMOS COARTADOS EN INNUMERABLES ASPECTOS DE NUESTRA EXISTENCIA.- A MEDIDA QUE LA INTERDEPENDENCIA CARACTERÍSTICA DE NUESTRA VIDA COMUNAL Y NACIONAL HA IDO COBRANDO MAYOR DESARROLLO,- EL PAPEL DE LA COMUNICACIÓN DE LAS IDEAS HA ADQUIRIDO MAYOR IMPORTANCIA.

CASI TODOS LOS PADRES ABRIGAN MÁS O MENOS LOSMISMOS DESEOS RESPECTO DE SUS HIJOS. LOS QUIEREN SANOS, -- SIMPATICOS Y FELICES. DESEAN QUE CUENTEN CON EL MAYOR NÚMERO POSIBLE DE LAS VENTAJAS QUE GOZAN OTROS NIÑOS; QUE PQ SEAN ELEMENTOS DE TRABAJO DE SU INTERES, TENGAN ROPAS CQ MODAS PARA EL JUEGO Y LA LABOR, RECIBAN ASISTENCIA MÉDICA- Y ODONTOLÓGICA ADECUADA, Y YA EN EDAD ESCOLAR, DISPONGAN- DE TODOS LOS LIBROS, CUADERNOS, LÁPICES, REGLAS Y TODO LO QUE NECESITAN PARA SUS TAREAS. A VECES RESULTA IMPOSIBLE PROVEER A SUS HIJOS DE TODO LO QUE QUISIERAN OFRECERLES, - Y A VECES, LOS PROGENITORES SE DEPRIMEN DE TAL MANERA, QUE ESTO PUEDE TRAER COMO CONSECUENCIA MUCHOS PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN EN SUS HIJOS.

EL CRECIMIENTO INTELECTUAL DEPENDE MUCHO DE - PROCESOS BIOLÓGICOS INNATOS QUE ESTABLECEN LÍMITES A SU - PLENITUD. AÚN CUANDO UN AMBIENTE INSATISFACTORIO PUEDE IMPEDIR QUE EL NIÑO ALCANCE SU POTENCIAL MÁXIMO, TAMPOCO EL

ESTÍMULO Y LA ENSEÑANZA COMPLEMENTARIA PUEDEN AYUDARLE A CAPTAR IDEAS Y RELACIONES PARA LAS QUE AÚN NO ESTÁ PREPARADO.

LOS NIÑOS DIFIEREN UNOS DE OTROS EN SUS INDICES DE DESARROLLO Y NIVELES DE INTELIGENCIA EN CUALQUIER EDAD DADA, PERO LA SECUENCIA DE LAS ÉTAPAS FORMATIVAS - DEL NACIMIENTO A LA MADUREZ, EL ORDEN EN QUE UNA SIGUE A OTRA, ES EL MISMO PARA TODOS LOS NIÑOS, DESDE EL MÁS OBTUSO AL EXCEPCIONALMENTE DESPIERTO.

LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE SEÑALES, O PROCESOS EXPRESIVOS, COMPRENDEN LENGUAJE HABLADO, ESCRITURA, GESTICULACIÓN Y OTROS SISTEMAS DE COMUNICACIÓN. EL LENGUAJE ES FUNCIÓN ÚNICAMENTE HUMANA. EL DESARROLLO, MADURACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL LENGUAJE ADECUADO DEPENDEN - ENORMEMENTE DE LA INTEGRIDAD DE PROCESOS ESTRUCTURALES, - NERVIOSOS, FISIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y CULTURALES.

LOS ÓRGANOS VOCALES SON: LOS PULMONES, LA - TRÁQUEA, LA LARINGE, QUE ALOJA LAS CUERDAS VOCALES, LA - FARINGE Y LAS CAVIDADES BUCAL Y NASAL. LOS ÓRGANOS ARTICULADORES SON: LABIOS, LENGUA Y PLIEGUES BUCALES QUE - ACTUAN COMO VÁLVULAS O CONTACTOS VALVULARES QUE SE APROXIMAN A LAS SUPERFICIES FIJAS, DIENTES, BORDES ALVEOLARES - Y PALADAR DURO. A LAS ÁREAS QUE SE ENCUENTRAN SOBRE LA

LARINGE SE LES DENOMINA TRACTO VOCAL. LOS AJUSTES Y MOVIMIENTOS DE LOS ORGANOS ARTICULADORES CAMBIAN LAS CÁMARA DE RESONANCIA, Y ASÍ ALTERAN LAS PROPIEDADES ACUSTICAS DEL TRACTO VOCAL.

LOS SISTEMAS NEUROMUSCULARES COORDINAN TODOS LOS MECANISMOS DE COMUNICACIÓN. LA FENOMENOLOGÍA DE PRODUCCIÓN DE LENGUAJE COMPRENDE CUATRO DIVISIONES DEPENDIENTES ENTRE SÍ:

- 1.- RESPIRACION, PRIMERA ÉTAPA EN EL PROCESO DE PRODUCCIÓN DE LENGUAJE. EL FLUJO DE AIRE EXHALADO HACE VIBRAR LAS CUERDAS BUCALES, PASA POR LAS CAVIDADES DE RESONANCIA Y RECIBE FORMA DE SONIDOS DISCRETOS.
- 2.- FONACION, ES EL SEGUNDO PASO EN EL PROCESO DE PRODUCCIÓN DE LENGUAJE. LA FUERZA, O CORRIENTE DE AIRE, SALE DE LOS PULMONES Y LLEGA A LAS CUERDAS BUCALES ALOJADAS EN LA LARINGE.

SE PRODUCE UN ACONTECIMIENTO IMPORTANTE; CON SONIDOS COMO B Y D, LAS CUERDAS BUCALES, VIBRAN, EMITIENDO SONIDOS. ÉSTA ES LA CARACTERÍSTICA QUE LOS DISTINGUE DE SUS EQUIVALENTES MUY

DOS, P Y T,

LAS PAREJAS DE SONIDOS, COMO B Y P Ó D Y T, SE DENOMINAN EQUIVALENTES HOMORGÁNICAS, PORQUE LOS DOS SON PRODUCIDOS APROXIMADAMENTE DE LA MISMA MANERA. LA CARACTERÍSTICA QUE LOS DISTINGUE ES QUE LAS CUERDAS BUCALES ESTÁN VIBRANDO EN B Y NO EN P.

3.- RESONANCIA, ES LA DIVISIÓN QUE DA UNA CUALIDAD DISTINTIVA, O TIMBRE, TÍPICO DE CADA VOZ. EL SONIDO FUNDAMENTAL PRODUCIDO EN LA LARINGE POR LA VIBRACIÓN DE LAS CUERDAS BUCALES NO ES IDENTIFICABLE; POR EJEMPLO LA C MEDIAS DE LA VOZ HUMANA, DE UN SAXOFÓN, UN PIANO O UN VIOLIN NO SON DISTINGUIBLES ENTRE SÍ. AL RESONAR EL TONO GLÚTEO EN LAS ESTRUCTURAS SUPRALARINGEAS EN CONSTANTE CAMBIO (LARINGO-FARINGE, BUCO-FARINGE, NASO-FARINGE, CAVIDAD BUCAL Y CAVIDAD NASAL), LOS SONIDOS EMPIEZAN A TOMAR CARACTERÍSTICAS DISCRETAS COMO P, B, O D, SEGÚN EL TAMAÑO

FORMA Y GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LAS  
DISTINTAS CAVIDADES RESONANTES.

4.- ARTICULACION, LA CUARTA ÉTAPA EN LA -  
SECUENCIA DE PRODUCCIÓN DEL LENGUAJE.  
A LOS ÓRGANOS VOCALES RESPONSABLES DE  
ESTE ACTO SE LES DENOMINA ARTICULADO-  
RES; LOS LUGARES EN DONDE SE MODIFICA  
EL FLUJO DE AIRE PARA PRODUCIR EL LEN-  
GUAJE SE LES DENOMINA VÁLVULAS ARTICU-  
LADORAS. CUANDO LOS ÓRGANOS ARTICULA-  
DORES ASUMEN CIERTA POSICIÓN, PUEDE -  
PRODUCIRSE UN FÓNEMA, O UNIDAD DE SO-  
NIDO, DE MANERA AISLADA. AL COLOCAR-  
EL SONIDO EN EL CONTEXTO, PUEDEN OCU-  
RRIR LIGEROS CAMBIOS EN LAS CARACTE--  
RÍSTICAS ACÚSTICAS Y EN LA POSICIÓN -  
ARTICULADORA POR FONOTÁCTICA, ES DECIR  
LA INFLUENCIA DE TENSIÓN, RITMO, TONO  
E INFLUENCIA DE OTROS FÓNEMAS DISTAN-  
TES O CERCANOS.

LOS ÓRGANOS VOCALES CAPACES DE FORMAR LAS-  
VÁLVULAS ARTICULADORAS CONSTRIÑEN, DETIENEN Y DISMINU-  
YEN EL FLUJO DEL AIRE, PRODUCIENDO ASÍ LOS SONIDOS DEL  
LENGUAJE. EL MECANISMO ARTICULADOR DIRIJE EL FLUJO DE  
AIRE A TRAVEZ DE VARIAS COMBINACIONES DE CAVIDADES RE-

SONANTES EL EMPLAZAMIENTO DE ARTICULADORES, O MECANISMOS DE VÁLVULAS, DA A LOS SONIDOS DEL LENGUAJE NOMBRES TOPOGRÁFICOS: BILABIAL, LABIODENTAL, LINGUODENTAL, LINGUOALVEOLAR, LINGUOPALATINO, LINGUOVELAR, NASAL Y GLOTAL.

ESTA TERMINOLOGÍA DESCRIPTIVA NO EXCLUYE LA POSIBILIDAD DE OTRAS POSICIONES ARTICULADORAS QUE PRODUSCAN SONIDOS ACEPTABLES.

LA INTEGRACIÓN, EL MONITOR INTERNO DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN, CONSISTE EN EL CIFRADO Y DESCIFRADO DE MENSAJES VERBALES Y NO VERBALES. LAS FUNCIONES DE PROCESO CENTRAL ADICIONALES TRATAN DE PERCEPCIONES CONCIENTES, INTEGRACIÓN E INTERPRETACIÓN DE SIMBOLOS, DETERMINACIONES DE SIGNIFICADOS ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES Y MEDIACIONES DE COMPETENCIA LINGÜÍSTICA.

APRENDER A HABLAR DEPENDE EN GRAN PARTE DE LA FUNCIÓN AUDITIVA, LA MAYORÍA DE LOS SERES HUMANOS HABLAN COMO OYEN Y A CAUSA DE HABER OÍDO. SI CARECEN DE FUNCIÓN ADECUADA EN LA VÍA AUDITIVA, LOS NIÑOS PODRÍAN VOLVERSE EXTRAÑOS EN EL SENO DE SUS PROPIAS FAMILIAS, FRACASARÁN EN LA ESCUELA Y FINALMENTE BUSCARÁN AMIGOS TAN SOLO ENTRE OTROS ADULTOS SORDOS. LA MAYORÍA DE LOS ADULTOS QUE SUFREN SORDERA DESDE EL NACIMIENTO, O ANTES DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE, VIVEN COMO UN GRUPO MINORITARIO Y ESTAN DESEM-

PLEADOS O MAL EMPLEADOS POR CARECER DE COMUNICACIÓN EXPRESIVA Y RECEPTIVA FUNCIONAL.

LA RETROALIMENTACIÓN SENSORIAL PUEDE DESCRIBIRSE COMO VIGILANCIA DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL. LA VIGILANCIA PROPIA INCLUYE MECANISMOS AUDITIVOS, VISUALES, TÁCTILES, CINESTESICOS Y PROPIOCEPTIVOS. LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN CUTANEA Y ANESTÉSICA SE DENOMINA A VECES PERCEPCIÓN HÁPTICA.

COMUNICACIÓN IMPLICA LENGUAJE; UN CONJUNTO DE SIMBOLOS QUE DEBEN SER COMPRENDIDOS POR, COMO MÍNIMO DOS PERSONAS; QUIEN LOS ENVÍA Y QUIEN LOS RECIBE. EL LENGUAJE PUEDE EXPRESARSE EN FORMA ANALÓGICA O DÍGITAL. LOS CÓDIGOS DIGITALES EMPLEAN SÍMBOLOS ARBITRARIOS ORALES Y GRÁFICOS; LOS CÓDIGOS ANALÓGICOS LOGRAN COMUNICACIÓN POR MEDIO DE OBJETOS, DIBUJOS, MOVIMIENTOS Y DEMÁS ESTÍMULOS NO VERBALES.

EN LAS PRIMERAS ÉTAPAS DE LA VIDA, EL NIÑO APRENDE A INTERPRETAR EXPRESIONES NO VERBALES, HOSTILES O AFECTUOSAS POR LA MANERA EN QUE LO TOCAN, ALIMENTAN, BAILAN O CAMBIAN DE PAÑALES. A SU VEZ PUEDE TRANSMITIR MENSAJES NO VERBALES. LAS DEMOSTRACIONES VERBALES CONSCIENTES DE AFFECTO PUEDEN FÁCILMENTE SER CONTRADICHAS POR RECHAZO INCONSCIENTE DEMOSTRADO POR GESTOS, EXPRESIONES FACIA-



LES, POSTURA, MOVIMIENTOS U OTROS MEDIOS NO VERBALES.

LA ODONTOLOGÍA ESTÁ REPLETA DE CLAVES NO VERBALES; SE EMPLEAN GESTOS PARA MOSTRAR AL NIÑO DÓNDE DEBE SENTARSE; LA DEMOSTRACIÓN FACILITA LA ABERTURA Y ENJUAGE DE LA BOCA; LOS SONIDOS DEL EQUIPO DENTAL PUEDEN ATEMORIZAR SI NO VAN ACOMPAÑADOS DE EXPLICACIONES VERBALES O DEMOSTRACIONES ANALÓGICAS; SE EMPLEAN IMÁGENES PICTOGRÁFICAS EN FORMA DE RADIOGRAFÍAS PARA REGISTRAR CARIES; Y EN LA CAVIDAD BUCAL PERMANECEN HUELLAS DEL LENGUAJE DE ACCIÓN AL RESPIRAR, CON PRESIONES LINGUALES, AL MORDERSE LAS UÑAS, SUCCIONAR EL PULGAR O ALGÚN OTRO OBJETO, Y AL REALIZAR BRUXISMO.

EL LENGUAJE DE OBJETOS Y COLORES PUEDE INDUCIR MIEDO SI EL ODONTÓLOGO NO TIENE LA HABILIDAD DE MANTENER OBJETOS Y EVIDENCIAS DE SANGRE FUERA DEL ALCANCE VISUAL DEL PACIENTE. CIERTOS NIÑOS PUEDEN CONDICIONARSE A BATAS BLANCAS Y RELACIONARLAS CON EXPERIENCIAS DESAGRADABLES.

SE EMPLEAN REPRESENTACIONES DIGITALES PARA HABLAR, LEER, ESCRIBIR Y PARA LAS MATEMÁTICAS. LAS ADAPTACIONES ESPECIALES COMPRENDEN DELETREADO DIGITAL PARA LOS SORDOS, Y EL SISTEMA BRAILLE PARA LOS CIEGOS. LAS CODIFICACIONES DIGITALES COMERCIALES Y MILITARES COMPRENDEN EL CÓDIGO MORSE Y ALFABETOS DE BANDERAS Y LUCES. LOS SÍMBOLOS DIGITALES SE COMBINAN PARA FORMAR PALABRAS, FRASES Y ORACIO--

NES, TODAS ELLAS SOMETIDAS A REGLAS LÓGICAS; SINTAXIS Y GRAMÁTICA. ESTAS COMBINACIONES PROPORCIONAN A LOS SERES HUMANOS SISTEMAS DE COMUNICACIÓN CAPACES DE TRANSMITIR IDEAS - ABSTRACTAS, INTERPRETANDO DETALLES NO VERBALES Y ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DE LAS CULTURAS.

PERO LA COMPRESIÓN DE LA COMUNICACIÓN HUMANA QUE ESTÁ BASADA SÓLO EN LO QUE PUEDA DESCUBRIRSE SOBRE - LOS INDIVIDUOS ESTÁ DESTINADA A SER INCOMPLETA.

LA COMUNICACIÓN ES AL MISMO TIEMPO, UNA DE - LAS INVENCIONES DEL HOMBRE MÁS MOLESTA Y MÁS EFICACES.

POR UN LADO, LOS PROBLEMAS MÁS DIFÍCILES DE LA EXISTENCIA HUMANA ESTÁN CAUSADOS POR LA COMUNICACIÓN O - AGRAVADOS POR LA FALTA DE COMUNICACIÓN; PERO, POR OTRO LADO, LA COMUNICACIÓN ES EL FLUÍDO QUE ANIMA Y VIVIFICA LA EXPERIENCIA HUMANA. NUESTRA CAPACIDAD DE COMUNICAR Y MANIPULAR SIGNIFICADOS, POR MEDIO DE LA CONDUCTA SIMBÓLICA, ES UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS QUE NOS DISTINGUEN DE LOS ANIMALES.

LA MAYOR PARTE DE LA COMUNICACIÓN SE EFECTÚA POR MEDIO DEL LENGUAJE, MEDIO QUE CONSISTE EN SISTEMAS COMPARTIDOS DE RESPUESTAS VERBALES, SOCIALIZADOS Y SIMBÓLICOS. EL LENGUAJE HACE POSIBLE TODOS LOS PROCESOS COGNOSCITIVOS, - INCLUSO EN LA PERCEPCIÓN, Y TIENE UN EFECTO SIGNIFICATIVO - SOBRE ELLOS.

LA COMUNICACIÓN PUEDE TAMBIÉN TRANSMITIRSE A TRAVÉS DE ACCIONES INTERPERSONALES DIRECTAS, COMO SON: GOLPES, CARICIAS O POR MEDIO DE GESTOS QUE TIENEN UN SIGNIFICADO SIMBÓLICOS, PERO EL LENGUAJE, EN UNA FORMA U OTRA, ES EL CAMINO PRINCIPAL DE LA TRANSACCIÓN SOCIAL.

LA COMUNICACIÓN ES UNO DE LOS LOGROS BIO-SOCIALES MÁS COMPLEJOS DEL ORGANISMO HUMANO. DESTRESAS DE COMUNICACIÓN RETRASADAS Y DESORDENADAS A MENUDO PRONOSTICA MADURACIÓN PERSONAL DEFECTUOSA Y MAL DESARROLLO SOCIAL, POCO APROVECHAMIENTO EDUCACIONAL Y RESTRINGIDAS OPORTUNIDADES VOCACIONALES.

TODAS LAS ÁREAS DEL CRECIMIENTO, INCLUYENDO, ARTICULACIÓN DE SONIDOS Y LENGUAJE, ESTÁN SUJETAS A VARIACIONES INDIVIDUALES. LAS ESCALAS CRONOLÓGICAS PARA CONDUCTA-EXPRESIVA, ADAPTATIVA, MOTORA Y PERSONAL SOCIAL ES COMO SIGUE: A LAS CUATRO SEMANAS DE NACIDO, EL NIÑO EMITE LEVES-SONIDOS GUTURALES, CONTEMPLA LO QUE LE RODEA, SIGUE CON LOS OJOS DE MANERA RESTRINGIDA, LA CABEZA NO ESTÁ FIRME, PUEDE-CERRAR LOS PUÑOS, MIRA LOS ROSTROS DE LAS PERSONAS. A LAS DIESEISEIS SEMANAS DE NACIDO, EL NIÑO HACE RUIDOS, RIE, VOCALIZA SOCIALMENTE, SIGUE FÁCILMENTE CON LOS OJOS CUALQUIER COSA QUE ESTE CERCA DE ÉL, SOSTIENE OBJETOS CON SUS MANOS, LA CABEZA LA TIENE FIRME, TIENE POSTURAS SIMÉTRICAS, JUEGA-CON SUS MANOS Y SUS VESTIDOS, RECONOCE SU BIBERÓN. A LAS -

VEINTIOCHO SEMANAS DE NACIDO, EMITE SONIDOS, VOCALIZA SU ANSIEDAD, ESCUCHA SUS PROPIAS VOCALIZACIONES, TRANSFIERE DE UNA MANO A LA OTRA LOS OBJETOS, SE SIENTA, INCLINANDOSE HACIA ADELANTE Y APOYANDOSE EN LAS MANOS, JUEGA CON SUS PIES Y CON JUGETES, SE VUELVE ANSIOSO EN SITUACIONES DE ALIMENTACIÓN. A LAS CUARENTA SEMANAS DICE UNA PALABRA, ESCUCHA CUANDO ALGUIEN PRONUNCIABA SU NOMBRE, SE SIENTA SOLO, SE ARRASTRA, SE ALIMENTA A SÍ MISMO CON ALGUNA GALLETA, ETC., ... AL AÑO DE NACIDO, DICE VARIAS PALABRAS, CAMINA CON AYUDA, COOPERA AL VESTIRSE. AL AÑO Y MEDIO, YA EMPIEZA A IDENTIFICAR DIBUJOS, LOS IMITA CON CRAYONES, CAMINA SIN CAERSE, USA CUCHARA SIN DERRAMAR EN EXCESO. A LA EDAD DE CINCO AÑOS, HABLA SIN ARTICULACIÓN INFANTIL, PREGUNTA ¿PORQUE?, CUENTA LOS NÚMEROS, SALTA, SE VISTE SIN AYUDA.

LOS NIÑOS SON GENERALMENTE MÁS LENTOS QUE LAS NIÑAS EN LOGRAR LA MADUREZ DE LENGUAJE. SI TIENEN HERMANOS MAYORES QUE HABLAN MEJOR QUE ELLOS, LOS NIÑOS MÁS JOVENES PUEDEN NO TENER OPORTUNIDAD ADECUADA DE PRACTICAR SUS TÉCNICAS DE EXPRESIÓN. ANOMALIAS ESTRUCTURALES, DEFECTOS NEUROLÓGICOS, ENFERMEDADES, TRAUMATISMOS Y FALTA DE OPORTUNIDAD DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL, PUEDE RETRASAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL LENGUAJE Y LA ARTICULACIÓN DE SONIDOS,

ACTUALMENTE, LOS NIÑOS RECIBEN MULTITUD DE INFORMACIÓN DE LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN. RECIBEN ENORMES ESTÍMU

LOS AUDITIVOS Y VISUALES, QUE POR SI SOLOS, NO DAN OPORTUNIDAD DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL. EL SUMINISTRO DE INFORMACIÓN MASIVA POR LA RADIO Y LA TELEVISIÓN HA CREADO UNA CIVILIZACIÓN MODERNA DE TROVADORES. LA INFORMACIÓN SOBRE ASUNTOS MUNDIALES PUEDE DAR UN SENTIDO DE RESPONSABILIDAD, UN SENTIMIENTO DE ANSIEDAD Y CONCIENCIA DE LOS ACONTECIMIENTOS ACTUALES, PERO LOS JOVENES OYENTES NECESITAN ALGO MÁS QUE SOLO ESCUCHAR, NECESITAN HACER PREGUNTAS Y EXPRESAR SUS PENSAMIENTOS. ESTA PRÁCTICA DE COMUNICACIÓN MULTIPERSONAL SOLO PUEDE LOGRARSE CON LA AYUDA DE LOS PADRES, MAESTROS, HERMANOS MAYORES Y NIÑOS DE SU EDAD.

MUCHOS DE LOS TRANSTORNOS DE LA COMUNICACIÓN EN LOS ADULTOS PODRÍAN EVITARSE O ALIVIARSE PARCIALMENTE POR TRATAMIENTOS ADECUADOS EN LA NIÑEZ.

ESTOS TRANSTORNOS NORMALMENTE REQUIEREN UNA EVOLUCIÓN TOTAL Y CUIDADOS INTENSIVOS DE DOCTORES EN MEDICINA, ODONTÓLOGOS Y ESPECIALISTAS EN TRANSTORNOS DE LA ARTICULACIÓN, DEL LENGUAJE Y LA AUDICIÓN.

## CAPITULO III.

### EL ODONTOPEDIATRA Y EL NIÑO.

LA MAYORÍA DE LOS QUE ELIGEN EL CAMPO DE LA ODONTOPEDIATRÍA LO HACEN A CAUSA DE QUE LES GUSTAN LOS NIÑOS Y LES PLACE TRABAJAR CON ÉSTOS.

SI EL DENTISTA QUIERE REALIZAR ALGÚN TRABAJO DENTAL SATISFACTORIO, TIENE QUE CONTAR CON UNA COOPERACIÓN TOTAL DEL NIÑO, DE AHÍ QUE LA PREPARACIÓN QUE SE PROPORCIONE AL NIÑO ANTES DE SOMETERLO A UN TRATAMIENTO DENTAL, SERÁ VITAL PARA QUE SE LOGRE UNA ADECUADA ADAPTACIÓN, CON EL ODONTOPEDIATRA Y CON EL MEDIO QUE ENCONTRARÁ A SU ALREDEDOR, ESTÓ SI ES SU PRIMERA EXPERIENCIA DENTAL, PUEDE TENER REPERCUSSIONES FUTURAS, SI NO ES ATENDIDO CORRECTAMENTE.

ES AGRADABLE OBSERVAR QUE LA GRAN MAYORÍA DE LOS NIÑOS QUE LLEGAN AL CONSULTORIO PARA TRABAJOS DE CORRECCIÓN PUEDEN CLASIFICARSE COMO BUENOS PACIENTES. TAMBIÉN ES CIERTO QUE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS LLEGAN AL CONSULTORIO CON ALGO DE APRENSIÓN Y MIEDO, PERO, COMO MUESTRA DE EXPERIENCIA CLÍNICA, PUEDEN CONTROLAR ESTOS TEMORES SI LOS RACIONALIZAN. UN NÚMERO RELATIVAMENTE PEQUEÑO-

DE NIÑOS DE CUALQUIER EDAD, POR MIEDO PROVOCADO EN CASA O POR ACTITUDES DEFECTUOSAS DE LOS PADRES O COMPAÑEROS DE LA ESCUELA, NO SE ADAPTARON A LA RUTINA Y A LAS MOLESTIAS QUE ACOMPAÑAN A LOS TRATAMIENTOS DENTALES, ES EN CASOS COMO ESTOS EN DONDE EL ODONTOPEDIATRA TIENE QUE REALIZAR CON MUCHA HABILIDAD Y PACIENCIA TODOS SUS CONOCIMIENTOS.

SI ACEPTAMOS QUE LA SALUD ES UN PROCESO ACTIVO-DEL SER HUMANO EN VIRTUD DEL CUAL ÉSTE TRATA DE MANTENER SU ARMONÍA PSICOFÍSICA EN EQUILIBRIO DINÁMICO CON LA CIRCUNSTANCIA NATURAL Y SOCIO-CULTURAL EN QUE CADA PERSONA TRASCURRE Y QUE DEBEMOS INTERPRETAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO, NO SÓLO COMO LA ADECUADA EVOLUCIÓN DE SU ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA, ESTAMOS OBLIGADOS A VER EN NUESTRO PACIENTE NIÑO, ALGO MÁS QUE SUS DIENTES. NO DEBEMOS ELUDIRLE COMO PERSONA TOTAL PORQUE ASÍ ENFRENTA LA SITUACIÓN ODONTOLÓGICA.

PENSAMOS QUE CENTRAR LA ATENCIÓN SOLAMENTE EN EL PROBLEMA DENTARIO ES INADECUADO. PORQUE ADEMÁS DE LA INFORMACIÓN QUE EL NIÑO TIENE DE LO QUE PASA CON SUS DIENTES, TAMBIÉN PIENSA EN EL ODONTÓLOGO Y SUS PROCEDIMIENTOS Y LO QUE ES MUY IMPORTANTE, SIENDE SOBRE LO QUE LE SUCEDE O LE VA A SU CEDER.

POR ESO ES IMPORTANTE LA ACTITUD QUE CADA ODONTOPEDIATRA ADOPTE COMO PROFESIONAL EN LAS VÍASITAS QUE HACEN,-

EL NIÑO Y SUS PADRES AL CONSULTORIO PARA SU ATENCIÓN DENTAL, - DE ESTA ACTITUD DEPENDERÁ PARA BIEN O PARA MAL, LA RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS SUBYACENTES INDIVIDUALES; QUE NOS PONDRÁN-FRENTE A ELLOS COMO ADULTOS SIGNIFICATIVOS, RESPETADOS Y ESTI-MADOS.

### AMBIENTE DEL CONSULTORIO DENTAL.

EL ASPECTO QUE PRESENTE EL CONSULTORIO DENTAL, ES DE VITAL IMPORTANCIA, PARA QUE EL PACIENTE DESDE EL MOMEN-TO QUE LLEGA SE SIENTA EN UN AMBIENTE TRANQUILO Y AGRADABLE, - EN EL CASO DE UN CONSULTORIO DENTAL DEDICADO AL TRATAMIENTO - DE NIÑOS, SE TIENE QUE CREAR UNA ATMÓSFERA FAMILIAR, LO MÁS PARECIDO AL AMBIENTE NATURAL DEL NIÑO.

SE DEBE DAR UNA DECORACIÓN QUE DESCRIBA SITUA-CIONES, COMO UN CIRCO, UNA CASA PEQUEÑA, EL OESTE; ESTO LE DÁ UN TOQUE CÁLIDO Y DE FANTASÍA AL CONSULTORIO, Y TIENDE A DES-VANECER LOS TEMORES DEL NIÑO AL LLEGAR. UNA PECERA ES SIEM-PRE UNA FUENTE DE ENTRETENIMIENTO Y PUEDE ESTAR EN LA SALA DE RECEPCIÓN Ó EN LA DE TRATAMIENTO, ESTO HACE QUE EL NIÑO DIS--TRAIGA SU ATENCIÓN Y NO PIENSE EN LO QUE SE LE VA A HACER, - UNA MÚSICA APENAS AUDIBLE Y RELAJANTE EN LA SALA DE RECEPCIÓN, TIENE EFECTOS RECONFORTANTES EN LOS PADRES Y EL NIÑO, ESTA HA-CE DESAPARECER LA FRIALDAD QUE A MENUDO SE SIENTE EN UNA HABI-TACIÓN SILENCIOSA.



TAMBIÉN EN EL ÁREA QUE SE ASIGNE A LA OFICINA, SE DEBE TENER JUEGOS Y ALGUNAS ATRACCIONES PARA QUE EL NIÑO - SE ENTRETENGA Y SE RELAJE, SE PROCURARÁ TENER LECTURA ADECUADA PARA LOS NIÑOS Y LOS PADRES.

EN ALGUNOS CONSULTORIOS DISIMULADOS, POR TENER ASPECTO DE ALGÚN SALON DEL OESTE Ó UNA NAVE ESPACIAL, ES EN - ALGUNOS CASOS TAREA DIFÍCIL TRANSPORTAR AL NIÑO DE UNA EXPERIENCIA IMAGINARIA A LA VERDADERA CAUSA DE LA VISITA A ESE LUGAR, SE TIENE QUE AYUDAR AL NIÑO A ACEPTAR QUE SOLO ES UNA - FANTASÍA CREADA, Y ACEPTE EL TRATAMIENTO DENTAL.

SEGÚN DONALD, LA SALA DE RECEPCIÓN ES MUY IMPORTANTE, POR QUE EL PRIMER IMPACTO QUE RECIBIRÁ EL NIÑO Y - SUS PADRES, SE DÁ AHÍ, ESTA DEBERÁ TENER UN AMBIENTE GRATO Y SOBRIO, DEBERÁ TENER APARTE DE LOS SILLONES DE ESPERA PARA - LOS PADRES, SILLITAS Y MESITAS PARA LOS NIÑOS, DEBE TENER UNA BUENA ILUMINACIÓN, LAS PAREDES PROCURAR PINTARLAS DE COLORES - SUAVES, COMO EL CREMA, VERDE LIGERO Ó AZUL; ESTO PROVOCA UNA SENSACIÓN DE TRANQUILIDAD, TAMBIÉN PROCURAR TENER CUADROS COLGADOS EN LAS PAREDES, QUE LLAMEN LA ATENCIÓN DEL NIÑO Y LO - DISTRAIGA.

ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA EL QUE EL EQUIPO - DE TRABAJO, FUNCIONE CON LA MÁXIMA EFICACIA, PORQUE SÍ SE ENCUENTRA EN MALAS CONDICIONES Y FALLA EN EL MOMENTO EN QUE SE

ESTE ATENDIENDO ALGÚN PACIENTE, PRODUCE CIERTO DESCONCIERTO EN EL NIÑO Y ESTO HACE QUE EL PACIENTE PIERDA LA CONFIANZA EN EL OPERADOR.

## PERSONAL AUXILIAR.

OTRA DECISIÓN IMPORTANTE DEL ODONTOPEDIATRA, ES SELECCIONAR A SU PERSONAL AUXILIAR. ES NECESARIO QUE EL NIÑO TENGA CONFIANZA CON TODAS LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EN EL CONSULTORIO DENTAL.

POR LO GENERAL CON QUIEN PRIMERO SE PONE EN CONTACTO, EL NIÑO, AL LLEGAR AL CONSULTORIO, ES EL ASISTENTE DENTAL. DE ESTE PRIMER ENCUENTRO DEPENDE GRAN PARTE DE LA RESPUESTA POSITIVA DEL PEQUEÑO, QUIEN CAPTARÁ LA ACTITUD ESPONTÁNEA Y GENUINA CORDIALIDAD, LO MISMO QUE LA SONRISA DE COMPROMISO, EL DESGANO, EL TONO SECO Y POCO AMABLE. POR ESO, QUIEN VA A COLABORAR CON NOSOTROS EN LABOR TAN IMPORTANTE, ADEMÁS DE GRATA PRESENCIA DEBERÁ POSEER MADUREZ EMOCIONAL. NO PODEMOS PRETENDER COMO AYUDANTE A UN EXPERTO EN PSICOLOGÍA INFANTIL; ES SUFICIENTE UNA PERSONA QUE QUIERA A LOS NIÑOS, SE VINCULE POSITIVAMENTE CON ELLOS POR MECANISMOS INMEDIATOS E INSTINTIVOS, Y ESTÉ INSTRUIDO PARA NO USAR NINGÚN TIPO DE AMENAZAS Y PARA QUE EN ALGÚN MOMENTO DE

TERMINADO PUEDA CONTESTAR ADECUADAMENTE ALGUNA PREGUNTA QUE LE FORMULE EL NIÑO.

SE CONSIDERA INCONVENIENTE DEMASIADA FAMILIARIDAD CON EL NIÑO EN LAS PRIMERAS VISITAS, PORQUE ESTE DESCONFIA DE LAS EXCESIVAS DEMOSTRACIONES DE AFECTO POR PARTE DE UNA PERSONA DESCONOCIDA, REPRESENTANTE ANTICIPADO DE UN MOMENTO QUE - IMAGINA DESAGRADABLE,

## CAPITULO IV.

### HISTORIA CLINICA.

LA HISTORIA CLÍNICA DEBE LLENAR CIERTOS REQUISITOS PARA HACERLA PRÁCTICA, ÚTIL Y ACTUAL, DEPENDE EN GRAN PARTE DE LO COMPLETA QUE TENGAMOS NUESTRA HISTORIA CLÍNICA PARA SOLUCIONAR CUALQUIER EMERGENCIA EN CASO QUE SE NOS PRESENTE. ÉSTA DEBE SER ALGO VIVO, INTEGRADO AL TRATAMIENTO Y NO UN SIMPLE INTERROGATORIO, CON PREGUNTAS EN ALGUNOS CASOS INÚTILES.

SE LE DEBE DAR UNA GRAN IMPORTANCIA A LA HISTORIA CLÍNICA, PORQUE EN ALGUNOS CASOS SE HA TRANSFORMADO EN UN HÁBITO Y SE LLENA RUTINARIAMENTE VOLCANDO SOBRE EL PAPEL NOCIONES ESTEROTIPADAS Y DE ESCASA UTILIDAD. CUANDO REALICEMOS LA HISTORIA CLÍNICA DEBEMOS TENER EL TIEMPO SUFICIENTE PARA ESCUCHAR CON ATENCIÓN, Y PODER OBSERVAR DETENIDAMENTE A NUESTRO PACIENTE, PARA ASÍ PODER ELABORAR UN BUEN PLAN DE TRATAMIENTO - QUE AL FINAL NOS LLEVA A ELABORAR UN BUEN TRABAJO DENTAL.

EL INTERROGATORIO (QUE DEBEMOS PREFERIR AL CUESTIONARIO IMPRESO QUE MUCHOS ODONTÓLOGOS SUGIEREN PARA QUE LA MADRE LLENE EN LA SALA DE RECEPCIÓN), ES REALMENTE UN ARTE, PERO TIENE PRINCIPIOS Y MÉTODOS QUE SERÍAN INDISPENSABLES AL PROFESIONAL CONOCER Y MANEJAR ADECUADAMENTE, PARA EVITAR SITUACIONES

NES DIFÍCILES, MUY FACTIBLES CUANDO SE COMETEN INDISCRECIONES POR UNA MALA SISTEMATIZACIÓN DE NUESTRAS PREGUNTAS. LAS PRIMERAS PREGUNTAS QUE DEBEMOS HACER ES LA EDAD, EL NOMBRE DEL PACIENTE, Y DE LOS PADRES Y HERMANOS, DESPUÉS ENTRAMOS DE LLENO AL INTERROGATORIO. EN PRIMER TÉRMINO NOS DEBE DE INTERESAR - EL MOTIVO POR EL CUAL ASISTE A LA CONSULTA, MUCHAS DE LAS VECES, POR LA MANERA DE LA MADRE DE EXPRESAR LA RAZÓN POR LA CUAL TRAE A SU HIJO A LA CONSULTA, PUEDE CONOCERSE SU COEFICIENTE DE INTELIGENCIA ODONTOLÓGICA. PARTIENDO DE ESTA BASE, DEBEMOS ORIENTAR NUESTRO INTERROGATORIO, SIEMPRE MOSTRANDO - AMABILIDAD HACIA LOS PADRES Y PROCURANDO ACLARAR TODAS LAS DUDAS QUE PRESENTEN.

UNA VEZ QUE SE ACLARÓ LO RELACIONADO A LA VISITA AL CONSULTORIO, SE PASA A LA HISTORIA MÉDICA; ¿VISITA PERIÓDICAMENTE AL MÉDICO?, ¿VE UN MÉDICO GENERAL O UN PEDIATRA?, ¿COMO SON SUS RELACIONES CON ÉL?, ¿QUE ENFERMEDADES HA PADECIDO?, ¿A QUE EDADES?, ¿QUE TIPO DE TRATAMIENTO LLEVO?, ¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?, ¿COMO REACCIONO DESPUÉS?, - ¿QUE TIPO DE INTERVENCIÓN FUÉ?, ¿FUÉ INTERNADO EN ALGÚN HOSPITAL?, ¿PORQUE?, ¿CUANDO?.

ES FUNDAMENTAL CONOCER LAS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS, LAMENTABLEMENTE FRECUENTES, COMO SON LAS AMIGDALECTOMIAS, LAS CUALES TIENEN UN INNEGABLE SIGNIFICADO PSICOEMOCIONAL. ¿SABÍA EL NIÑO QUE LE IBAN A OPERAR?, ¿HUBO ALGÚN TIPO

DE PREPARACIÓN PREVIA?, ¿QUE TIPO DE ANESTESIA SE UTILIZÓ?,  
¿HUBO COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS?,

ES IMPORTANTE SUBRAYAR CON ROJO, O SEÑALAR -  
CON LECTURAS MAYUSCULAS, SI EL PACIENTE ES ALERGICO A ALGÚN  
TIPO DE MEDICAMENTO Ó ANESTESICO, TAMBIÉN SI ESTÁ EN ALGÚN-  
TRATAMIENTO MÉDICO Y LA CAUSA DE ESTE. TAMBIÉN DEBEMOS IN-  
TERROGAR HACERCA DE SUS VACUNAS, SI NO TIENE ALGÚN PROBLEMA  
PSICOLÓGICO O SI SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO.

DURANTE ESTA CONVERSACIÓN PODREMOS CONOCER -  
LAS REACCIONES DEL NIÑO, ALGUNAS VECES ESTÉ SE ENCUENTRA EN  
BRAZOS DE SU MADRE FUERA DEL SILLÓN DENTAL Y SIN INSTRUMEN-  
TAL CERCA. SI VEMOS QUE EL NIÑO PRETENDE ACERCARSE AL SI--  
LLÓN DENTAL O A CUALQUIER PARTE DEL EQUIPO DENTAL, LE EXPLI-  
CAMOS PARA QUE ES Y COMO FUNCIONA, Y PODEMOS EXAMINARLO.

NUESTRO EXÁMEN CLÍNICO COMIENZA, DESDE EL MO-  
MENTO EN QUE EL NIÑO ENTRA AL CONSULTORIO, DEBEMOS OBSERVAR  
SU ASPECTO, SU ESTADO FÍSICO Y ANIMICO, TENDREMOS ASÍ LA IM-  
PRESIÓN DE SI ES UN CHICO SALUDABLE O ENFERMIZO, DÉBIL O RO-  
BUSTO. TAMBIÉN ES IMPORTANTE QUE OBSERVEMOS LA CARA DEL NI-  
ÑO PARA VER SI NO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE OCLUSIÓN Ó ALGÚN-  
HÁBITO (COMO CHUPA DEDO, RESPIRADOR BUCAL, ETC.).

DEBEMOS TAMBIÉN OBSERVAR LOS LABIOS, REGIS--  
TRAR SU NIVEL, SU TONO, SU VOLUMEN, LOS FRENILLOS, LAS EN--

CIAS PARA APRECIAR EL GRADO DE LIMPIEZA DENTAL, LA MUCOSA DE LOS CARRILLOS, LA LENGUA.

CONVIENE MOSTRAR A LOS PADRES CADA DETALLE DE LA BOCA DEL NIÑO, PARA QUE CONOSCA LOS PROBLEMAS QUE PRESENTA SU HIJO. NO CONFIEMOS EN AQUELLO, APARENTEMENTE HALAGADOR, DE "NO DOCTOR, YO NO ENTIENDO. LO DEJO EN SUS MANOS, HAGA LO NECESARIO".

ES INDISPENSABLE DESPUÉS DE CUALQUIER TRATAMIENTO, ANOTARLO EN LA HISTORIA CLÍNICA Y MOSTRARLO A SUS PADRES.

#### CONSIDERACIONES, RESPONSABILIDAD, HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL OPERADOR.

NO SE DEBE OLVIDAR QUE TODO NIÑO ES EL ACTOR DE UNA REPRESENTACIÓN TEATRAL; CADA FRASE O HECHO SÓLO SON INTERPRETADOS COMO PARTE DE SU PAPEL GLOBAL, Y ÉSTE CARECE DE SIGNIFICACIÓN, SI NO CONSTITUYE UNA PARTE INTEGRAL DEL DRAMA TOTAL; ESTE PAPEL FUÉ DEPOSITADO EN SUS MENUDAS MANOS MUCHO ANTES DE QUE EL NIÑO SUBIERA AL TABLADO. MESES ANTES DE QUE NACIERA, LOS PADRES Y FAMILIARES, MANIFESTARON SU ESPERANZA DE QUE SERÍA NIÑO O NIÑA SEGÚN EL CASO, SIN GUARDARLE LA CONSIDERACIÓN DE ESPERAR SU LLEGADA ANTES DE DECIDIR EL

PAPEL QUE DEBÍA INTERPRETAR, EN REALIDAD, SU PAPEL SE REMONTA MUCHO MÁS ATRAS, A LOS SUEÑOS, LAS TRAGEDIAS Y LOS TRIUNFOS - DE LOS PRIMEROS AÑOS DE SUS PADRES.

LOS NIÑOS COMO ACTORES, DIFIEREN EN GRAN MANERA EN EL MODO DE COMPORTARSE EN SU PAPEL. MUCHOS CON UNA CÓMODA SEGURIDAD ACEPTAN EL DESEMPEÑO DE SU PAPEL QUE SE LES HA ASIGNADO, NO POCOS SON TRÁGICAMENTE INEPTOS PARA EL PAPEL QUE SE LES HA DESIGNADO: DEMASIADO INTELIGENTES, DEMASIADO ATRASADOS, DEMASIADO INDIVIDUALISTAS, DEMASIADO SUBORDINADOS, DÉBILES PARA LA LUCHA DIARIA, O AUDACES EN EXTREMO PARA SU PAPEL - QUE REQUIERE DOCILIDAD, DE SEXO EQUIVOCADO (SI SON NIÑAS DEMASIADO HOMBRUNAS, O POR EL CONTRARIO SI SON NIÑOS DEMASIADO FEMENINOS).

ALGUNOS NIÑOS VAN CONSTANTEMENTE A TIENTAS, - TRATANDO DE HALLAR EN SU CONFUSIÓN EL SENTIDO DE SUS PAPELES, MIENTRAS QUE OTROS, COMO SIGUIENDO UN RITMO, CRECEN, VAN A LA ESCUELA, TRABAJAN, SE CASAN, TIENEN HIJOS, REUNEN FORTUNA Y - MUEREN SIN LLEGAR A TENER SIQUIERA LA IDEA MÁS LIGERA DEL POR QUE DE TODO ELLO.

EL ODONTOPEDIATRA DEBE COMPRENDER BIEN ESTAS COSAS Y PROBAR CUIDADOSAMENTE LA CAPACIDAD QUE POSEE EL NIÑO PARA DESEMPEÑAR EL PAPEL QUE SE LE HA DESIGNADO.

CUANDO EL ODONTÓLOGO TRATE A LOS NIÑOS, DEBE



SER REALISTA Y RAZONABLE, NO DEBE CONDENARSELE PORQUE ESTÉ ASUSTADO, DEBEMOS PONERNOS EN SU LUGAR Y SER COMPRENSIVOS, ADEMÁS SE DEBEN RESPETAR SUS EMOCIONES. DEBE DARSELE AL NIÑO OPORTUNIDAD DE PARTICIPAR EN LOS PROCEDIMIENTOS, SE PUEDE SOSTENER EL ALGODON O EL ESPEJO, Ó AYUDAR EN ALGUNA-OTRA COSA MÁS IMPORTANTE; EL NIÑO SENTIRÁ QUE ES PARTE DEL SERVICIO QUE SE ESTA REALIZANDO, Y SE INTERESARÁ Y COOPERARÁ MÁS.

HAY QUE TRATARLO COMO INDIVIDUO CON SENTIMIENTOS Y NO COMO UN OBJETO INANIMADO, ARRIBA DE UN SILLÓN.

POR QUE ADEMÁS DE LA INFORMACIÓN QUE EL NIÑO TIENE DE LO QUE PASA EN SUS DIENTES, TAMBIÉN PIENSA EN EL TRATAMIENTO, EN EL ODONTÓLOGO Y SUS PROCEDIMIENTOS.

SE PIENSA QUE LO FUNDAMENTAL ES COMO SOLUCIONAR LA MAYOR O MENOR ANSIEDAD QUE EL NIÑO TRAE AL CONSULTORIO, ENTRE LAS CAUSAS QUE GENERAN EL MIEDO AL DENTISTA, SE PUEDEN DECIR LOS SIGUIENTES:

- 1.- MIEDO AL DOLOR, QUE NOS HAN MAL INFORMADO QUE SUFRIREMOS EN LA CONSULTA.
- 2.- MIEDO A LO DESCONOCIDO.
- 3.- MIEDO POR MALAS EXPERIENCIAS ANTERIORES.

TODO ESTE TIPO DE INFLUENCIA QUE RECIBE EL NIÑO, PRESENTAN AL ODONTÓLOGO COMO UNA PERSONA GOZOSAMENTE SIN NIESTRA, Y SIN CONSIDERACIÓN.

DEBE CONSIDERARSE QUE EN MUCHÍSIMOS CASOS, EL NIÑO NO PUEDE CONTROLAR LA ANSIEDAD QUE LE PROVOCA ENFRENTAR LA SITUACIÓN ODONTOLÓGICA, AÚN PARA UN EXÁMEN DE RUTINA.

SEÑALAR LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA BOCA, EN EL DESARROLLO PSICOEMOCIONAL DEL INDIVIDUO, ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA, COMO CAUSA DE FONDO EN EL RECHAZO Y RESISTENCIA AL ODONTÓLOGO Y SUS PROCEDIMIENTOS.

NO ES DÍFICIL ACEPTAR LA SINGULARIDAD DE LA BOCA, SI PENSAMOS QUE SÓLO POR ELLA EL SER HUMANO PUEDE SUPERAR LA TREMENDA COMOSIÓN PSICOBOLÓGICA DEL NACIMIENTO, PORQUE VIENE YA DOTADO DE UN MECANISMO DE SUCCIÓN QUE LE PERMITIRÁ, CON TODAS LAS ADAPTACIONES NECESARIAS, VOLVER A UNIRSE CON SU MADRE AL SER ALIMENTADO.

NO CABE DUDA QUE LA CONFUCIÓN DE SENTIMIENTOS HACIA LOS DIENTES, HACIA LA MADRE QUE RETIRA EL SENO, TIENE QUE DEJAR HUELLA PROFUNDA. NO NOS DEBE EXTRAÑAR QUE LA PROYECCIÓN EN EL DENTISTA DE ESOS SENTIMIENTOS, CONSTITUYA EL ORIGEN DE MUCHAS TENSIONES Y

ANSIEDADES INEXPLICABLES EN EL SILLÓN DENTAL.

EL NIÑO CUANDO LLEGA AL CONSULTORIO, Y VEMOS QUE RESULTA IMPOSIBLE E INADECUADO IGNORAR A LOS PADRES COMO ELEMENTOS FUNDAMENTALES EN LA SITUACIÓN TERAPEUTICA, RECURRIMOS A ELLOS, PERO, EN EL CONSULTORIO ESTAMOS NOSOTROS QUE ACTUAMOS EN FUNCIÓN DE NUESTRA PERSONALIDAD Y NECESITAMOS EJERCER LA PROFESIÓN, CON ENERGÍA Y MADUREZ, LO QUE SOLO SERÁ POSIBLE EN LA MEDIDA QUE RESOLVEMOS LOS CONFLICTOS CON NUESTRO PACIENTE NIÑO.

CON TODO ESO Y UNA TÉCNICA CORRECTA, RESPALDADA POR UN CONOCIMIENTO ACTUALIZADO, PODEMOS EJERCER ODONTOLOGÍA PEDIATRICA CON ENFOQUE INTEGRAL.

NO SE DEBE OLVIDAR QUE EL DENTISTA NUNCA DEBERÁ PERDER EL DOMINIO DE LA SITUACIÓN, NI TAMPOCO DEBE ENFADARSE, PORQUE LA IRA COMO EL MIEDO ES UNA REACCIÓN EMOCIONAL PRIMITIVA E INMADURA; ESTO PUEDE SER SEÑAL DE DERROTA E INDICAR AL NIÑO QUE HA TENIDO ÉXITO.

SI EL DENTISTA PIERDE EL CONTROL, SOLO SERVIRÁ ESTO, PARA QUE EL NIÑO SE ASUSTE, Y SE DIFICULTARÁ AÚN MÁS SU COOPERACIÓN, Y EN EL DENTISTA HARÁ QUE NO RAZONE BIEN LAS COSAS Y SE DIFICULTARÁ MÁS EL CASO, ES EN SITUACIONES COMO ESTÁ CUANDO DEBEMOS DEMOSTRAR NUESTRO CON-

TROL SOBRE NOSOTROS MISMOS, Y SOBRE LA SITUACIÓN, TENEMOS QUE ACTUAR CON ENERGÍA PERO SIN PERDER LA CALMA.

PUEDE CONSIDERARSE LA ODONTOLOGÍA INFANTIL COMO EL SERVICIO MÁS NECESITADO Y SIN EMBARGO EL MÁS OLVIDADO ENTRE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL DENTISTA.

EL VALOR DE ESTE SERVICIO NUNCA SERÁ SUFICIENTEMENTE PONDERADO, YA QUE UN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO POCO ADECUADO O INSATISFACTORIO REALIZADO EN LA NIÑEZ, PUEDE DAÑAR PERMANENTEMENTE EL APARATO MASTICATORIO, DEJANDO AL INDIVIDUO CON MUCHOS PROBLEMAS-TANTO DENTALES, COMO EMOCIONALES.

CUANDO UN DENTISTA ASUME LA RESPONSABILIDAD DE TRABAJAR CON NIÑOS, DEBE PREVER QUE LA TAREA LE RESULTARÁ ALGO DÍFICIL YA QUE PRACTICAR LA ODONTOLOGÍA DE NIÑOS NO ES FÁCIL, PORQUE SE REQUIERE LA UTILIZACIÓN DE MUCHA PACIENCIA Y, DE AMPLIOS CONOCIMIENTOS, LOS CUALES EN PARTE SON LOS QUE SE UTILIZAN PARA EL TRATAMIENTO DE ADULTOS, LA OTRA PARTE ES ÚNICA Y PERTINENTE PARA NIÑOS SOLAMENTE. SE DEBE HACER INCAPIE EN QUE NECESITAMOS ALGO MÁS QUE CONOCIMIENTOS DENTALES COMUNES, PUESTO QUE SE ESTÁ TRA--

TANDO CON ORGANISMOS EN PERIODO DE FORMACIÓN.

EL ODONTÓLOGO DEBE ESTAR CONSIENTE QUE DEBE HACER UN ESFUERZO ADICIONAL, EL CUAL SE REQUIERE PARA TRABAJAR CON NIÑOS, Y A LA VEZ SE DARÁ CUENTA QUE TRABAJAR CON NIÑOS ES UNA DE LAS EXPERIENCIAS MÁS SATISFACTO RIAS QUE PUEDEN EXPERIMENTARSE EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGI- CA.

EL DENTISTA AL TRABAJAR CON NIÑOS DEBE ASU MIR LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES:

- 1.- PARA CON SU PACIENTE.
- 2.- PARA CON SU COMUNIDAD.
- 3.- PARA CONSIGO MISMO.

LA RESPONSABILIDAD DEL DENTISTA HACIA EL PA CIENTE REQUIERE DE UN BUEN JUICIO AL PLANEAR Y LLEVAR A - CABO EL TRATAMIENTO; EL SERVICIO DENTAL QUE SE PRESTA EN NIÑOS, DEBE DE ESTAR ENFOCADO SIEMPRE HACIA, LA PREVEN--- CIÓN DE PROBLEMAS FUTUROS.

. POR ESO LA RESPONSABILIDAD HACIA LA COMUNI- DAD, PORQUE ESE NIÑO Y NOSOTROS MISMOS SOMOS PARTE DE -- ELLA, Y NOS RESPONSABILIZAMOS POR LOS PROBLEMAS QUE PUEDA TENER EL NIÑO EN EL FUTURO DENTRO DE SU COMUNIDAD, SI NO-

SOTROS LE DIMOS UN MAL SERVICIO, POR FALTA DE CONOCIMIENTOS.

ES POR ESO QUE AL DEDICARNOS A LA PRÁCTICA DENTAL, NOS RESPONSABILIZAMOS NOSOTROS MISMOS, PARA CUMPLIR CON NUESTRO PACIENTE, CON NUESTRA COMUNIDAD, Y DEBEMOS ESFORZARNOS DÍA A DÍA, PARA CUMPLIR HONROSAMENTE CON ESTÁ PROFESIÓN QUE ELEGIMOS SEGUIR.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE PARA CONSEGUIR TODO LO ANTERIOR, DEBE, ANTES QUE NADA, TENER CONFIANZA Y SEGURIDAD EN UNO MISMO, PARA ASÍ TRANSMITIR ESTO A NUESTROS PACIENTES Y ASÍ CONSEGUIR SU COOPERACIÓN, LA CUAL EN LA PRÁCTICA DENTAL ES MUY IMPORTANTE, PARA HACER UN BUEN TRATAMIENTO DENTAL.

EL ODONTÓLOGO DEBE REALIZAR SU DEBERES CON HABILIDAD Y RÁPIDEZ, ESTO TRAERÁ COMO CONSECUENCIA, QUE NUESTRO PACIENTE, TENGA EL MÍNIMO DE MOLESTIAS EN EL MOMENTO DE ESTARLO TRATANDO, Y NOS GANAREMOS SU CONFIANZA DESDE LA PRIMERA VISITA.

PARA QUE ESTO SUCEDA, DEBEMOS TENER UNA BUENA ORGANIZACIÓN EN NUESTRO CONSULTORIO, PARA NO HACER MOVIMIENTOS INECESARIOS, SE DEBE TENER TODO A LA MANO, Y ANTES DE EMPEZAR EL TRATAMIENTO DEBEMOS ELABORAR UN PLAN DE TRABAJO Y TRATAR DE DESARROLLARLO, PERO SIEMPRE ESTAR ALERTA PARA CAMBIARLO, SI ES NECE

SARIO, CON LA MAYOR NATURALIDAD POSIBLE, PORQUE SI EL NIÑO VE EN NOSOTROS INDECISIÓN, NOS PIERDE LA CONFIANZA.

NO DEBEMOS DE HACER MOVIMIENTOS BRUSCOS - EN EL MOMENTO DE ESTAR TRABAJANDO PORQUE ESTO ALTERA A NUESTRO PACIENTE, DEBEMOS HACER MOVIMIENTOS RÁPIDOS, - PERO CON SUAVIDAD Y SEGURIDAD EN LO QUE SE ESTÁ HACIENDO. DEBEMOS SEGUIR EL PLAN TRASADO CON ANTERIORIDAD, INFORMANDO AL PACIENTE DE TODO LO QUE SE LE HACE, PORQUE CUALQUIER MOVIMIENTO INESPERADO TAMBIÉN LE PROVOCA DESCONCIERTO.

LAS ACTIVIDADES DE LA ODONTOPEDIATRÍA, SON VARIADAS, ABARCANDO EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA - DE LOS NIÑOS, DESDE EL PERÍODO TEMPRANO DE LA DENTICIÓN PRIMARIA, HASTA FINALIZAR EL DESARROLLO DE LA DENTADURA SECUNDARIA. TAMBIÉN TIENE QUE DAR UNA EDUCACIÓN DENTAL ADECUADA.

PARA PODER LLEVAR A CABO UNA ÓPTIMA EDUCACIÓN DENTAL, SE DEBE TENER UN BUEN CONOCIMIENTO DEL DESARROLLO DE LA DENTICIÓN, ASÍ COMO APTITUDES PSICOLÓGICAS PARA MANEJAR - Y ENSEÑAR A LOS NIÑOS COMO DEBEN CUIDARSE SUS DIENTES.

CON LA ERUPCIÓN DEL PRIMER DIENTE, DEBE EMPEZAR NUESTRA LABOR, ENSEÑANDO A LOS PADRES Y - DESPUÉS AL NIÑO A CEPILLARSELOS. DEBEMOS COMPROMETER--

NOS CON NOSOTROS MISMOS, PARA VISITAR ESCUELAS Y CO  
ORDINARNOS CON LOS PROFESORES PARA DAR PLÁTICAS A -  
LOS ALUMNOS, SOBRE COMO DEBEN CUIDAR SU DENTADURA, -  
PROCURAR SER OBJETIVOS Y MOSTRARLES DE UNA MANERA -  
CLARA Y SENCILLA COMO SE DEBE HACER PARA TENER UNA  
DENTADURA SIEMPRE SANA.

DEBEMOS LLEVAR NUESTRA PRÁCTICA DENTAL  
MÁS ALLÁ DEL CONSULTORIO, PORQUE SOLO, ASÍ TENDREMOS  
UNA ODONTOLOGÍA TOTAL.



## CAPITULO V.

### ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA AL MANEJAR AL NIÑO.

DE LA ACTITUD QUE ASUMA EL ODONTOPEDIATRA AL MANEJAR A SU PACIENTE INFANTE, SE DERIVA EL ÉXITO O FRACASO DE SU TRATAMIENTO.

LA BASE DE ESTE ÉXITO Ó FRACASO ESTRIBA - EN EL COMPORTAMIENTO QUE TENGAMOS DENTRO DEL CONSULTORIO, - DEBE SEGUIR CIERTAS NORMAS, LAS CUALES SON:

- 1.- TOMAR UNA ACTITUD, EN EL MOMENTO DE ESTAR CON NUESTRO PACIENTE, - MÁS BIEN AMIGABLE, NO MUY PROFESIONAL, QUE HAGA SENTIR AL NIÑO QUE PODEMOS AYUDARLO EN CUALQUIER COSA, QUE NECESITE.
- 2.- PROCURAR, LLAMARLO SIEMPRE POR - SU NOMBRE Ó POR SU APODO, SI ES QUE LE GUSTA MÁS, ASÍ EL NIÑO SENTIRÁ MÁS CONFIANZA HACÍA - NOSOTROS.
- 3.- TRATAREMOS DE SER TOLERANTES CON

LA ACTIVIDAD Y CURIOSIDAD DEL NIÑO, PORQUE MUCHAS DE LAS COSAS, QUE VE EN EL CONSULTORIO SON NUEVAS PARA ÉL, POR ESO TENEMOS QUE MOSTRARSE-- LAS Y EXPLICARLE PARA QUE SIRVEN Y COMO SE UTILIZAN.

- 4.- DEBEMOS MOSTRAR ABSOLUTA CONFIANZA, EN NUESTRA HABILIDAD PARA MANEJAR - AL NIÑO Y A SUS PADRES, PORQUE SI - TITUBEAMOS PERDEREMOS LA CONFIANZA TANTO DE LOS PADRES COMO DEL NIÑO.
- 5.- UNA BUENA ORGANIZACIÓN EN EL CONSUL TORIO Y EN EL MOMENTO DE ESTAR TRA BAJANDO NOS EVITARÁ LA PERDIDA DE - TIEMPO Y EL TENER QUE HACER MOVI--- MIENTOS INECESARIOS.
- 6.- PROCURAREMOS EMPLEAR ORDENES AL DI RIGIRNOS A NUESTRO PACIENTE, PORQUE SI UTILIZAMOS SUGERENCIA, EN MUCHOS CASOS EL NIÑO NO OBEDECERÁ.
- 7.- NUNCA DEBEMOS PERDE EL CONTROL DEL NIÑO, PORQUE SI NOS ENOJAMOS DEMOS- TRAREMOS QUE ÉL HA CONSEGUIDO LO -

QUE QUERÍA.

8.- NO DEBEMOS OCULTARLE LA VERDAD, PORQUE ESTO NOS PUEDE RESULTAR CONTRAPRODUCENTE, SIEMPRE TENDREMOS QUE DECIRLE LA VERDAD DE LO QUE LE ESTAMOS HACIENDO Y LO QUE VA A SENTIR.

9.- NO LOS DEBEMOS SOBORNAR PORQUE EL NIÑO, NO SE DEJARÁ TRABAJAR, SI NO LE OFRECEMOS ALGO A CAMBIO.

CREEMOS QUE LA FORMA EN QUE EL PROFESIONAL ENFOCA Y CONDUCE LA PRIMERA VISITA, PUEDE SER DECISIVA PARA EL FUTURO ODONTOLÓGICO DEL NIÑO. UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, UN EXÁMEN MINUCIOSO, UN DIAGNÓSTICO CORRECTO Y UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO, MÁS LOS COMENTARIOS EDUCATIVOS CORRESPONDIENTES EN CADA OPORTUNIDAD QUE SE PRESENTE, EXIGEN LO MEJOR DE NUESTRA CAPACIDAD.

EL COMPORTAMIENTO POCO COOPERATIVO DE UN NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL, ESTÁ GENERALMENTE MOTIVADO, PORQUE LA EXPERIENCIA QUE LE ESPERA ES NUEVA Y POR LO TANTO DESCONOCIDA PARA ÉL, APARTE QUE POR LO GENERAL, TRAE UNA IDEA DESAGRADABLE DE LO QUE LE VA A SUCEDER POR COMENTA---

RIOS QUE HA ESCUCHADO ANTES DE ESTA VISITA.

EL NIÑO NUNCA VIENE SOLO, AL CONSULTORIO. LO TRAEN SUS PADRES. HABITUALMENTE LA MAMÁ. CUANDO LA RELACIÓN MADRE-HIJO ES CORRECTA, LAS COSAS SUELEN IR BIEN. - SI EL NIÑO SE SIENTE QUERIDO Y SEGURO EN SU HOGAR, NO LE SERÁ DIFÍCIL SUPERAR LAS LÓGICAS INQUIETUDES QUE PROMUEVE EL ACERCARSE A ESTA NUEVA EXPERIENCIA, RESPALDADO POR LA TRANQUILIDAD DE SU MADRE Y LA CONFIANZA QUE DEMUESTRA AL PROFESIONAL. PERO SI LOS SENTIMIENTOS DE LOS PADRES - RESPECTO DE LA ODONTOLOGÍA NO SON POSITIVOS, Y ESTO ES LO MÁS FRECUENTE, SI ELLOS EXPRESAN ABIERTAMENTE SUS TEMORES Y ANSIEDADES, O LOS MAL DISIMULAN, SI HAN PRESENTADO AL ODONTÓLOGO COMO FIGURA CASTIGADORA, LAS COSAS NO SERÁN TAN FÁCILES.

TODO NIÑO CON UN PROBLEMA DE CONDUCTA, NO HACE SINO REFLEJAR SITUACIONES DE SU HOGAR, AUNQUE LOS PADRES PUEDAN NO SER TOTALMENTE RESPONSABLES. LO VEMOS COMO SINTOMA CRISTALIZADO DE LAS ANSIEDADES DE LOS PADRES, COMO EXPRESIÓN DE UNA TRADICIÓN NEURÓTICA DE LA FAMILIA. Y ES NUESTRA OBLIGACIÓN SEDUCIR Y EDUCAR A TODO UN MEDIO FAMILIAR, CON TANTAS VARIANTES DE NIVELES CULTURALES, ESCALAS AFECTIVAS Y AFINIDADES HUMANAS, CUANTOS MIEMBROS O AGREGADOS SEAN.

CUANDO EL ODONTOPEDIATRA TRATA A UN PACIENTE INFANTIL, LA PRIMERA ENTREVISTA PUEDE SER DESAGRADABLE, Y REPERCUTIR NEGATIVAMENTE, ESTA PUEDE PERSISTIR DURANTE EL RESTO DE SU VIDA. PERO SI ESTAS PRIMERAS CONSULTAS DENTALES, RESULTAN AGRADABLES, LOS RESULTADOS TAMBIÉN PERDURARAN SIEMPRE.

LA CAPACIDAD DEL NIÑO DE IMAGINARSE LO QUE LE VA A SUCEDER, ES MUY ELEVADA, PERO TAMBIÉN SE LES PUEDE ENSEÑAR Y DEMOSTRAR, QUE LO QUE SE IMAGINARON NO ES TAN MALO, UNA DE LAS FORMAS EN LAS QUE PODEMOS EVITARLE MOLESTIAS INECESARIAS AL NIÑO ES MEDICANDOLO.

LA SEDACIÓN CONSIGUE EVITAR LA PARTE-DESAGRADABLE DEL TRATAMIENTO, ESTO AYUDARÁ A QUE EL NIÑO SE SIENTA MÁS TRANQUILO Y ASÍ SE DÉ CUENTA QUE TRATAMOS DE EVITARLE MOLESTIAS Y NOS GANAREMOS SU CONFIANZA Y CON ESTO SU COOPERACIÓN.

LA ANESTESIA LOCAL PRODUCE UNA EXTRAÑA SENSACIÓN DE ADORMECIMIENTO, Y CUANDO SE EXPERIMENTA POR PRIMERA VEZ, PUEDE ASUSTAR AL NIÑO, POR ESO ES IMPORTANTE, SI ES LA PRIMERA VEZ, QUE SE ANESTESIA, EXPLICARLE LO QUE VA A SENTIR Y HACERLO COMPRENDER QUE ES PARA EVITARLE MOLESTIAS.

EL PACIENTE INFANTE AL RELAJARSE, DISMINUYE LA SENSIBILIDAD DOLOROSA, POR LO TANTO DEJA DE TEMER AL TRATAMIENTO DENTAL, ESTO SE LOGRA CON UNA BUENA COMUNICACIÓN CON NUESTRO PACIENTE.

CASI TODOS LOS NIÑOS LE TEMEN A LA INYECCIÓN DEL ANESTESICO, DEBIDO A EXPERIENCIAS ANTERIORES DESAGRADABLES, PERO DEBEMOS DEMOSTRAR QUE ES DIFERENTE A LAS EXPERIENCIAS ANTERIORES, LO DEBEMOS PREPARAR PSICOLÓGICAMENTE ANTES DE APLICARLE EL ANESTESICO Y TENER UNA BUENA TÉCNICA PORQUE SI DUDAMOS Ó PINCHAMOS DEMASIADAS VECES AL NIÑO ESTE COOPERARÁ MENOS.

LA TÉCNICA ANALGESICA UTILIZA MÉTODOS QUE PERTENECEN AL HIPNOTISMO, EL ADECUADO USO DE LA SUGESTIÓN HARÁ QUE LA INDUCCIÓN SEA MUCHO MÁS EFICAZ Y SATISFACTORIA. MEDIANTE LA SUGESTIÓN SE PUEDE PROFUNDIZAR EL ESTADO ANALGESICO SIN TENER QUE RECURRIR A UN AUMENTO EN LA DÓISIS APLICADA.

SI EL PACIENTE COMIENZA EL TRATAMIENTO CON LA IDEA DE OBTENER BUENOS RESULTADOS, PARA ÉL AUMENTARAN ASÍ LAS POSIBILIDADES DE REALIZAR UN TRATAMIENTO BASTANTE EXITOSO. POR ESO A MEDIDA QUE EL NIÑO ADQUIERE MÁS CONFIANZA EN NOSOTROS; POR LA CAPACIDAD DEMOSTRADA DURANTE EL TRATAMIENTO, ESTARÁ CADA VEZ MÁS DISPUESTO A

COOPERAR CON NOSOTROS.

EL UMBRAL DE LAS MOLESTIAS Y SU TOLERANCIA, PUEDEN SER MUCHO MÁS SATISFACTORIAS EN UN PACIENTE RELAJADO Y CONFIADO. LAS TÉCNICAS DE SEDACIÓN SON MUY ÚTILES, PARA ALIVIAR CON ELLAS LA ANSIEDAD Y EL TEMOR QUE SIENTEN LOS PACIENTES AL ESTAR SENTADOS EN UN SILLÓN DENTAL, ES UN PUNTO IMPORTANTE EL NO CAUSAR MÁS MOLESTIAS DE LAS NECESARIAS A LOS NIÑOS, YA QUE ES EN LAS PRIMERAS VISITAS DONDE SE CIMENTA EL FUTURO DE LAS CONSULTAS DENTALES QUE TENGA, ES POR ESO QUE SE DEBEN EXTREMAR CUIDADOS HACIA ELLOS.

CUANDO UN NIÑO ES TRABAJADO CON ANESTESIA LOCAL, SE ELIMINA EL MALESTAR QUE PROVOCA EL COLOCAR LA GRAPA PARA EL DIQUE DE GOMA, LA MOLESTIA AL PREPARAR LA CAVIDAD, CON ESTO EL NIÑO SE SIENTE MÁS TRANQUILO Y SEGURO.

ANTES DE APLICAR POR PRIMERA VEZ EL ANESTESICO AL NIÑO, DEBEMOS SEGUIR, DEPENDIENDO LA FORMA DE COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE, CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS DE PREMEDICACIÓN:

- 1.- PSICOLOGICO.
- 2.- FARMACOLOGICO:
  - A).- BUCAL.
  - B).- RECTAL.
  - C).- PARENTAL.

## D).- INHALACION.

SEGÚN OLSEN, EL ENFOQUE PSICOLÓGICO ADECUADO ES DE UNA IMPORTANCIA PRIMORDIAL EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA DEL NIÑO, ESTO PROMOVERÁ UNA BUENA RELACIÓN ENTRE EL NIÑO Y EL ODONTOPEDIATRA. EL MÉTODO DE PREMEDICACIÓN PSICOLÓGICO ES APLICABLE A CUALQUIER TIPO DE NIÑO, Y SE DEBE EMPLEAR ANTES DE PASAR AL MÉTODO FARMACOLÓGICO, ALIVIAR EL TEMOR DEL NIÑO MEDIANTE PALABRAS, ES LO MÁS INDICADO EN SU TRATAMIENTO, TRATAREMOS DE QUITAR EL TEMOR AL SER INYECTADO, PERO SIEMPRE NUESTRAS PALABRAS DEBEN IR PRESEDIDAS DE LA VERDAD, Y DEMOSTRAR CON HECHOS LO QUE LE DIJIMOS QUE PASARÍA. SI POR EL MÉTODO ANTERIOR NO LOGRAMOS TRANQUILIZAR AL NIÑO TENDREMOS QUE RECURRIR AL USO DE FARMACOS PARA TRANQUILIZARLO.

CUANDO NUESTRO PACIENTE ES DEMACIADO PEQUEÑO, Y NO TIENE IDEA DE LO QUE SUCEDE, ES CONVENIENTE UTILIZAR ANESTESIA GENERAL Y EN UNA SOLA SESIÓN TRATARLO, ASÍ SE EVITA TRAUMATIZAR AL NIÑO Y EL TRATAMIENTO ES MÁS RÁPIDO. TAMBIÉN ESTE TIPO DE ANESTESIA ES RECOMENDABLE PARA NIÑOS DEMASIADO NERVIOSOS.

TIENE UNA IMPORTANCIA PRIMORDIAL, FAMILIARIZAR AL NIÑO CON LA SALA DE TRATAMIENTO DENTAL Y CON TODO EL EQUIPO QUE SE UTILIZA, SE HA VISTO QUE SABRIENDO ENCAU



SAR LA CURIOSIDAD DEL NIÑO, SE INTERESARÁ POR LAS COSAS NUEVAS QUE SE LE ESTAN MOSTRANDO, CON ESTO DISMINUIREMOS EL TEMOR QUE EL NIÑO TRAE Y LO ALENTAREMOS PARA QUE PRUEBE CADA PARTE DEL EQUIPO, SE DEBE EXPLICAR DE MANERA SENCILLA Y -- COMPRENSIBLE PARA EL NIÑO, COMO FUNCIONA CADA INSTRUMENTO PARA QUÉ SIRVE Y EL SONIDO QUE PRODUCE, CON ESTO EL NIÑO SE FAMILIARIZA Y PIERDE EL TEMOR.

SE TIENE QUE PONER A FUNCIONAR EL MOTOR DE ALTA Y BAJA VELOCIDAD, PARA QUE OIGA EL RUIDO QUE PRODUCE, TAMBIEN SE LE MUESTRA CON UN CEPILLITO, SOBRE SUS UÑAS, LA FUNCIÓN DE ÉSTE. SE LE HACE UNA DEMOSTRACIÓN CON LA JERINGA TRIPLE, Y SE LE EXPLICA EN QUE LA UTILIZAMOS, Y PARA QUE. ES IMPORTANTE DEMOSTRAR, AL NIÑO QUE TENEMOS ABSOLUTO CONTROL SOBRE EL MOTOR Y EN EL MOMENTO QUE LO DESEIEMOS LO HACEMOS FUNCIONAR O PARAR, SEGÚN-EL CASO.

TAMBIÉN ES NECESARIO MOSTRARLE UN ESPEJO, PINZAS, EXCAVADOR, ETC., PARA QUE SE FAMILIARIZE CON TODOS LOS INSTRUMENTOS Y EN EL MOMENTO DE UTILIZARLOS CON ÉL, NO SE ATEMORIZE.

PROCURAREMOS EN LA PRIMER VISITA, SI NO VIENE CON ALGUNA URGENCIA EL NIÑO DE HACER TRATAMIENTOS - SENCILLOS, COMO LIMPIAR SUS DIENTES, CON PASTA, SE LE DÁ UNA

BUENA TÉCNICA DE CEPILLADO Y SE LE DEJA IR.

DEBEMOS EVITAR EL UTILIZAR PALABRAS QUE INSPIREN TEMOR AL NIÑO, MUCHOS TEMORES SUSTENTIVOS, NO LOS PRODUCE EL PROCEDIMIENTO EN SI, - SINO EL SIGNIFICADO ATEMORIZANTE, QUE TIENEN PARA ELLOS - CIERTAS PALABRAS, COMO EL HABLAR DE LA INYECCIÓN, - ETC.; POR ESO ES CONVENIENTE EN ALGUNOS CASOS LLAMARLO - DE OTRO MODO, PERO NO DICRIENDO MENTIRAS, PORQUE AL DESCUBRIR LA VERDAD, NOS PERDERÍA LA CONFIANZA, SE DEBEN - DISFRAZAR UN POCO LAS PALABRAS, PARA ASÍ LOGRAR - UN TRATAMIENTO EXITOSO DEL NIÑO.

YA SE DIJO QUE EL NIÑO NO VIENE SOLO AL CONSULTORIO, POR LO GENERAL VIENE CON SU MADRE; -- CUANDO SU RELACIÓN TANTO CON LA MADRE, COMO CON EL RESTO DE LA FAMILIA ES CORRECTO, NO TENDREMOS DEMASIADOS PROBLEMAS, PERO POR LO GENERAL ESTO NO ES MUY FRECUENTE Y TENEMOS QUE EMPEZAR A GANARNOS LA CONFIANZA DE LA MADRE, PARA PODER LLEGAR A UN BUEN ENTENDIMIENTO CON EL NIÑO.

MACBRIDE, MENCIONÓ CUATRO CATEGORÍAS DE PADRES:

1.- LOS QUE DISTRAEN.

- 2.- LOS SEUDOCOOPERADORES.
- 3.- EL QUE DA CORAJE.
- 4.- EL QUE EXTIENDE SIMPATIA.

EXISTEN APARTE DE ESTOS, OTRAS ACTITUDES PARENTALES Y ADEMÁS OTROS DISFRACES DE LA ANSIEDAD, COMO PUEDE SER: LA MADRE APURADA, LA EXIGENTE, LA OCUPADA, ETC., PERO LO MÁS IMPORTANTE ES COMPRENDER LA SITUACIÓN A FONDO, CUÁLES SON LOS MOTIVOS QUE LLEVAN A LOS PADRES A INTERFERIR EN ALGÚN CASO EN LA LABOR DEL ODONTÓLOGO. SI SE LOGRA UNA BUENA COMUNICACIÓN CON LOS PADRES, SE LOGRARÁ UN MEJOR ACERCAMIENTO CON EL NIÑO.

• TODO NIÑO NECESITA AMOR Y COMPRENSIÓN, SIN EMBARGO, A CAUSA DE CIERTOS FACTORES EMOCIONALES RELACIONADOS CON EXPERIENCIAS O DIFÍCULTADES, PRESENTES O PASADAS, DE LOS PADRES, ESTOS TIENDEN A SOBRE-PROTEGER A SUS HIJOS Y ESTE TIPO DE PACIENTES DEBEMOS MANEJARLOS CON MUCHA HABILIDAD Y FIRMEZA. ASÍ COMO ESTE CASO ENCONTRAREMOS MUCHOS MÁS, POR ESO ES IMPORTANTE DAR CIERTAS INSTRUCCIONES A LOS PADRES AL EMPEZAR LA CONSULTA CON NOSOTROS, ESTAS INSTRUCCIONES SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- NO DEBEN LOS PADRES MANIFESTAR LOS TEMORES QUE SIENTEN AL VISITAR A UN DENTISTA, PORQUE EL NIÑO SIN TE

NER NINGUNA EXPERIENCIA PREVIA, YA SENTIRÁ ESOS MISMOS TEMORES.

- 2.- LOS PADRES POR LO GENERAL UTILIZAN, CUANDO EL NIÑO NO LOS OBEDECE, LA ODONTOLOGÍA COMO CASTIGO, ES POR ESO QUE DEBEMOS INDICARLES QUE NO LO UTILICEN.
- 3.- DEBIDO A QUE CASI SIEMPRE LLEVAN A SUS HIJOS, CUANDO EMPIEZAN A SENTIR ALGUNA MOLESTIA Y ESTO SE VUELVE MÁS TRAUMÁTICO PARA EL NIÑO, ES CONVENIENTE QUE LO LLEVEN PRIMERO A CONOCER EL CONSULTORIO Y DESPUÉS A CHECAR PERIÓDICAMENTE.
- 4.- UNOS PADRES QUE SON MUY INDULGENTES O MUY DESESPERADOS, GENERALMENTE TRATAN DE CONVENCER AL NIÑO, MEDIANTE SOBORNOS, ESTO ES PERJUDICIAL PARA SU BUENA DISPOSICIÓN EN EL TRATAMIENTO DENTAL.
- 5.- DEBEMOS INDICAR, QUE EL NIÑO ES MUY SUCEPTIBLE Y SI LO AVERGUENZAN O RIDICULIZAN, DELANTE DE NOSOTROS

NO QUERRÁ VOLVER A VISITARNOS.

6.- EN EL MOMENTO DE DARLES CITA, LES INDICAREMOS QUE PROCUREN SER PUNTUALES PERO QUE NO LLEGUEN DEMASIADO TEMPRANO AL CONSULTORIO, PORQUE NO ES CONVENIENTE QUE EL NIÑO ESPERE DEMASIADO PARA SER ATENDIDO.

7.- TAMBIÉN DEBEMOS INDICARLE QUE MUCHAS VECES, TENDREMOS QUE ESTAR A SOLAS - CON SU HIJO, Y EN ALGUNOS CASOS TENDREMOS QUE SER ENERGICOS CON ÉL, PERO EL QUE SU HIJO LLORE NO LES DEBE INQUIETAR.

ALGUNAS VECES NO ES CONVENIENTE QUE LOS PADRES, PERMANESCAN JUNTO A SU HIJO EN EL MOMENTO QUE RECIBE EL TRATAMIENTO, POR ESO DEBEMOS, INDICAR A LOS PADRES NUESTRA FORMA DE TRABAJAR, Y UNA VEZ ACEPTADO, DEMOSTRAR NUESTRA CAPACIDAD Y HABILIDAD, EN EL MANEJO DE NUESTROS PACIENTES - Y ASÍ, TENER TRABAJOS DENTALES EXITOSOS.

## CAPITULO VI.

### TRATAMIENTO DE NIÑOS IMPEDIDOS.

CADA VEZ ES MÁS IMPORTANTE QUE EL ODONTOPEDIATRA SE FAMILIARICE CON LOS PROBLEMAS ESPECIALES DE LOS NIÑOS QUE DE MANERA CRÓNICA Y QUIZÁS PERMANENTE SE APARTAN DE LO NORMAL A CAUSA DE ALGUNA INCAPACIDAD CONGÉNITA O ADQUIRIDA. LA EFICACIA DE LOS CUIDADOS PRESTADOS A ESTOS NIÑOS DEPENDE TANTO DE LAS ADAPTACIONES QUE PUEDAN LLEVARSE A CABO EN LO REFERENTE AL HOGAR, ESCUELA Y ASPECTO SOCIAL, COMO DE LOS MEDIOS PURAMENTE TÉCNICOS Y MÉDICOS.

ALGUNOS DENTISTAS, YA SEA POR TEMPERAMENTO O POR FORMACIÓN, NO SON APTOS PARA PROPORCIONAR UNA ASISTENCIA ADECUADA A LOS NIÑOS IMPEDIDOS. LOS AMPLIOS CUIDADOS QUE SE REQUIEREN PARA SU TRATAMIENTO, OCUPAN MUCHO TIEMPO, Y GRAN NÚMERO DE NIÑOS Y SUS PADRES NO COOPERAN A LA ACTUACIÓN CORRECTA DEL ODONTOPEDIATRA, REQUIERE MUCHO ESFUERZO Y DEDICACIÓN EL TRABAJAR CON NIÑOS CON ALGÚN IMPEDIMENTO FÍSICO O PSICOLÓGICO. SIN EMBARGO, EL DENTISTA QUE AMPLÍA SU RESPONSABILIDAD MÁS ALLA DEL TRATAMIENTO DE LA MOLESTIA FUNDAMENTAL, SALDRÁ RECOMPENSADO AYUDANDO AL JOVEN ENFERMO DEFICIENTE Y A SU FAMILIA A VIVIR DE MODO MÁS AGRADABLE Y EFICAZ CON UNA INCAPACIDAD DE LARGA DURACIÓN.

EL DENTISTA CUANDO NO TIENE LOS SUFICIENTES CONOCIMIENTOS DE ESTAS INCAPACIDADES, PUEDE SENTIRSE IMPOTENTE DEBIDO A QUE LA COMPLEJIDAD DE LOS PROBLEMAS HACE - QUE PARESCAN INSOLUBLES O SITUADOS FUERA DEL ALCANCE - DE SUS RECURSOS. ES POR ESO QUE DEBE CONOCER SUS - POSIBLES ACTITUDES NEGATIVAS, PREJUICIOS Y LIMITACIONES, O DE LO CONTRARIO, ÉSTAS REPERCUTIRÁN EN SU DEFECTUOSA RELACION CON EL NIÑO Y TAMBIÉN CON LA PÉRDIDA DE CONFIANZA POR - PARTE DE LOS PADRES HACIA EL TRABAJO QUE SE ESTA REALIZANDO.

EN LOS ÚLTIMOS 20 O 30 AÑOS, SE - HAN PRODUCIDO ENORMES CAMBIOS EN LA ACTITUD GENERAL - HACIA INDIVIDUOS NACIDOS CON IMPEDIMENTOS MENTALES O FÍSICOS. GRACIAS A LOS INCANSABLES ESFUERZOS DE LA PROFESIÓN MÉDICA Y DE VARIAS AGENCIAS MÉDICAS, SE HA - ELIMINADO CASI TOTALMENTE EL VELO DE LA SUPERSTICIÓN - Y VERGÜENZA ANTES ASOCIADOS CON LOS IMPEDIMENTOS, Y SE ACEPTA AHORA GENERALMENTE EL HECHO DE QUE ESTOS DESAFORTUNADOS INDIVIDUOS SON SERES HUMANOS CON REQUERIMIENTOS ESPECIALES DE HABILITACIÓN.

EL ESTADO DENTAL DE LOS NIÑOS IMPEDIDOS - PUEDE ESTAR RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON SUS IMPEDIMENTOS FÍSICOS O MENTALES.

EL NIÑO QUE NACIÓ CON EL LABIO O PALA

DAR HENDIDO, O CON AMBAS DEFORMACIONES, PUEDE TAMBIÉN PADECER PROBLEMAS DENTALES MUY COMPLEJOS Y GRAVES. LOS NIÑOS RETARDADOS MENTALES Y LOS QUE SUFREN PARÁLISIS CEREBRAL, ENFERMEDADES CARDIACAS, Y TRASTORNOS HEMORRÁGICOS PUEDEN NO TENER PROBLEMAS DENTALES ESPECÍFICOS, PERO SUS INCAPACIDADES FÍSICAS O MENTALES A MENUDO IMPIDEN HÁBITOS DENTALES Y DIETÉTICOS ADECUADOS, CREANDO ASÍ SERIAS AMENAZAS A SU SALUD DENTAL.

EL LABIO Y EL PALADAR HENDIDO SE ENCUENTRAN ENTRE LAS DEFORMACIONES CONGÉNITAS MÁS COMUNES EN EL HOMBRE. ÉSTOS DEFECTOS ESTRUCTURALES DEL COMPLEJO FACIAL BUCAL, PUEDEN VARIAR DESDE UNA LIGERA MELLA EN EL LABIO O UNA PEQUEÑA HENDIDURA EN LA ÚVULA, HASTA UNA SEPARACIÓN COMPLETA DEL LABIO Y AUSENCIA DE DIVISIÓN ENTRE LAS CAVIDADES BUCAL Y NASAL. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LOS INDIVIDUOS NACIDOS CON LABIO HENDIDO, PALADAR HENDIDO O AMBOS CASOS, DESARROLLAN VARIOS DEFECTOS ASOCIADOS, COMO SON: DIENTES DEFORMADOS, MALOCCLUSIÓN, MENOSCABO DEL LENGUAJE, INFECCIONES DEL OIDO MEDIO Y ALTA-SUSCEPTIBILIDAD A INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES.

Á PESAR DE LA GRAN NECESIDAD QUE EXISTE, NO SE HA ESTABLECIDO UNA CLASIFICACIÓN CLARA Y ESTANDARIZADA DE LOS DEFECTOS ESTRUCTURALES DE LABIO Y



PALADAR. SE HA PROPUESTO CIERTO NÚMERO DE CLASIFICACIONES, PERO NINGUNA HA SIDO ACEPTADA UNIVERSALMENTE.

EN 1958, KERNAHAN Y STARH, PROPUSIERON UNA CLASIFICACIÓN DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS, BASÁNDOSE EN PATRONES MORFOLÓGICOS Y EMBRIOLÓGICOS. ESTA CLASIFICACIÓN PARECE QUE ES LA MÁS ACEPTADA Y EMPLEADA POR LOS INVESTIGADORES DEDICADOS AL PROBLEMA. LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE ESTA CLASIFICACIÓN SON:

GRUPO I: HENDIDURAS DEL PALADAR PRIMARIO.- ESTE GRUPO COMPRENDE TODAS LAS HENDIDURAS LOCALIZADAS ANTES DEL AGUJERO INCISIVO, ES DECIR, TODAS LAS FORMAS Y GRADOS DEL LABIO HENDIDO, Y COMBINACIONES DE LABIO HENDIDO Y PROCESO ALVEOLAR HENDIDO, NORMALMENTE SE ABREVIA CON LAS LETRAS: L H.

GRUPO II: HENDIDURAS EN POSICIÓN POSTERIOR AL AGUJERO INCISIVO.- ESTE GRUPO COMPRENDE TODOS LOS GRADOS DE HENDIDURAS DEL PALADAR DURO Y BLANDO, COMUNMENTE SE ABREVIA CON LAS LETRAS: P H.

GRUPO III: COMBINACIONES DE HENDIDURAS

EN PALADARES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS.-  
ESTE GRUPO COMPRENDE UNA COMBINA--  
CIÓN DE LOS GRUPOS I Y II, SE ---  
ABREVIAR; P L H.

CUALQUIERA DE LOS TRES GRUPOS DESCRITOS  
ANTERIORMENTE PUEDEN SER SUBDIVIDIDOS PARA UNA DESCRIP--  
CIÓN MÁS DETALLADA DEL DEFECTO.

AUNQUE MUCHOS CIENTÍFICOS HAN TRATA  
DO DE EXPLICAR CÓMO SE DESARROLLAN LAS HENDIDURAS DEL  
PALADAR PRIMARIO, SE COMPRENDE AÚN MAL ESTE PROBLEMA,  
Y LA INFORMACIÓN DISPONIBLE ES AÚN LIMITADA Y CON--  
TRADICTORIA.

LA EXPLICACIÓN DE NO-FUSIÓN PARA LA  
OCURRENCIA DE LABIO HENDIDO HA SIDO VIRTUALMENTE ABAN--  
DONADA POR LA MAYORÍA DE LOS QUE ESTUDIAN LA PATO--  
GÉNESIS DE ESTA ANOMALIA. ACTUALMENTE, COMO EXPLICACIÓN--  
PLAUSIBLE, LA TEORÍA DE DEFICIENCIA MESODÉRMICA ES -  
LA MEJOR ACEPTADA. ÉSTA TEORÍA SUGIERE QUE EL LABIO  
Y EL PREMAXILAR EXISTEN EN SUS FORMAS TEMPRANAS CO  
MO UNA CAPA ECTODÉRMICA EN DONDE ESTÁN PRESENTES --  
TRES MASAS DE MESODERMO. NORMALMENTE, ESTAS MASAS DE  
MESODERMO CRECEN Y SE UNEN PARA FORMAR EL LABIO SU--  
PERIOR Y EL PREMAXILAR, PERO, SI NO CRECEN NI SE -

INFILTRAN EN LA CAPA ECTODÉRMICA, EL DEBILITAMIENTO CONSIGUIENTE DE ESTA DELICADA MEMBRANA ROMPE LA CAPA, DANDO POR RESULTADO UN LABIO HENDIDO.

LOS MECANISMOS EMBRIOLÓGICOS QUE PRODUCEN HENDIDURAS DEL PALADAR SECUNDARIO SE COMPRENDEN MEJOR QUE LOS QUE ORIGINAN HENDIDURAS DEL LABIO. SE ACEPTA GENERALMENTE QUE EL PALADAR HENDIDO SE DEBE A QUE LOS PROCESOS PALATINOS NO LOGRAN ENCONTRARSE Y HACER FUSIÓN EN LA LINEA MEDIA. EL MOVIMIENTO DE ESTOS PROCESOS DE POSICIÓN VERTICAL A CADA LADO DE LA LENGUA A FUSIÓN FUTURA EN POSICIÓN HORIZONTAL SOBRE LA LENGUA ES UN PROCESO COMPLICADO QUE PODRÍA ENCONTRAR MUCHA INTERFERENCIA.

SE CALCULA QUE 1 DE CADA 750 LACTANTES, Ó APROXIMADAMENTE 6,000 A 7,000 NIÑOS CON PALADAR HENDIDO, LABIO HENDIDO O AMBAS COSAS, NACEN CADA AÑO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA. DE LOS TRES GRUPOS PRINCIPALES DE HENDIDURAS, EL DEL LABIO HENDIDO CON PALADAR HENDIDO (L P H) PRESENTA MAYOR FRECUENCIA, CON UN 45% DE TODAS LAS HENDIDURAS; EL PALADAR HENDIDO PRESENTA EL 30 % Y EL LABIO HENDIDO EL 25 %.

LAS PERSONAS DE RAZA NEGRA SON LOS MENOS AFECTADOS Y LOS JAPONESES SON LOS AFECTADOS CON MAYOR FRECUENCIA.

LA FRECUENCIA TOTAL DE HENDIDURAS ES MAYOR EN LOS HOMBRES QUE EN LAS MUJERES, CONSIDERANDO POR GRUPO, EL LABIO HENDIDO Y EL LABIO CON PALADAR HENDIDO ES MÁS FRECUENTE EN HOMBRES QUE EN MUJERES, Y EL PALADAR HENDIDO ES MAS FRECUENTE EN MUJERES - QUE EN HOMBRES.

APROXIMADAMENTE EL 10 O 20 % DE ESTOS INDIVIDUOS, PRESENTAN UNA O MÁS ANÓMALIAS CONGÉNITAS ADICIONALES, ESTOS PUEDEN SER: DEFECTOS EN LAS EXTREMIDADES Y CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.

LA ETIOLÓGIA EXACTA AÚN ES DESCONOCIDA, PERO SE CREE QUE LOS POSIBLES FACTORES CAUSALES PUEDEN SER:

- 1.- FACTORES EXÓGENOS.- EN CASOS AISLADOS, EN DONDE LOS SINDRÓMES RESULTARON DE RUBÉOLA O TALIDOMIDA, SE HA DEMOSTRADO QUE LAS HENDIDURAS DEL LABIO, PALADAR O AMBAS, SON ATRIBUIDOS A UN AGENTE AMBIENTAL ESPECIFICO.
- 2.- GENES MUTANTES Y ABERRACIONES-CROMOSÓMICAS.- ESTOS SINDRÓ

MES SON UNA DE LAS CARAC-  
TERISTICAS DE ALGUNOS SIN-  
DROMES RAROS QUE HAN SIDO  
ADSCRITOS A:

A).- GENES MUTANTES,  
TALES COMO LABIO  
Y PALADAR HENDI-  
DO CON DISPLASIA  
ECTODÉRMICA.

B).- ABERRACIONES CRQ  
MOSÓMICAS, COMO-  
TRISOMÍA D Y TRI  
SOMÍA E.

3.- CAUSAS DE FACTORES MÚLTIPLES.-  
SE CONSIDERA QUE ESTOS SIN-  
DRÓMES, SEAN CAUSADOS POR -  
UNA COMBINACIÓN DE FACTORES  
EXÓGENOS Y UN PATRÓN GÉNE-  
TICO PREDISPUESO A ESTAS -  
DEFORMACIONES. ACTUALMENTE -  
SE CONSIDERA QUE LA HEREN-  
CIA JUEGA UN PAPEL IMPOR--  
TANTE EN LA ETIOLOGÍA. AUN

QUE SE HAN SUGERIDO DIVERSOS MODOS DE TRANSMISIÓN, LA -- TEÓRIA MÁS APOYADA POR LOS - INVESTIGADORES EN EL CAMPO, - ES EL DE LA HERENCIA POLIGÉ NICA POR LO QUE SE CREE -- QUE LA HERENCIA ES DETERMINA DA POR LOS EFECTOS DE MU--- CHOS GÉNES CADA UNO DE LOS- CUALES EJERCE UNA INFLUENCIA- RELATIVAMENTE PEQUEÑA.

POR LO COMPLEJO DE ESTAS MALFORMACIO NES, SE HA RECONOCIDO, QUE EL TRABAJO EN EQUIPO, - ES EL ÚNICO MÉTODO INTELIGENTE DE TRATAMIENTO Y REA BILITACIÓN PARA LAS DESAFORTUNADAS PERSONAS NACIDAS - CON ESTAS ANÓMALIAS.

LA PRIMERA ÉTAPA EN SU TRATAMIENTO,- ES COLOCAR Y SUTURAR LAS SECCIONES HENDIDAS, POR ME DIO DE UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, EL CUAL SE HA PQ DIDO OBSERVAR QUE TIENE ENORMES MEJORAS EN LOS RE-- SULTADOS ESTÉTICOS Y FUNCIONALES, PERO A PESAR DE ES TOS ADELANTOS, OCACIONALMENTE ENCONTRAMOS INDIVIDUOS - CON HENDIDURAS CUYOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS DISTAN MU-

CHO DE SER SATISFACTORIOS, POR LO COMPLICADO DEL TRATAMIENTO.

LA PRESENCIA DE HENDIDURAS EN RECIEN NACIDOS PUEDE HACER SURGIR DIVERSOS PROBLEMAS DENTALES. MUCHOS DENTISTAS SE MUESTRAN ABIERTAMENTE APRENSIVOS EN ACEPTAR - COMO PACIENTES PERSONAS CON ESTAS DEFORMACIONES CONGÉNITAS. ÉSTA APRENSIÓN POSIBLEMENTE SE FUNDAMENTA EN - LA TENDENCIA QUE EXISTE A CLASIFICAR A ESTOS INDIVIDUOS COMO PACIENTES PROBLEMA, Y NO DARSE CUENTA QUE SON SERES HUMANOS CON CIERTOS PROBLEMAS DENTALES ESPECIALES.

COMO ES COMPRENSIBLE, LA MAYORÍA DE ESTOS PACIENTES ESTAN DEPRIMIDOS Y SON MUY SENSIBLES, PERO CON ALGO MÁS DE PACIENCIA Y COMPRENSIÓN, EL - ODONTÓLOGO GENERALMENTE PUEDE SUPERAR ESTA BARRERA - QUE DA COMO RESULTADO LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE. - NOS DARÁ ESTO UNA PROFUNDA RECOMPENSA POR LA GRATITUD QUE SE RECIBE COMO PREMIO POR MEJORAR SU SALUD Y SU ASPECTO FÍSICO.

EN ALGUNOS CASOS, EL DENTISTA PUEDE - VERSE PARTICIPANDO EN UN PROCESO DE REHABILITACIÓN - INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL NACIMIENTO DEL PACIENTE. PUEDE SER LLAMADO PARA CONFECCIONAR UN INSTRUMENTO SEMEJAN-

TE A UNA BASE DE DENTADURA SUPERIOR, ESTE APARATO SIRVE PARA:

- 1.- FACILITAR LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE CON PALADAR-HENDIDO.
- 2.- EVITA LA CAÍDA DEL MAXILAR.

ESTO PORQUE LA EDAD INDICADA, POR LOS CIRUJANOS MAXILO-FACIALES, PARA SOMETERSE A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ES ESTRE LOS 18 A 24 MESES DE EDAD.

LA PRIMERA VISITA SE DEBE HACER, CUANDO EL PACIENTE TIENE DE 2 A 3 AÑOS, EN ESTE MOMENTO, LA DENTADURA ESTÁ EN DESARROLLO Y SE HAN COMPLETADO YA LOS CIERRES QUIRÚRGICOS DE LAS HENDIDURAS. EN ESTA VISITA SE DEBE SOLAMENTE EXAMINAR AL NIÑO, HACERLE PROFILAXIS, FAMILIARIZARLO CON EL MEDIO Y CON EL DENTISTA.

SE NECESITA, TOMAR SERIES DE RADIOGRAFÍAS, ESTAS NOS AYUDARÁN EN UN BUEN DIAGNOSTICO, PORQUE ESTOS PACIENTES PRESENTAN POR LO GENERAL, DIENTES SUPERNUMERARIOS DE LA DENTADURA



PRIMARIA Y PERMANENTE, TAMBIEN LA MAYORÍA PRESENTA AUSENCIA DE ALGÚN DIENTE, ESTE ESPACIO TIENE QUE SER MANTENIDO CUIDADOSAMENTE EN EL ÁREA ANTERIOR, POR CUESTIONES DE ESTÉTICA DEBEN COLOCARSE UNAS PIEZAS DE REEMPLASO.

TAMBIÉN SE OBSERVA, HIPOPLASIA DEL ESMALTE DENTAL, SE DÁ CON MAYOR FRECUENCIA, EN LOS INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES PERMANENTES, CUANDO ES POSIBLE SE DEBEN RESTAURAR ESTAS. OTRO DE LOS GRAVES PROBLEMAS ES QUE TODAS LAS CLASES DE HENDIDURAS AFECTAN AL ALVEOLO, AL PALADAR BLANDO Ó AMBOS, Y ESTO DIFICULTA EL TRATAMIENTO ORTÓDONTICO.

LOS APARATOS PROTETICOS QUE SE COLOQUEN SON DE IMPORTANCIA PARA EL MEJORAMIENTO DEL LENGUAJE DEL PACIENTE, SU ASPECTO FÍSICO MEJORARÁ ENORMEMENTE.

OTRO IMPEDIMENTO IMPORTANTE ES, LA PARÁLISIS CEREBRAL, ESTE ES UNO DE LOS MÁS GRAVES QUE AFECTAN A RECIEN NACIDOS, PORQUE APROXIMADAMENTE EL 50 % DE ESTOS MUEREN EN LA INFANCIA Ó SUFREN LESIONES TAN GRAVES QUE HACEN NECESARIO SU INTERNAMIENTO EN UNA INSTITUCIÓN.

ES UN TRANSTORNO DEL SISTEMA NERVIOSO QUE SE MANIFIESTA EN VARIOS TIPOS DE DISFUNCIONES NEUROMUS-

CULARES, COMO ESPASTICIDAD, ATETOSIS, ATAXIA, RIGIDEZ O TEMBLORES.

POR ESTÁ RAZÓN ANTES DE CUALQUIER TRATAMIENTO HAY QUE ASEGURARSE QUE TIPO PRESENTA EL PACIENTE, LOS TIPOS MÁS FRECUENTES DE DISFUNCIONES NEURO MUSCULARES SON:

- A).- LA ESPASTICIDAD.- ESTÁ SE OBSERVA APROXIMADAMENTE EN UN 40 % DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL, SE CARACTERIZA POR HIPERCONTRACTILIDAD DE LOS MUSCULOS, Y RIGIDEZ GENERAL EN LAS SECCIONES AFECTADAS.
- B).- LA ATETOSIS.- CARACTERIZADA POR CONTRACCIONES MUSCULARES INVOLUNTARIAS Y DESORDENADAS, SE OBSERVA EN EL 45 % DE ESTOS PACIENTES.
- C).- LA ATAXIA.- TAMBIÉN LLAMADA PÉRDIDA DE COORDINACIÓN MUSCULAR, SE DÁ EN -

EL 10 % DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL, TIENE FALTA DE EQUILIBRIO Y UNA MARCHA INSEGURA,

SE PUEDE CLASIFICAR AÚN MÁS, DESCRIBIENDO EL ÁREA AFECTADA POR ESTE TRANSTORNO:

- 1.- HEMIPLEJIA: AFECTACIÓN DE LA MITAD DEL CUERPO.
- 2.- CUADRIPIEJIA: AFECTA LAS CUATRO EXTREMIDADES.
- 3.- PARAPIEJIA: EN ESTA EL LUGAR QUE AFECTA PRINCIPALMENTE SON LAS PIERNAS.
- 4.- MONOPIEJIA: AFECTA ÚNICAMENTE UNA EXTREMIDAD.

LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL-SUFREN POR LO GENERAL DE RETARDO MENTAL, SE DÁ CON MAYOR FRECUENCIA EN EL GRUPO ESPÁSTICO, LA MENOR FRECUENCIA ES EN EL GRUPO DE ÁTETOIDE.

LA ETIOLOGÍA DE LA PARALISIS CEREBRAL, ES CAUSADA POR LESIONES CEREBRALES, QUE SON

RESULTADO DE PREMADUREZ, ANOXIA, TOXEMIA DEL EMBARAZO, LESIONES TRAUMÁTICAS, O POR CAUSA DESCONOCIDA. LAS LESIONES DE LA CORTEZA CEREBRAL SE MANIFIESTAN POR ESPASTICIDAD; LA LESIÓN DEL GANGLIO BASAL DÁ POR RESULTADO LA ATETOSIS, LAS LESIONES EN EL CEREBELO, DÁ LA ATAXIA.

LA MAYORÍA DE ESTOS PACIENTES TIENEN UN INDICE MÁS ELEVADO DE PROBLEMAS CARIOSOS, QUE LOS NIÑOS NORMALES.

LOS PROBLEMAS SE DERIVAN MÁS QUE NADA, POR LA INCAPACIDAD DE TENER UNA HIGIENE DENTAL ADECUADA, A QUE POR LO GENERAL LOS PADRES LES DAN DIETA BLANDA Y CARIOGÉNICA, A LA MAYOR FRECUENCIA DE DEFECTOS HIPOPLÁSICOS DEL ESMALTE, TODO ESTO TRAERA COMO CONSECUENCIA GRAVES PROBLEMAS PERIODONTALES.

SIN CONTAR CON LOS PROBLEMAS ANTERIORES, ESTE TIPO DE PACIENTES NO TIENE NINGÚN OTRO TIPO DE PROBLEMA DENTAL ESPECIFICO, SU TRATAMIENTO TIENE QUE SER EN COOPERACIÓN CON SU MÉDICO GENERAL Y LO PRINCIPAL ES ELABORAR UNA HISTORIA CLÍNICA BIEN DETALLADA Y COMPLETA, PARA PODER ELABORAR UN BUEN PLAN DE TRATAMIENTO.

ÉPILEPSIA, MÁS QUE A UNA ENFERME--

DAD ESTA PALABRA SE REFIERE A UN SINTOMA. DIVERSOS TRANSTORNOS PUEDEN CAUSAR DESCARGA NERVIOSA ANORMAL EN EL CEREBRO, QUE PRODUCIRÁ UN ATAQUE. SI ESTOS ATAQUES SON FRECUENTES SE DENOMINA EPILEPSIA, Y AFECTA A LAS PERSONAS PRODUCIENDO UN CAMBIO EN EL ESTADO DE CONCIENCIA, EXPERIENCIAS SENSORIALES ANORMALES, CONTRACCIONES MUSCULARES TÓNICAS O CLÓNICAS, O UN TRANSTORNO EN LA CONDUCTA.

ETIOLÓGICAMENTE SE DIVIDE EN DOS GRUPOS:

- 1.- IDIOPATICOS: EN ESTE PRIMER GRUPO LAS EPILEPSIAS NO PUEDEN ATRIBUIRSE A LESIONES ESTRUCTURALES CEREBRALES, DEMOSTRABLES Y FRECUENTEMENTE SON DE ORIGEN GENÉTICO.
- 2.- SINTOMATICOS: EN ESTE GRUPO LAS EPILEPSIAS SE ASOCIAN CON PATOLOGIAS DEL CEREBRO DEBIDAS A ANOMALIAS DEL DESARROLLO, LESIÓN O ENFERMEDAD.

EL ÚNICO PROBLEMA DENTAL QUE PRESENTAN ESTE TIPO DE PACIENTES ES EL DE HIPERPLASIA

FIBROSA DE LA ENCIA, ESTA ES PRODUCIDA POR EL ANTI CONVULSIVO DILANTINA, LO PRINCIPAL EN EL TRATAMIENTO DE ESTE TIPO DE PACIENTES, ES FAMILIARIZARSE CON EL TIPO Y FRECUENCIA DE LOS ATAQUES EPILÉPTICOS, LOS QUE SE PRESENTAN SON:

- A).- ATAQUE DEL PEQUEÑO MAL, EL CUAL SE CARACTERIZA POR -- EPISODIOS DE PÉRDIDAS MOMENTÁNEA Y REPENTINA DEL CONOCIMIENTO. EL NIÑO ADQUIERE-- CARA INEXPRESIVA Y SUSPENDE CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD VOLUNTARIA QUE HUBIERA INICIADO-- ANTERIORMENTE. A ESTA PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO PUEDEN-- ACOMPAÑARLA SACUDIDAS RITMICAS DE CABEZA Y BRAZOS, LA DURACIÓN DE CADA ATAQUE ES DE APROXIMADAMENTE 10 SE-- GUNDOS, ESTE TIPO DE PROBLEMA ES EL MENOS COMPLICADO-- EN EL TRATAMIENTO.
- B).- ATAQUE DE GRAN MAL, ESTE --

ES MÁS VIOLENTO Y PELIGROSO QUE EL ANTERIOR, TÍPICAMENTE, LOS OJOS GIRAN EN LAS ÓRBITAS, SE DILATAN LAS PUPILAS, Y LA CARA ENROJECE O PALIDECE. SE PIERDE EL CONOCIMIENTO, EL CUERPO SUFRE UN ESPASMO TÓNICO QUE DETIENE LA RESPIRACIÓN, Y EL NIÑO SE TORNA CIANÓTICO. A LOS 10 O 30 SEGUNDOS, AL ESPASMO TÓNICO LE SIGUE UNA FASE CLÓNICA DE PROBABLEMENTE VARIOS MINUTOS DE DURACIÓN, EN LA QUE LOS MUSCULOS SE CONTRAEN VIOLENTAMENTE Y SE PRESENTA TAMBIÉN SALIVACIÓN PROFUSA, SUDOR Y EVACUACIONES INVOLUNTARIAS DE INTESTINOS Y VEJIGA. GRADUALMENTE, LAS CONTRACCIONES MUSCULARES SE VUELVEN MENOS VIOLENTAS Y CESAN. DESPUÉS DEL ATAQUE EL NIÑO PERMANECE ESTUPOROSO Y CAE EN UN SUEÑO PROFUNDO, EL CUAL PUEDE DURAR UNA HORA O -

MÁS, AL DESPERTAR PUEDE PRESEN  
TAR DOLORES DE CABEZA Y ESTAR  
MUY INQUIETO.

RETARDO MENTAL, ESTE TÉRMINO, O  
SUBNORMALIDAD MENTAL SE REFIEREN A CARACTERISTICAS IN  
TELECTUALES POR DEBAJO DE LA NORMALIDAD EN NIÑOS CON  
DEFECTOS DEL DESARROLLO, COMO DEBILIDAD MENTAL, SIN--  
DROME DE DAWN, HIPO U OLIGOFRENIA Y MORONISMO.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA -  
SALUD ACONSEJA LAS SIGUIENTES DIVISIONES DE NIÑOS CON-  
RETARDO MENTAL:

- a).- SUBNORMALIDAD LEVE.- COCIEN  
TE DE INTELIGENCIA DE 50 A 69 Y -  
EDAD MENTAL EN ADULTO DE 8 A 12  
AÑOS.
- b).- SUBNORMALIDAD MODERADA.- COCIEN  
TE DE INTELIGENCIA DE 20 A 49 -  
Y EDAD MENTAL EN EL ADULTO DE 3  
A 7 AÑOS.
- c).- SUBNORMALIDAD GRAVE.- COCIEN  
TE DE INTELIGENCIA DE 0 A 19 Y EDAD  
MENTAL EN EL ADULTO DE 0 A 2 --  
AÑOS.



SE ATRIBUYEN DIFERENTES FACTORES ETIO  
LÓGICOS A ESTE PROBLEMA, ESTOS SON, HERENCIA, INFLUENCIAS PRE  
NATALES, PREMADUREZ, ANOXIA O LESIÓN AL NACER, DESNUTRICIÓN, -  
ENCEFALITIS Y PARALISIS CEREBRAL.

EL ÚNICO NIÑO QUE PRESENTA PRO--  
BLEMAS DENTALES ESPECIALES, ES EL QUE SUFRE SINDROME DE  
Dawn, PERO LOS DEMÁS NIÑOS CON PROBLEMAS DE RETARDO -  
MENTAL, TIENEN UNA MALA HIGIENE Y UNA ALIMENTACIÓN QUE  
FAVORECE A LA ELEVACIÓN DEL NIVEL DE CARIES, TAMBIÉN -  
PRESENTAN PROBLEMAS PERIODONTALES,

EN EL TRATAMIENTO DENTAL, SE DEBE,  
ANTES QUE NADA CONOCER EL COEFICIENTE MENTAL DEL PACIEN  
TE, PARA ASÍ CONOCER EL GRADO DE COOPERACIÓN,

OTRO TIPO DE PACIENTE QUE SE --  
NOS PUEDE PRESENTAR ES AQUEL CON CARDIOPATIA CONGENITA,-  
ESTÁ ENFERMEDAD SE DEBE A ANOMALIAS ESTRUCTURALES DEL -  
CORAZÓN, SE DIVIDE EN:

- 1.- CARDIOPATIA CONGENITA ACIANÓTI  
CA.- SON LAS PERSONAS QUE SU  
FREN CORTO CIRCUITO DE IZQUIER  
DA A DERECHA, Y DIVERSIDAD DE  
DEFECTOS CARDIACOS, COMO DEFEC

TO DEL TABIQUE AURICULAR, DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR, ESTENOSIS AÓRTICA CONGÉNITA, CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE Y ESTENOSIS PULMONAR.

2.- CARDIOPATIA CONGÉNITA CIANOTICA.- NACEN CON DEFECTOS QUE CAUSAN CORTO CIRCUITO DE DERECHA A IZQUIERDA, AL HACER EJERCICIO SE VUELVEN CIANÓTICOS, AQUÍ LOS DEFECTOS CARDIACOS SON, TRANSPOSICIÓN DE LOS GRANDES VASOS, ATRESIA DE LA VÁLVULA TRICÚSPIDE Y TETRALOGÍA DE FALLOT.

LOS QUE NACEN CON ESTOS TIPOS DE PROBLEMAS, POR LO GENERAL MUEREN ANTES DEL PRIMER MES DE NACIDOS, LA ETIOLÓGIA AÚN ES DESCONOCIDA, PERO SE CREE QUE LOS POSIBLES AGENTES CAUSALES SON; LA HERENCIA Y FACTORES AMBIENTALES DURANTE EL EMBARAZO COMO ES, LA RUBEOLA Y ANOXIA.

PARA PODER TRATAR ESTOS PACIENTES

ES NECESARIO CONSULTAR AL CARDIOLOGO DEL NIÑO, A SU MÉDICO GENERAL Y OBTENER UN BUEN HISTORIAL MÉDICO, - PARA PLANEAR Y CONOCER QUE CAPACIDAD DE TOLERANCIA - AL TRATAMIENTO DENTAL TIENE EL PACIENTE, LA PRINCIPAL PREOCUPACIÓN DEBE SER EL NO PROVOCAR ENDOCARDITIS BACTERIANAS,

HEMOFILIA, CON ESTE NOMBRE SE DESCRIBEN VARIAS ANORMALIDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS QUE SE MANIFIESTAN COMO TRANSTORNOS HEMOSTÁTICOS, ESTOS -- TRANSTORNOS PUEDEN SER RESULTADO DE AUSENCIA DE ALGUNAS SUSTANCIAS NECESARIAS PARA LA ACTIVIDAD TROMBOPLÁSTICA NORMAL.

LOS TRANSTORNOS HEMOFILICOS MÁS - COMUNES SON POR DEFICIENCIA DEL FÁCTOR VIII (GLOBULINA ANTIHEMOFILICA), ESTÁ SE TRANSMITE EN FORMA DE -- RASGO RECESIVO MENDELIANO LIGADO AL CROMOSOMA 'X, Y - SE PRODUCE EXCLUSIVAMENTE EN HOMBRES, ESTOS NIÑOS -- SON SANGRADORES POTENCIALES DESDE EL NACIMIENTO, CASI NO SE OBSERVA SANGRADO EN LOS RECIEN NACIDOS, ES - HASTA QUE PRESENTAN MAYOR ACTIVIDAD LOS NIÑOS CUANDO ESTE SE OBSERVA, EL SANGRADO PUEDE PRODUCIRSE EN -- CUALQUIER LUGAR, PERO LOS MÁS FRECUENTES SON: LOS - MUSCULOS, RIÑONES, BOCA Y ARTICULACIONES.

EL TRATAMIENTO DENTAL DE ESTOS PACIENTES ES DEMASIADO DELICADO, AUNQUE ESTOS NO PRESENTEN PROBLEMAS DENTALES ESPECIALES, PERO LOS TRATAMIENTOS MÁS SIMPLES DEBEN SER CON CUIDADOS EXTREMOS, PROCURAREMOS NO APLICAR ANESTESICOS, Y DEJAR COMO ÚLTIMO RECURSO LA EXTRACCIÓN DENTAL.

ESTOS PACIENTES Y TODOS LOS QUE PRESENTAN ALGÚN IMPEDIMENTO, SE PUEDEN TRATAR CON ANESTESIA GENERAL Y EN ALGÚN HOSPITAL BAJO CUIDADOS ESPECIALES, PERO EL ODONTÓLOGO DEBE VER QUE ESTOS NIÑOS, NECESITAN MAYOR PACIENCIA Y COMPRENSIÓN QUE SE LES PUEDA BRINDAR, AUNQUE ESTÓ LLEVARÁ MÁS TIEMPO DEL NORMAL EN UN TRATAMIENTO, ESTO SERÁ RECOMPENSADO ENORMEMENTE, POR LA GRATITUD QUE DEMOSTRARÁ EL PACIENTE AL SER TERMINADO EN SU TRATAMIENTO DENTAL.

LOS PROBLEMAS DESCRITOS ANTERIORMENTE, SON UNA PEQUEÑA PARTE DE LOS PROBLEMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN LOS NIÑOS, PERO SON LOS MÁS IMPORTANTES Y LOS QUE SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA.

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

PARA TERMINAR ESTE TRABAJO, SE TRATARÁ DE ENFATIZAR LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL MANEJO DEL NIÑO, ANTES Y DURANTE EL TRATAMIENTO DENTAL, ES POR ESO QUE DEBEMOS CONOCER LA EVOLUCIÓN DEL INFANTE, PARA QUE DE ACUERDO CON ESTAS BASES, EN EL MOMENTO QUE SEA NECESARIO, LO TRATAREMOS DE ACUERDO AL DESARROLLO Y ESTADO EN QUE SE PRESENTE.

OTRO ASPECTO EN EL QUE HAY QUE HACER INCAPIE ES TENER LA CONFIANZA SUFICIENTE PARA COMUNICARSE Y DE AHÍ DURANTE LA PRÁCTICA DIARIA, EL NIÑO Y SU FAMILIA SE SENTIRÁN SEGUROS AL MOMENTO DE LA VISITA DENTAL.

TRABAJAR CON NIÑOS ES MUY DELICADO, DEBIDO A QUE SU ORGANISMO ESTÁ EN CONSTANTE CAMBIO, POR ESTO ES NECESARIA UNA PREPARACIÓN ADECUADA DE TODOS LOS QUE DE ALGUNA FORMA COLABORAN EN EL CUIDADO Y ATENCIÓN DE ELLOS; ESTO ES PARA CONOCER LA FORMA Y EL MOMENTO EXACTO DE COMO DEBEMOS TRATARLOS.

DEBEMOS CUIDAR HASTA EL MÁS PE--

QUEÑO DETALLE COMO ES EL ASPECTO QUE PRESENTA EL CONSULTORIO, EN EL MOMENTO QUE NOS VISITA EL PACIENTE, PORQUE SI ENFOCAMOS NUESTRA ATENCIÓN SOLAMENTE AL MOMENTO DE ESTAR EN CONTACTO CON EL NIÑO, PODEMOS ENCONTRARNOS CON MUY Poca COOPERACIÓN A CAUSA DEL DESAGRADABLE ASPECTO EN EL CONSULTORIO.

LA PARTICIPACIÓN QUE TENGAN LOS PADRES, TAMBIÉN ES FUNDAMENTAL EN LA ATENCIÓN DENTAL, ES NECESARIO SER OPORTUNOS Y CLAROS AL DAR INSTRUCCIONES A LOS PADRES, PARA ASÍ TENER UNA INTERACCIÓN ARMONIOSA A LA HORA DE LA PRÁCTICA DENTAL.

POR ÚLTIMO QUISIERA RECALCAR LA IMPORTANCIA EN CONOCER POR LO MENOS LO ELEMENTAL EN EL CUIDADO DE LOS NIÑOS CON ALGÚN IMPEDIMENTO, PARA QUE LOS ATENDAMOS DE LA FORMA MÁS ADECUADA, DEPENDIENDO SU CASO, POR ESTO ES QUE DEBEMOS ESTAR CONSIENTES QUE PARA TENER UNA BUENA PRÁCTICA DENTAL ES NECESARIO TRABAJAR EN CONJUNTO CON TODOS LOS QUE DE ALGUNA FORMA VEN POR LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD.

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

- 1.- CLAY LINDGREN HENRY  
PSICOLOGÍA; TRATADO SOBRE LAS CIENCIAS  
DE LA CONDUCTA.  
EDITORIAL: LABOR, S. A.  
BARCELONA, ESPAÑA.  
PRIMERA EDICIÓN 1977
  
- 2.- CHARLES BRAVER JOHN  
ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS  
EDITORIAL: MUNDI
  
- 3.- DE LA FUENTE RAMON  
PSICOLOGÍA MÉDICA  
EDITORIAL: F. C. E.
  
- 4.- FINN SIDNEY  
ODONTOLOGÍA PEDIATRICA  
EDITORIAL: INTERAMERICANA  
MÉXICO, D. F.  
PRIMERA EDICIÓN 1976

- 5.- FREUD SIGMUND  
OBRAS COMPLETAS TOMO I, II, Y III  
EDITORIAL: BIBLIOTECA NUEVA.  
MADRID, ESPAÑA.  
TERCERA EDICIÓN.
- 6.- HOEKELMAN ROBERT Y BLATMAN SAUL  
PRINCIPIOS DE PEDIATRÍA; CUIDADO DE LA  
SALUD DE LA NIÑEZ.  
EDITORIAL: LIBROS MCGRAW-HILL DE MEX.  
S. A.  
MÉXICO, D. F. 1982
- 7.- KENNEDY J.B.  
OPERATORIA DENTAL  
EDITORIAL: MÉDICA PANAMERICANA
- 8.- LAW DAVID Y DAVIS JOHN  
ATLAS DE ODONTOPEDIATRÍA.  
EDITORIAL: MUNDI
- 9.- LEYT SAMUEL  
ODONTOLOGÍA PEDIATRICA



EDITORIAL: MUNDI  
BUENOS AIRES, ARGENTINA.  
PRIMERA EDICIÓN 1980

- 10.- McDONAL RALPH  
ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO Y EL  
ADOLECENTE.  
EDITORIAL: MUNDI
- 11.- PEABODY J. B.  
COMUNICACIÓN PERSONAL,  
1961.
- 12.- RUCH FLOYD  
PSICOLÓGIA Y VIDA.  
EDITORIAL: TRILLAS,  
MÉXICO, D. F.  
SEGUNDA EDICIÓN 1976
- 13.- SULA WOLFF  
TRANSTORNOS PSÍQUICOS DEL NIÑO;  
CAUSAS Y TRATAMIENTO.  
EDITORIAL: SIGLO XXI DE ESPAÑA  
EDITORES.  
SEGUNDA EDICIÓN 1975

- 14.- VAUGHAN VICTOR Y MCKAY JAMES  
TRATADO DE PEDIATRIA I  
EDITORIAL: SALVAT.  
MÉXICO, D. F.  
SEPTIMA EDICIÓN 1981
- 15.- VALENZUELA H. ROGELIO  
MANUAL DE PEDIATRÍA  
EDITORIAL: INTERAMERICANA  
MÉXICO, D. F.  
OCTAVA EDICIÓN 1970
- 16.- WAECHTER EUGENIA Y BLAKE FLORENCE  
ENFERMERÍA PEDIATRICA  
EDITORIAL: INTERAMERICANA  
MÉXICO, D. F.  
NOVENA EDICIÓN
- 17.- WENDEL JOHNSON  
PROBLEMAS DEL HABLA INFANTIL  
EDITORIAL: KAPELUSZ  
BUENOS AIRES, ARGENTINA.  
PRIMERA EDICIÓN 1976

18.- PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.  
EDICIONES: INDEX, S. A.  
VOLUMEN IV, NÚMERO III  
MÉXICO, D. F.  
JUNIO - JULIO 1983.