



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ENEP-ZARAGOZA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO
Y SU RELACION CON LA ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

MA. DE LOURDES GONZALEZ JUAREZ

MA. EUGENIA LOPEZ CARRILLO



MEXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Págs.

INTRODUCCION

CAPITULO I

CONSIDERACIONES GENERALES 2

CAPITULO II

FACTORES GENETICOS Y PRENATALES DEL DESA --
RROLLO 8

A).- Los comienzos de la vida.

B).- Transmisión Hereditaria.

C).- Determinación del Grado de las In - -
fluencias Genéticas.

D).- Características de la Personalidad.

E).- Desarrollo Prenatal.

CAPITULO III

TEORIAS PSICOANALITICAS DEL DESARROLLO DE -
LA PERSONALIDAD 18

CAPITULO IV

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD..... 24

- A).- Evolución de las Etapas que comprenden desde el primer año de vida hasta la adolescencia.
- B).- Facetas del Desarrollo Psicosexual.

CAPITULO V

EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL 32

- A).- Medio Ambiente.
- B).- Ansiedad Materna.
- C).- Factores Socio-Culturales.
- D).- Relación con sus Hermanos.
- E).- Fuentes de Conducta no Cooperativa - en la Familia.
- F).- Preparación del niño hacia la Odontología.

CAPITULO VI

TECNICAS DEL MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL 45

- A).- Persuasión.
- B).- Técnicas de la Desensitización.
- C).- Modelamiento.
- D).- Modificación de la Conducta.
- E).- Control de Voz.
- F).- Mano sobre Boca.
- G).- Mano sobre Boca y Nariz.

Págs.

RESULTADOS	61
CONCLUSIONES	62
BIBLIOGRAFIA	64

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

La personalidad se ha descrito como "Pensar, sentir, actuar y ser humano". El individuo "varía en cuanto a su conducta de un momento a otro y de una situación a otra. Sin embargo, hay en su conducta, desde una edad temprana y tal vez inclusive desde el momento del nacimiento cierta continuidad".

El término desarrollo dentro del campo de la psicología designa los cambios de la conducta o de rasgos que parecen surgir de manera ordenada, al menos durante un razonable espacio de tiempo. Por lo común, estos cambios dan lugar a maneras nuevas y mejoradas de reaccionar es decir, a una conducta que es adaptativa, sana, compleja que está más altamente organizada y que en un momento dado está coordinada.

El desarrollo de la personalidad del niño está compuesto por tres aspectos que nos dan la descripción, medición y explicación de los cambios o transformaciones de la conducta y de las capacidades que se producen con el aumento de la edad del niño, que parecen ser universales. Estos fenómenos universales del desarrollo se dan debido a interacción de la maduración y experiencia, existen otros factores muy importantes que determinan el desarrollo de la personalidad en relación con el medio ambiente como son la ansiedad materna, factor sociocultural, relación con los hermanos, etc. Sin olvidar el factor biológico que es relativamente más importante para la determinación de algunas características.

De acuerdo a los estudios realizados se han establecido diferentes teorías que nos dan a conocer la personalidad del individuo; así por ejemplo encontramos las de Piaget y las de Freud, estas teorías difieren en sus suposiciones básicas acerca de la naturaleza del niño y la meta del desarrollo, y cada enfoque concentra su atención en una faceta distinta del desarrollo.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

Un análisis de los temas que se tratarán en esta tesis, nos permitirá formarnos una idea de la amplitud de las investigaciones recientes sobre la evolución de la conducta del niño, ya que muchas personas como son padres de familia, padres virtuales, maestros, odontólogos y otros elementos relacionados o no profesionalmente con los niños, están interesados en ellos. Quieren saber cómo hacer "tic-tac" y por qué.

De acuerdo a la evolución de la civilización el mundo parece interesarse en los niños, en su desarrollo y bienestar.

Para poder comprender la conducta del niño que se está desarrollando hay que tener en consideración muchos factores, aún la más sencilla de las conductas es a menudo resultado de muchas influencias diferentes. En lo esencial, estas influencias quedan comprendidas en cinco grandes categorías que más adelante mencionaremos.

El efecto específico de la interacción de las fuerzas ambientales y las hereditarias habrán de ser distinto según las diversas conductas y las siguientes características estructurales de cada niño. Es decir que no podemos hablar de que el factor ambiental contribuya en mayor o menor grado, que el factor genético o biológico, sino que los dos al mismo tiempo están determinando la conducta del niño.

La investigación del papel desempeñado por los factores genéticos en la determinación de las características de la personalidad pueden plantear problemas especiales a diferencia de algunas clases de rasgos físicos de trastornos mentales o de retraso mental. El factor ambiental puede ser modificado produciendo así un cambio en la conducta del niño.

Todos los individuos, excepto tal vez los gemelos idénticos, son genéticamente únicos. Lo que el niño llegue a

ser es resultado de la acción recíproca entre la herencia y el medio ambiente, esenciales uno y otro. Las acciones recíprocas dinámicas tienen lugar entre el material genético presente en toda célula funcionando y el medio celular.

La actividad celular está influenciada así mismo por el medio más amplio tanto de adentro como de fuera del organismo entero, ésto es, primero, el medio materno del feto y, después del nacimiento, el mundo exterior, incluido no sólo el medio físico, sino también la atmósfera intelectual, emocional--cultural proporcionada por la familia, la escuela, la iglesia, la clase social, la nación y el "clima de la opinión".

A los rasgos afectados por la herencia que ha mencionado cabe añadir muchos más, como los grupos sanguíneos, rasgos físicos, rasgos fisiológicos, determinados aspectos de la personalidad.

El desarrollo prenatal se inicia, cuando una célula-espermática del padre penetra en la pared del óvulo, o huevo - de la madre, la fertilización de un óvulo dá origen a un proceso llamado mitosis, el cual dá como resultado millones de células, que más tarde formarán parte del organismo humano y aproximadamente en 9 meses el feto está preparado para nacer. Los comienzos de la conducta observados en el recién nacido tienen sus raíces profundas en el período prenatal. El desarrollo de esta conducta sigue un patrón continuo ordenado a condición -- que el medio ambiente sea apropiado.

En realidad hay muchas variaciones en el ambiente -- prenatal, y las lesiones a que está sujeto un feto, pueden diferir grandemente de las que se ejerzan sobre otro.

Estas variaciones las va a determinar la edad de la madre, su alimentación, el factor Rh⁻, las drogas, las radiaciones, los estados emocionales, que nos darán como origen un desarrollo con alteraciones en su estructura, tanto físico como emocional.

Las etapas del desarrollo psicoanalítico están cen -

tradas en las zonas corporales, es decir diferentes partes del cuerpo son las fuentes primarias del placer en diferentes edades y luego éstas son las que están altamente caracterizadas.

La estructura de la personalidad está constituida en 3 partes, el id, el ego y el superego.

El id, es el depósito de la energía instintiva es -- principalmente inconsciente y tiende a la satisfacción de los impulsos. A medida que crecen e invierten energía en cosas, -- gradualmente se desarrolla otra estructura psicológica que es el ego, es la sede de la consciencia y sirve de mediador entre los deseos instintivos internos y el mundo exterior; además es el centro receptor de los cinco sentidos especiales.

El superego puede traducirse aproximadamente por la consciencia moral como surge durante los años preescolares, -- actúa como sensor de la aceptabilidad de pensamiento, senti -- miento y conducta.

Existen 5 fases de desarrollo psicoanalítico por las que pasa cada niño, sin existir una separación clara entre una y otra, dichas fases se componen de la siguiente manera, la fase oral corresponde al primer año de vida, la fase anal sigue a la oral y persiste durante los próximos dos o tres años. En la tercera fase la zona exogénica primaria pasa a la zona genital que cubre aproximadamente de los 3 a los 6 años y también se le denomina fase fálica, durante esta fase se presenta el complejo de edipo.

La cuarta fase latencia (preadolescencia) que se dice que es donde se resuelve el complejo de edipo. La última o quinta fase es la adolescencia.

A fin de describir algunos de los cambios o evoluciones de las etapas del desarrollo del niño que ocurren durante los primeros meses de vida, es necesario introducir el concepto de maduración el cual nos designa la serie sucesiva de cambios biológicos que ocurren en la mayoría de los infantes. Estos cambios permiten la aparición de una función psicológica -

que serán las necesarias condiciones ambientales como ejemplo, la aparición del habla entre el primer y tercer año de vida.

Evolución de las etapas que comprenden desde el primer año de vida hasta la adolescencia.

Las satisfacciones del primer año de vida son de importancia ya que éstas actividades orales y corporales de alimentación y cuidado pueden llegar a ser insatisfechas emocionalmente, lo cual puede ser la raíz del mal

En el segundo año de vida el niño entra a un período que intentará vigorosamente explotar los objetos de su ambiente, también imita trazos circulares y pueden hacer líneas horizontales. Es más consciente y responsivo a las demás personas, sin embargo, su juego es más solitario y consiste en la manipulación activa de objetos a su alcance. Durante el tercer año de vida él cambia las actividades de juego que envuelven a - - otros niños, a los tres años puede decir la edad que tiene y - si son niños o niñas.

A los cuatro años de vida el niño es envuelto por actividades, por lo cual el niño en grupo comienza a actuar con papeles imaginativos, a los cuatro años el niño puede dibujar una cruz sin una demostración previa y pueden detenerse por un tiempo corto en un solo pie.

A los cinco años el niño puede hacer copias correctas de las figuras señaladas y es capaz de manejar líneas sesgadas como un triángulo. A los 5 años el niño puede contar correctamente más de 10 objetos.

A los 6 años asume el hábito de pensar, sentir y actuar de acuerdo a lo que le rodea su crecimiento, es fantasioso con respecto a su vida futura, a los 6 años debe de estar listo para su educación formal.

A la edad de 7 u 8 años los niños y niñas tienen casi el mismo grado de capacidad motora y de coordinación, pero-

pero a los 9 años mientras sea pre-adolescente, los niños surgen adelante de las niñas en cuanto a su capacidad motora.

El desarrollo preadolescente comienza aproximadamente a los 10 años en las niñas y 12 en los niños.

Esta etapa también es llamada pubertad que designa un punto arbitrario en la continua maduración del niño y la niña. La menstruación en las niñas y un evento menos definido en los niños parece ser exagerada, la adolescencia es todavía un período de problemas y dificultades o sobre todo, es un período de rápidos cambios físicos, sexuales, psicológicos, cognoscitivos y sociales a los que tiene que ajustarse el joven, más adelante en el capítulo 4 explicaremos ampliamente cada una de estas etapas.

Desde hace tiempo la literatura dental ha incluido muchas sugerencias y opiniones relacionadas al manejo de la conducta del niño en el consultorio dental.

Recientes estudios han enfocado su atención sobre algunas variantes las cuales podrían influir en la conducta del niño, éstas pueden ser: el medio ambiente, ansiedad materna, factores socioculturales, relación con sus hermanos, fuente de conducta no cooperativa en la familia y por último la preparación del niño hacia la odontología.

El comportamiento del niño en el consultorio dental, está regido por el medio ambiente, el cual juega un papel muy importante en la actitud del niño hacia el dentista.

Existen otros factores relacionados con el medio ambiente que determinan el éxito o fracaso del tratamiento dental, éstos son: ansiedad materna la cual se relaciona con la conducta del niño cooperativo o no, es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin preocupación ni desconfianza, sobre cuál será la reacción del niño al tratamiento.

El factor socio-cultural es de gran importancia ya -

que en varios estudios odontológicos han medido el efecto de la clase social sobre la conducta del niño y los padres con diversos resultados que mencionaremos en el Capítulo V.

Relación con sus hermanos, la ciencia social considera a los hermanos como una fuente potencial de ansiedad y miedo. La buena o la mala conducta del niño pequeño en el consultorio puede ser el resultado directo de la influencia del hermano mayor y a éste se le llama el fenómeno de conducta contagiada.

Establecer la comunicación afectiva es uno de los principales objetivos en el manejo del niño. Sin embargo comunicación no significa conversación. La comunicación puede ser verbal y no verbal, la no verbal tal como tomarle la mano o acariciarle la mejilla conduce al niño a la aprobación y aceptación. Los componentes verbales deben decirse al nivel de comprensión del niño ya que no es lo mismo como dices las cosas a lo que dice.

CAPITULO II

FACTORES GENETICOS Y PRENATALES DEL DESARROLLO

Para comprender la conducta del niño que se está desarrollando es importante y esencial considerar cada uno de los factores. Aún la más sencilla de las conductas es a menudo resultado de muchas influencias diferentes.

La conducta y la personalidad del niño son, producto de la interacción ininterrumpida de la naturaleza y la crianza.

Aún cuando hablamos de determinantes genéticos y ambientales de la conducta, siempre reconocemos que actúan al unísono; ésto es tan cierto de cada una de las células como de la persona entera. La acción química del material genético que se encuentra en una célula en particular es función del material que existe fuera del núcleo, así como de los cromosomas mismos. Por cierto que el efecto de un solo gene dependerá de la constelación de los demás genes existentes en esa célula. Los científicos tratan de descubrir las específicas fuerzas genéticas y ambientales que controlan una determinada conducta.

A).- Los comienzos de la vida.

La vida de cualquier individuo inicia cuando una célula espermática del padre atraviesa la pared celular del óvulo de la madre. En ese momento 23 cromosomas de cada padre se combinan; originando la herencia biológica del niño.

De los 23 pares de cromosomas un par se llama de los cromosomas sexuales y es el que determina el sexo de la criatura. En la hembra normal ambos miembros de este par son de gran tamaño y reciben el nombre de cromosomas X en el macho normal un miembro del par, es un cromosoma X, el segundo miembro es más pequeño y recibe el nombre de cromosoma Y. De tal modo, las células somáticas de los machos (con excepción de --

las células germinales), contienen un cromosoma X y un cromosoma Y.

Una mitad de las células espermáticas del macho contiene un cromosoma X, la mitad restante contiene un cromosoma Y.

Cuando un óvulo femenino, que contiene un cromosoma X, se une durante la concepción con un espermatozoide que contenga un cromosoma Y, se produce una criatura del sexo masculino.

Cuando un óvulo se une con un espermatozoide portador de un cromosoma X, se desarrolla una niña. Como una mitad de las células espermáticas contiene cromosoma X y la otra mitad Y., teóricamente la probabilidad es de 50-50 de que se conciba una niña o un niño.

B).- Transmisión hereditaria.

Con ésto tenemos que cada cromosoma a su vez está -- constituido por 20 mil partículas más pequeñas llamadas genes.

Estos contienen una compleja sustancia química, que es el ácido desoxirribonucleico o DNA, que es el determinante de la acción de los genes.

El DNA está formado por dos cadenas moleculares, enredadas la una sobre la otra para formar una hélice de dos hebras que se asemeja a una escalera torcida sobre su eje máximo. Cuando el DNA se duplica a si mismo, esta escalera se divide por la parte media y cada lado se reconstruye hasta formar una nueva escalera.

Cuando las células se dividen de esta manera, la información genética se preserva y transmite sin modificación a las células hijas.

Además, en la formación de las células germinales -- (el espermatozoide o el óvulo) hay un proceso llamado entrecru

zamiento genético, que incrementa todavía más la posibilidad de que cada espermatozoide o cada óvulo sean únicos y que, por consiguiente, cada individuo sea único.

Cuando los 23 pares de cromosomas se alinean por parejas durante la meiosis, intercambian material genético. Una parte de un miembro de la pareja intercambia algo de DNA con el otro.

C).- Determinación del grado de las influencias genéticas.

En muchas características humanas influye grandemente la herencia, es difícil determinar la naturaleza de esta influencia. En general, no podemos observar directamente los d minutos genes en acción.

Por lo tanto algunos efectos genéticos no se manifiestan antes de la edad adulta. En la mayoría de los casos, sin embargo, la situación es menor clara. Unos bebés recién nacidos son más activos que otros, y estas variaciones pueden ser causadas por factores genéticos.

Se ha descubierto que cuando las personas están ansiosas y sometidas a tensión psicológica, se vuelven más activas o inquietas. Algunas drogas tienen el mismo efecto. Así pues, es un extremo difícil distinguir las diversas aprotaciones de las drogas, de los factores genéticos o de las influencias psicológicas en el nivel de actividad de los bebés.

El efecto específico de la interacción de las fuerzas ambientales y las hereditarias habrá de ser distinto según las diversas conductas y las diferentes características estructurales. Además, la cuestión importante no es la de saber en cuáles conductas influye la herencia, sino la de cómo ejercen los genes su influencia.

En realidad, las características fundamentales que sabemos que son heredadas son la capacidad de producir enzimas y proteínas (que contribuyen a formar la estructura de células, tejidos y órganos) y la capacidad de producir productos que re

gulan las cantidades de cada uno de los materiales, que son -- sintetizados por las células conforme a toda variedad de condiciones diferentes. Todos estos fenómenos influyen en las variables psicológicas de muchas maneras.

D).- Características de la personalidad.

La investigación del papel desempeñado por los factores genéticos en la determinación de las características de la personalidad puede plantear problemas especiales. A diferencia de algunas clases de rasgos físicos, de trastornos mentales o de retraso mental, en los que las características que se quieren estudiar son específicas y están claramente definidas. Las características de la personalidad pueden ser algo difíciles de definir y medir. A diferencia de los factores biológicos, como la falta de una enzima especial.

Las características de la personalidad rara vez son fenómenos de todo o nada.

La cordialidad, la impulsibilidad, la apatía, la - - agresividad, la timidez, se hallan presentes en individuos con diferentes grados y se fusionan en un continuo grado de personalidad.

Además, con respecto de todos estos rasgos se sabe-- que las influencias ambientales desempeñan un papel en la personalidad de cada individuo.

La prueba de influencias genéticas sobre la personalidad y la conducta humana suele ser más difícil de encontrar.

Una importante dimensión de la personalidad que parece estar sujeta, al menos parcialmente, al control genético es la de la introversión social-extroversión social.

Los introvertidos sociales tienden a ser más inhibidos, tímidos, vergonzosos y retraídos, en tanto que los extrovertidos tienden a ser más activos, cordiales y expresivos.

En general, parece probable que las influencias gené

ticas sean más fuertes respecto de características "temperamentales" fundamentales, tales como el tiempo personal, la inhibición en contra posición a la espontaneidad, la sobriedad en -- contraposición a la exuberancia, y la introversión social.

Además, estos rasgos figuran entre los más estables a lo largo de los años desde la niñez media hasta la edad adulta.

Por otra parte, las influencias genéticas parecen -- ser las más débiles respecto a características que dependen mucho del aprendizaje y de la experiencia social.

Debe tenerse presente que todas las características de la personalidad sufrirán la influencia, aún cuando en grandes variables, tanto de los agentes ambientales como de los -- genéticos y, además que las predisposiciones genéticas pueden ser "superadas" a menudo por las influencias ambientales.

Personas naturalmente tímidas pueden aprender a hacerse valer más y experiencias punitivas pueden hacer que extrovertidos exuberantes se vuelvan más vacilantes o retraídos.

Si los factores genéticos desempeñan un papel importantes en la determinación de las aptitudes intelectuales del individuo, esperaríamos encontrar que el coeficiente intelectual (CI) de un niño o de un adolescente esté más altamente -- correlacionado con los CI de sus padres o de otros parientes inmediatos.

E).- Desarrollo prenatal.

Aunque es un hecho algo curioso, siendo que pensamos que la vida comienza en el momento de la concepción, contamos la edad de una persona a partir de su nacimiento. Se diría -- que estuviésemos afirmando implícitamente que lo que le acontece a una persona antes del nacimiento tienen poca importancia para determinar el curso futuro de su desarrollo. Esto suele ser nuestra actitud en lo que respecta a la concepción del desarrollo psicológico. Sin embargo, el ambiente en que crece -- el niño que todavía no ha nacido puede tener importancia tre -

menda para las pautas posteriores del desarrollo no sólo en lo físico sino también en lo psicológico.

La concepción tiene lugar cuando el espermatozoide - cruza la pared celular del óvulo, este apareamiento está limitado estrictamente desde el punto de vista fisiológico siendo que cada 28 días madura un óvulo en uno de los dos ovarios, y es descargado en la correspondiente trompa de falopio, el cual inicia su lento viaje hacia el útero, impulsado por pequeños - cilios, semejantes a pestañas, que recubren la trompa. En la mayoría de los casos el óvulo tarda de tres a siete días en -- llegar al útero. Si el óvulo no es fecundado en el curso de - este viaje se desintegra en el útero al cabo de unos cuantos - días.

Por otra parte, si ha tenido un apareamiento, o sea - que un espermatozoide penetra a la trompa de falopio cuando el óvulo está efectuando su descenso. Allí, si se une con el óvulo, se produce la concepción de un nuevo individuo.

Cuando el espermatozoide entra en el óvulo, comienza un proceso que termina en la fusión del núcleo del espermato - zoide con el núcleo del óvulo. Recuérdese que cada uno de los núcleos contiene 23 cromosomas, los que dan un total de 46 pares de cromosomas, dando lugar al proceso del desarrollo.

El proceso del desarrollo desde la concepción hasta - el nacimiento ha sido dividido en tres fases. La primera fase llamada período del óvulo, dura desde la fecundación hasta el - momento en que el cigoto queda firmemente implantado en la pa - red uterina. Este proceso se lleva característicamente de 10 - a 14 días.

La segunda fase, de dos a ocho semanas, recibe el -- nombre de período del embrión. Este período está caracteriza - do por una diferenciación de todos los órganos principales que se hallarán en el bebé recién nacido. La última fase, es des - de las ocho semanas hasta el parto (normalmente, a los cuarenta semanas), se llama período el feto y está caracterizado por el crecimiento del organismo.

El desarrollo del feto en el útero requiere aproximadamente nueve y medio meses lunares, o 266 días, después de la fecundación del huevo.

F).- Influencias ambientales prenatales.

En realidad hay muchas variaciones en el ambiente -- prenatal, y las presiones a que está sujeto un feto, pueden diferir grandemente de las que se ejerzan sobre otro.

Investigaciones recientes sugieren que el estado emotivo y físico de la madre y, por consiguiente, el ambiente prenatal que proporciona pueden ejercer influencias importantes - en el curso del desarrollo fetal, así como en la salud y el -- ajuste subsecuente del niño.

Antiguamente se le consideraba al feto como un parásito, ya que se decía que vivía a expensas de la madre. Este concepto ha sido reemplazado por el concepto de relación o intercambio entre la madre y el hijo y en que el bienestar de la madre ejerce un efecto sobre el desarrollo del niño. Así pues, cierto examen de las influencias prenatales es indispensable - para comprender el desarrollo fetal.

La salud del niño está ligada a la de la madre. Las dificultades de la madre durante el embarazo se relacionan a menudo con enfermedades del bebé en el momento del nacimiento o más adelante.

La edad de la madre es un factor muy importante que contribuye al bienestar del bebé, se ha visto en estudios realizados que las madres menores de 15 años, sus bebés mueren en el primer año de vida. Los riesgos más destacados tanto para la madre como para el niño, son la toxemia (trastorno de origen desconocido que manifiesta elevada presión sanguínea). La anemia (deficiencia de glóbulos rojos y de hierro), y complicaciones durante el parto y nacimientos prematuros, Mujeres que tienen su primer hijo a los 35 años de edad o más, están también más expuestas que mujeres más jóvenes a experimentar enfermedades durante el embarazo y a tener partos más prolongados y difíciles. Las madres de más de 40 años de edad corren-

más riesgo de tener un niño con anomalías cromosómicas especialmente el síndrome de Down o mongolismo; también es más probable que tengan niños de peso inferior al normal o muertos al nacer.

Cuando más avanzada de edad sea la mujer, tanto mayor es la probabilidad de que surjan estos problemas; pero la frecuencia absoluta de complicaciones grave es, no obstante, --relativamente pequeña. Por eso se dice que la edad ideal para procrear es entre los 20 y 30 años de edad, porque se corre --menos riesgo y se tienen hijos más sanos.

Esto ejerce un efecto sobre el desarrollo del niño --muy importante.

Otro factor es la alimentación. En algunos casos la alimentación constituirá tal vez un factor limitativo en el --desarrollo de un recién nacido sano, en otras podrá ser un factor contributivo.

Los estudios que tratan de averiguar el papel de la alimentación como influencia prenatal incluyen aquellos en que se observó a mujeres de dieta deficiente, a mujeres que se les administraron complementos para mejorar la dieta, y a mujeres--con períodos graves de alimentación.

Se observó que la alimentación deficiente, ya dea de bido a exceso o deficiencias puede afectar la salud del niño.

La alimentación insuficiente, si es lo bastante grave, podrá contribuir a la enfermedad del niño en el momento --del nacimiento.

Las infecciones durante la sexta o décima semana del embarazo dificulta el desarrollo fetal normal al igual que el sarampión y la rubeola que dan como resultado el nacimiento de bebés con anomalías estructurales.

Otro factor que existe es la incompatibilidad sanguínea heredada entre la madre y el hijo produce destrucción de --

los eritrocitos es decir, si la madre tiene el factor Rh^- y el feto tiene sangre Rh^+ tendrá lugar el suceso antes mencionado.

También es importante que la madre no se exponga a las radiaciones durante los primeros meses del embarazo ya que esto va a tener como consecuencia malformaciones y puede llegar hasta la muerte del feto.

Por otro lado es importante que a la madre le sean administradas drogas bajo prescripción médica ya que existen infinidad de medicamentos que pueden afectar el desarrollo del feto.

La falta de oxígeno al momento del nacimiento puede ocasionar defectos neurológicos.

Otro factor que modifica el desarrollo del feto es el alcoholismo crónico en la mujer, puede producir retraso del crecimiento intrauterino, crecimiento prematuro, microcefalia, y toda una variedad de deformaciones sin exceptuar problemas congénitos de los ojos y los oídos, defectos cardíacos, dedos de los pies y manos supernumerarios y pautas del sueño perturbado.

Los estados y actitudes emocionales de la madre pueden influir en las reacciones y desarrollo del feto.

Esto es verdad porque emociones como la ira, el miedo y la ansiedad ponen en acción el sistema nervioso autónomo de la madre y se libera en la corriente sanguínea unas sustancias químicas como acetilcolina y la epinefrina. Además en tales circunstancias las glándulas endocrinas particularmente las supra renales, secretan diferentes clases y cantidades de hormonas. El metabolismo celular también se modifica. En pocas palabras cambia la composición de la sangre y nuevas sustancias químicas son transmitidas a través de la placenta con lo que produce cambios en el sistema circulatorio del feto.

Estos cambios pueden ser irritantes para el feto. La tensión emocional puede predisponer a la madre a experimentar mayores dificultades durante el alumbramiento e incrementar la

posibilidad de un nacimiento prematuro. Los trastornos emocionales pueden ser causa también de un menor peso al nacer el feto.

Se ha visto que la facilidad o dificultad con que se produce el alumbramiento y la rapidez con que el recién nacido comienza a respirar puede afectar el bienestar del infante, estos dos sucesos guardan relación con el rompimiento de vasos sanguíneos del cerebro, causado por una presión fuerte sobre la cabeza del feto. Y la falta de oxígeno, a causa de que el niño no comienza a respirar una vez que queda separado de la fuente materna de oxígeno. La hemorragia y la falta de respiración oportuna afecta el suministro de oxígeno para las células nerviosas del cerebro y, en casos extremos, puede dar lugar a que se lesionen células nerviosas y aparezcan subsecuentes defectos psicológicos.

Las neuronas del sistema nervioso central requieren oxígeno; si se les priva de éste algunas células pueden morir y si mueren demasiadas neuronas el infante puede sufrir graves lesiones cerebrales o en caso extremo la muerte.

El nacimiento prematuro puede afectar el desarrollo físico y psicológico.

Cuando más prematuro es el niño y cuando menor es el peso que tiene al nacer, tanto más probable es que manifieste impedimentos físicos y mentales. Los bebés cuyos períodos de gestación han sido menores de 26 semanas y que nacen pesando menos de 2 kilogramos tienen pocas posibilidades de supervivencia.

El nacimiento excesivamente demorado y posmaduro, -- puede constituir un peligro para el feto.

(I Pág. 57 a la 103).

CAPITULO III

TEORIA PSICOANALITICA DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

La estructura del desarrollo de la personalidad está constituida por tres partes según la Teoría de Freud, estas estructuras son el id, ego y super ego. Cada una de ellas está relacionada entre sí tanto genética como funcionalmente, el -- factor genético es responsable de las limitaciones del sistema nervioso central típicas del individuo, incluso aunque dichas restricciones son bastante amplias y permiten una respuesta al ambiente.

A partir del nacimiento, necesitan una interrelación muy estrecha con adultos protectores y responsables, con el -- fin de alcanzar el tipo de madurez de la personalidad la cual todos tenemos.

En cierto sentido el ambiente comienza antes del nacimiento, los sentimientos y actitudes hacia el parto influirán antes de que el niño entre en este mundo, desde luego, la madre es la fuerza ambiental predominante, pero más tarde el -- número de personas aumenta e interviene en el desarrollo infantil.

Actualmente los factores sociales y emocionales están recibiendo mucha atención, como importantes modificadores del crecimiento; así que la posición del niño en la familia, -- los patrones de educación del niño y las preocupaciones y necesidades de los padres tienen enorme importancia en el grado de autorrealización conseguida por el niño en vías de crecimiento.

El id es el aspecto primario, según Freud es "un -- caos" una caldera de tremenda excitación. Además nos muestra que el id se encuentra en algún lugar en contacto directo con procesos somáticos o corporales de los que acepta las necesidades instintivas y las transforma en deseos.

Siendo el id una masa de instintos ciegos carece de-

organización lógica, y puede coexistir en él impulsos contra -
 ditorios, no tiene sentido del tiempo, y así los impulsos ori -
 ginalmente en el id o introducidos en él pueden permanecer - -
 inalterados por períodos indefinidos. (I. 26-27)

De este modo la Teoría de Freud nos explica la per -
 sistencia de experiencias traumáticas reprimidas desde la in -
 fancia hasta la edad adulta, diciendo que el id es amoral.

El id no posee sentido de los valores "por lo tanto -
 no distingue entre el bien y el mal", y es dominado por el - -
 principio del placer ya que los procesos del id son incoscien -
 tes como el aspecto volitivo de la personalidad. El id se ori -
 gina por necesidades orgánicas y se expresa en forma de anhe -
 los o deseos de liberarse de la consiguiente excitación corpo -
 ral. Desde el punto de vista de Freud el más importante de --
 estos instintos es el sexual.

El ego es "la parte del id" que ha sido modificada -
 por su proximidad con el mundo exterior y por los influjos que
 éste ejerce sobre él, y que sirve para recibir estímulos y pro -
 teger al organismo contra ellos, al igual que la capa cortical
 con la cual se recubre una partícula de materia viva.

La relación entre el ego y el id, es que el ego re -
 presenta la realidad externa al id y al mismo tiempo hace una -
 comparación entre el esfuerzo ciego y caótico del id y las - -
 fuerzas superiores y las demandas del medio. Si el id no es -
 protegido de esa manera sería destruido. Por lo que el meca -
 nismo esencial del ego lleva a cabo su función protectora es -
 la "prueba de la realidad".

El ego "yo" explora sus propias percepciones con el -
 fin de saber si han penetrado vestigios de impulsos internos -
 distorsionando la imagen de la memoria. Así destrona al prin -
 cipio del placer a favor de la realidad el cual a la larga - -
 "promete mayor seguridad y éxito".

Según lo anterior el ego es el aspecto lógico y orde -
 nado de la personalidad (como debe serlo si ha de enfrentarse-

eficazmente a la realidad) ésto es lo que hace distinguir el ego del id. Ya que su capacidad organizativa, crítica y sintetizadora hace posible una vida racional pese a la naturaleza esencialmente animal del hombre.

En conclusión podemos decir que la energía del ego deriva enteramente del id y que su última meta es satisfacer las demandas del id en lo posible mediante la realidad.

El superego es el aspecto del ego que hace posible el proceso de observación de sí, llamado comúnmente "conciencia".

Freud lo considera un aspecto o función del ego al mismo tiempo lo juzga más o menos autónomo en función, estudiándolo por lo tanto como si fuese una entidad separada. La función de auto observación cumplida por el ego es una condición necesaria para los aspectos críticos y judiciales del superego, es decir que el individuo necesita ser capaz de separarse de sí mismo antes de poder emitir un juicio sobre sus propias acciones. Los aspectos morales y judiciales del superego proceden principalmente de la internalización de restricciones prohibiciones y costumbres paternas mediante el proceso de identificación.

El niño quiere parecerse a sus padres, así que inconscientemente adopta el criterio moral de ellos. Así éste se convierte en vehículo de tradición porque en cierto modo se transmite de generación en generación. Finalmente el superego es la fuente del idealismo humano; de él brota todo anhelo por alcanzar la perfección.

El id, el ego y el superego no pueden coexistir como un triángulo en armonía, sino que el id y el superego están en constante conflicto con el ego y éste ha de cumplir las exigencias de los otros dos aspectos de la personalidad. El ego experimenta ansiedad cuando se ve muy presionado por el id o el superego.

En resumen podemos decir que la estructura del desarrollo de la personalidad está constituida por tres partes. En

el momento del nacimiento, el infante sólo posee la estructura psicológica del id, depósito de la energía instintiva, o su -- representante mental. Es principalmente inconsciente y tiende a la satisfacción de los impulsos. El infante a medida que -- crece e invierte energía en otras cosas, gradualmente va desarrollando las otras dos estructuras psicológicas el ego y el -- superego.

El ego es aquella parte de la constitución del niño que contiene las destrezas, los deseos aprendidos, los temores el lenguaje, el sentido del yo y es la sede de la conciencia, además sirve de mediador entre los deseos instintivos internos y el mundo exterior; siendo el centro receptor de los cinco -- sentidos especiales. Controla los movimientos voluntarios y se ocupa de la memoria y la reflexión, una de las principales funciones del ego es la formación de los mecanismos de defensa. (III 434-435.)

La teoría de Piaget, nos dice que los niños tratan -- continuamente de captar el sentido de su mundo al relacionarse activamente con objetos y personas. A partir de los encuentros con los acontecimientos, el niño se desplaza constantemente desde las coordinaciones motoras primitivas hacia diversas -- metas ideales, entre las que figuran las capacidades de: a) razones en abstracto, b) pensar acerca de situaciones hipotéticas de manera lógica y c) organizar acciones mentales.

Como veremos más adelante, Piaget cree que existen -- cuatro etapas principales del desarrollo intelectual, cada una de estas etapas es continua y cada etapa posterior se levanta -- sobre etapas anteriores o derivada de ellas. Piaget cree que ningún niño puede saltarse etapas porque cada etapa nueva toma muchas cosas de los logros de las anteriores cada habilidad -- nueva se une a la que ya existía, y hay siempre alguna relación entre las aptitudes y creencias presentes de un niño y -- las de todo su pasado.

La primera etapa Piaget la describe como la sensorio motora, es durante la cual el niño comienza a aprender los primeros rudimentos del espacio y del tiempo en relación con sus --

propias reacciones corporales dentro del medio ambiente que lo rodea, el cual durante esta fase consiste principalmente en reflejos innatos, es decir, son aquellos en los cuales por medio de instintos se obtienen. La etapa sensoriomotora ésta seguida por la preoperacional que se prolonga aproximadamente hasta los 4 años, durante este período el pensamiento del niño no puede generalizar significados, tampoco puede pensar en forma inductiva ni deductiva. Su pensamiento es translativo o simplemente lo aplica de una experiencia a otra por ejemplo. El niño puede confundir entre un gato y un zorrillo ya que su conocimiento aún no es bien definido sobre la esencia del gato.

De 4 a 7 años el niño inicia la etapa de operaciones concretas, en un período en el cual el niño puede razonar, pero sólo en una base limitada. En esta etapa de desarrollo está todavía dominado por percepciones y así llega a conclusiones erróneas al dársele problemas abstractos. Ejemplo: si el niño ve a su mamá vasear agua de un vaso a otro más delgado y alto probablemente cuando se le pregunte dirá que ahora hay más agua en el segundo vaso que en el primero, porque el nivel es más alto, o que hay menos porque es más estrecho.

La última etapa del desarrollo intelectual es la de operaciones formales que va desde los 7 hasta los 11 años, durante esta etapa está adquiriendo un conjunto de conceptos operacionales que se organizan en sistemas de pensamiento. Si se desarrolla más formalmente, el proceso principia más o menos a los 12 años y se convierte en la clase de pensamiento peculiar del adulto. (III 286)

Evaluación de la Teoría de Piaget.

Piaget estimuló la investigación psicológica en los campos de la lógica, las matemáticas y las categorías fundamentales del saber sitúa a los procesos cognoscitivos en el centro de la investigación psicológica en muchos campos en los que, en el pasado algunos los habían considerado como derivados de la motivación como fuentes de las diferencias individua

les en materia de funcionamiento cognoscitivo, y condujo a los psicólogos a examinar los errores cometidos por los niños como fuente de información acerca de sus procesos intelectuales.

En primer lugar, Piaget no ha logrado proporcionar principios sólidos que expliquen la transición de una etapa a otra en el niño. En este sentido el sistema de Piaget es más-descriptivo que teórico.

En segundo lugar, las ideas de Piaget no explican -- fácilmente muchos aspectos importantes del funcionamiento cognoscitivo.

Según Piaget los esquemas sensoriomotrices constituyen la base del conocimiento que poseen los niños de 2 años de edad que acaban de salir de la etapa sensoriomotriz del desarrollo. La teoría de Piaget implica que el crecimiento intelectual de un niño normalmente dotado, no es igual a la del -- que presenta algún defecto físico.

En síntesis las Teorías de Piaget y Freud nos muestran aspectos importantes del desarrollo de la personalidad. Puesto que ambas teorías concentran su atención sobre diferentes aspectos del niño, en realidad no son tan contradictorias como podrían parecerlo a primera vista en sí.

Este capítulo carece de una información teórica adecuada ya que no existe en la actualidad una teoría que nos describa concretamente cada uno de los aspectos importantes del niño. (I 285)

CAPITULO IV

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

A) Evolución de las etapas que comprenden desde el primer año de vida hasta la adolescencia.

El desarrollo durante el primer año de vida es de su ma importancia. La mayoría de los infantes de término completo recuperan su peso de nacimiento después de 10 días. Después de eso, la subida normal de peso es aproximadamente 20 gr. por día durante los primeros 5 meses de vida y aproximadamente 15 gr. por día por el resto del año. El niño de término completo generalmente doblará su peso de nacimiento al cumplir los 5 meses, y en un año será lo triple. La altura del infante normal se incrementa en el primer año por 25 a 30 cm. La altura promedio al nacer es de 50 cm. (Artículo I Pág. II)

En los párrafos siguientes, se ofrecen unas guías para la conducta esperada en niños de las edades indicadas. Es necesario insistir en que cada niño tiene un modelo individual de desarrollo que es único y exclusivo. Por ello, los rasgos indicados no deben tomarse rígidamente al pie de la letra ni como modelo que todos los niños seguirán, simplemente lustran las tendencias de comportamiento en cada edad.

1-4 semanas.

El infante dará gritos de hambre, tendrá respuestas de sobresalto; casi todos los gritos, sino todos son sin lágrimas.

4-8 semanas.

El niño levanta la cabeza, su postura tieza se vuelve más relajada a las 8 semanas, también es más probable que se acueste boca arriba, existe el reflejo del puño, se inicia el grito diferencial por causas distintas; por ejemplo por ham

bre, por dolor, etc.

8-16 semanas.

Sonríe a las caricias, los gritos son menos frecuentes, producirá algunos sonidos de la garganta a las 16 semanas el infante podrá subir la cabeza y podrá voltear el pecho con facilidad de un lado a otro, además podrá tomar los objetos - que estén a su alrededor y llevarlos a la boca, el niño podrá empuñar objetos medianos, en esta edad el niño está claramente relacionado con los objetos de su ambiente y personas que lo cuidan. (Artículo I)

20-24 semanas

Grita fácilmente a la menor provocación podrá apoyarse en una posición derecha y es atraído por objetos presentados en una superficie plana, es capaz de cambiar la orientación de su cuerpo completamente para extender las manos hacia un objeto deseado, podrá levantar el objeto, por ejem. una sonaja y pasarla de una mano a otra. El niño muchas veces puede sentarse solo, también puede ser levantado a una posición para da y apoyarse en sus piernas.

7-11 meses.

Muestra miedo a los extraños, reacciona a los cambios de expresiones faciales, demuestra preferencia a personas que lo tratan bien, aparece la afección o el amor del grupo familiar, el infante en posición boca abajo puede girarse bien mientras persigue un objeto. Entre los 8 y 9 meses puede sentarse sin ayuda y puede mantener la espalda derecha. También podrá pararse si está detenido de algo, además podrá dar pasos si es guiado por una persona. Entre los 9 y 10 meses el niño aprende a gatear, produce sonidos repetitivos como dada, baba.

1 año.

Goza con juegos o trucos sencillos, puede llorar pidiendo afección. En este período de desarrollo hay intercam -

bios cómodos que moverán al niño de una posición de dependencia a una de actividad independiente.

Las satisfacciones del primer año de vida son de gran medida por actividades orales y por contactos corporales de alimentación y cuidado. Fracasar en estos momentos del desarrollo del primer año puede llevar a insatisfacciones emocionales o de ansias crónicas de parte del niño, lo cual puede ser raíz de mal funciones en la personalidad durante toda la vida.

18 meses.

Dueño de sí mismo, comienza la predilección de los juguetes, el niño puede correr tiesamente y puede sentarse en una silla de altura adecuada, subir las escaleras una por una, puede construir una torre de tres cubos. El comportamiento imitativo y conceptual continúa, su evolución con garabatos es pontáneos e imitativos de líneas verticales.

2 años.

Equilibrio emocional mejorado, el vocabulario del niño es limitado por lo que la comunicación será difícil, pero podrá verbalizar sus necesidades fisiológicas, prefiere los juegos solitarios y consisten en la manipulación activa de objetos a su alcance. Además el niño se vuelve más imitativo, es más conciente y responsable.

3 años.

Muchas risas, al jugar, humor relacionado, tanto con la actividad general como con el juego verbal, amistoso y con deseos de agradar, en esta etapa el niño cambia de sus juegos solitarios a juegos que envuelvan niños. El refinamiento de su capacidad motora incluye la alternación de los pies al subir escaleras o poder sostenerse por un tiempo corto en un pie, puede imitar toscamente el dibujo de una cruz, y contar correctamente tres objetos. A los 3 años la mayoría de los niños pueden decir la edad que tienen, y si son niños o niñas.

4 años.

A esta edad el niño es más imaginativo en sus actividades en relación con los otros niños, utiliza palabras nuevas, es un poco egoísta e impaciente.

5 años.

El niño es más compartido con sus propiedades, por ejemplo, puede prestar sus juguetes o ropa con facilidad sin que un adulto se lo proponga. El niño integra en su interior un sentido de confianza hacia las demás personas, de autonomía e iniciativa y por lo tanto desea adquirir responsabilidades.

6 años.

Aumenta los hábitos de pensar, sentir y actuar, aunque le es difícil tomar decisiones. Su vocabulario es más amplio, hay un promedio de 2500 palabras.

7 años.

El niño empieza a buscar metas fuera del hogar y a vivir más independientemente, es más cooperativo en el núcleo familiar, exige limpieza y compostura al vestir.

8 años.

Le disgusta estar solo y desea que sus compañeros se interesen en sus actividades, se comporta mejor fuera de casa, su lectura favorita puede ser las historietas, le gusta la escuela, es una edad de ampliación de experiencias y de exploración intelectual.

9 años.

Es una edad intermedia entre la infancia y la adolescencia tiene control sobre sí mismo, y por tanto busca nuevas formas de dependencias. Esencialmente dice la verdad y es honrado.

10 años.

Es el inicio de las diferencias en la actitud hacia el sexo. La niña es más madura que el niño a esta edad. En -

tonces ambos comienzan a pensar acerca de los problemas sociales, y están muy dispuestos a discutirlos. Aquí se lleva a cabo la formación de un carácter bueno o malo: (Artículo I)

La adolescencia:

Se considera como un período de desarrollo más difícil que el de los años de la niñez, comprende casi la mitad del período de desarrollo en el hombre.

Empieza a la edad de 10 años en las niñas y 12 años en los niños. El fin de la adolescencia no es delineado claramente y varía de acuerdo a los hechos físicos, emocionales, mentales, sociales y culturales que definen al adulto. El adolescente tiene como primera misión el adaptarse a su grupo de edad, al comenzar un grado de independencia de sus padres. Fácilmente se hiere al adolescente cuando se le critica, siente que ya creció pero le falta la experiencia del adulto. Puede desarrollar ideas bastante románticas sobre las personas u obsesiones, hasta cierto punto, con ciertos ideales.

El desarrollo en la adolescencia tiene que ser considerado separadamente para los niños y para las niñas.

La menstruación es para la adolescente mucho más que un simple ajuste fisiológico. Es un símbolo de madurez sexual de su futuro rango como mujer. Debido a que la reacción de una chica a la menstruación pueden generalizar mucho, es importantísimo que su experiencia inicial sea lo menos desagradable. Así como el comienzo de la menstruación puede preocupar a las adolescentes, la erección incontrolada y las eyaculaciones iniciales pueden sorprender y preocupar a los púberes.

Los chicos que maduran más tarde experimentan más problemas psicológicos y sociales de ajuste que los que maduran precozmente o los que representan el término medio, suelen mostrar menos aplomo, tener modales más afectados y tensos, ser más inquietos y parlanchines y más dados a buscar la atención. En las chicas, los efectos psicológicos de la maduración temprana o tardía son considerablemente menores, aún cuando las chicas que maduran antes se muestran más serenas confía

das en sí mismas y menos ansiosas que los que maduran tarde. - (Artículo I).

B) Fases del desarrollo psicosexual.

Las etapas psicosexuales están centradas en las zonas corporales, es decir, diferentes partes del cuerpo son las fuentes primarias del placer en diferentes edades y luego éstas son las que están más altamente caracterizadas. Se afirma que todo niño pasa por estas fases que son cinco sin existir una separación marcada entre cada una de ellas.

A continuación describiremos cada una de estas etapas:

Fase oral.

Corresponde al primer año de vida del infante. La boca y las actividades orales (alimentarse, morder, escupir) están caracterizadas con energía y proporcionan el más grande placer. Durante la fase oral del niño se halla en un estado de completa idependiencia enteramente dependiente de otros (ordinariamente de su madre) para al alimentarse ser protegidos; es en esta relación primaria con su madre donde adquiere una orientación básica de confianza o de desconfianza si existe una forma anormal de desarrollo.

El niño confiado llega a ser un adulto digno de confianza y responsable; el niño inseguro se convierte en un adulto que desconfía de los demás porque no logra experimentar una relación profunda y significativa del amor de su madre. (Libro I-III pág. 27, 28, 437 y 438).

Fase anal.

Esta fase sigue a la oral, y persiste durante los próximos dos o tres años. El niño experimenta satisfacción sensorial mediante la eliminación y estimulación de la zona rectal. Existe una crisis que el niño debe resolver en una forma biosocial. Ha de dominar el control muscular de sus órganos de eliminación y adquirir así un sentido de autonomía o libertad de elección. Si no lo logra como consecuencia surgen

actitudes de vergüenza y duda. Se transforma en un adulto obsesionado, cuya personalidad se caracteriza por fuertes impulsos de poseer y controlar.

Fase Fálica.

Este período cubre aproximadamente de tres a cuatro años a los seis se denomina fase fálica o genital. Los genitales se convierten en la fuente primaria del placer. Durante esta etapa el niño comienza a identificarse con el progenitor de su mismo sexo a consecuencia de lo que Freud llamó complejo de Edipo, que se caracteriza con el estudio del desarrollo infantil en que un hijo dice convencido que cuando sea mayor se casará con su madre (o sea, que siente una marcada predilección hacia ella), y en que una hija prefiere, manifiesta exclusivamente el afecto del padre. Esta fase llega a su climax entre el cuarto y sexto año, el hijo tiene la sensación de que su padre es un rival y la hija se comporta frecuentemente con animosidad con su madre. Todos los niños sufren esta crisis en el desenvolvimiento de su capacidad afectiva. Los padres que son conscientes de este fenómeno no toman como insultos personales las exteriorizaciones de sus hijos y procuran ayudarlos cuidadosamente para que este afecto profundo se convierta en una valiosa experiencia para su vida posterior. Esta fase es peligrosa cuando el niño (casi siempre por culpa de los mayores) no consigue superar el afecto excesivo hacia uno solo de los padres. (Libro III pág. 437 y 438).

Fase de Latencia.

En estos años la causa que con mayor frecuencia es motivo de problemas es la resolución del complejo de Edipo. En la etapa de latencia destaca la importancia de que el niño se separe del círculo familiar para ingresar en la sociedad representada al principio por la escuela. El éxito significa que el niño adquiera rasgos de competencia y laboriosidad; si no consigue hacerlo se ve abrumado por sentimientos de frustración e inferioridad.

Freud describe este período como una tregua en la batalla entre el id y el ego; y la pubertad constituye el final de la tregua.

Fase de Pubertad o Adolescencia.

Esta fase se prolonga en la sexta fase de edad adulta joven. El niño ha de enfrentarse a una crisis de identidad, la cual si es superada le proporciona un sentido de lo que es y del cual es su meta en la vida.

El adolescente se enfrenta con vigorosos impulsos sexuales y agresivos. Algunos adolescentes permanecen demasiado dependientes y muy ligados a sus padres. Otros se emancipan en exceso. La excesiva inquietud, la desorganización del escaso autodomínio son las causas del miedo. Las amistades muchas veces homosexuales, constituyen un fenómeno característico de la adolescencia, y un aspecto de lucha para llegar a una firme sensación de sí mismo, si no lo consigue sufre confusión de su "papel" y aislamiento, no pudiendo entonces llegar a ser un adulto que funciona plenamente, con un sentido claro de identidad y con la capacidad de trabajar relaciones significativas con miembros del sexo opuesto. (Libro III pág. 438 y 439 Libro I pág. 27 y 28).

CAPITULO V

EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

El comportamiento del niño está regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla, por el condicionamiento que recibe al entrar en contacto con el medio.

El comportamiento es consecuencia del medio y sí puede alterarse; se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada, adecuada para la sociedad en que se encuentra. Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que sea aceptable socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas. Como ejemplo, cuidados dentales puede ser una de sus necesidades físicas. El que los niños acepten el tratamiento dental de buen agrado o lo rechacen totalmente dependerá de la manera en que han sido condicionados.

El condicionamiento emocional de los niños hacia la odontología al igual que hacia las otras experiencias que forman la niñez, se forma primordialmente en casa y bajo guía paterna.

El niño toma responsabilidades para su comportamiento en el consultorio dental, acepta esta responsabilidad mucho mejor de lo que creen la mayoría de los dentistas. Se le debe dar información para que el paciente pueda entender mejor como debe de comportarse.

Es necesario explicar al niño en términos específicos como debe de reaccionar. El dentista debe respetar la capacidad y deseo del niño a entender lo que sucede, y responder positivamente. El niño necesita apoyo continuo e información para reforzar el comportamiento deseado.

Es responsabilidad de los padres inculcar en sus hi-

jos actitudes convenientes hacia la odontología, el dentista - puede ayudar asegurándose de que los padres estén totalmente - informados y educados sobre los fundamentos más necesarios de - la psicología infantil. El dentista deberá aceptar esta obli - gación como parte sistemática de su práctica. Si quiere tener buenos pacientes infantiles, primero tendrá que educar a los - padres. El dentista que no lo haga, no está usando todos los - medios disponibles para el manejo del niño.

Antes de educar a los padres el Cirujano Dentista de - berá estar consciente de los problemas que existen en el medio familiar, como son la naturaleza del niño, del miedo y la an - siedad, de esta manera podrá aconsejar a los padres clara e in - teligentemente sobre el comportamiento y actitud que deben mos - trar a los niños. (Libro IV pág. 14 y 16).

A) Medio Ambiente.

Las acciones recíprocas del niño con el medio ambien - te podrán tener lugar en forma de interés físico o verbal, o - de mirar, observar o perseguir algo en el medio exterior. Ade - más, la actitud del niño podrá ser en forma de pensamiento, al - prestar atención de algo dentro de sí mismo.

La influencia del medio sobre la actitud del niño es importante los efectos de nuevos paisajes, nuevos materiales, - personas nuevas e ideas de uno mismo, pueden considerarse des - de muchos puntos de vista como algunos de los elementos de la - situación que permiten al niño estar activo.

El medio ambiente en el consultorio dental es un fac - tor muy importante. El consultorio completo desde la sala de - recepciones hasta la sala de tratamiento, pueden tener un tema definido. Decoraciones y accesorios que describan situaciones como el circo, el oeste, o el espacio o canciones de cuna, que dan un toque cálido y de fantasía al consultorio y tienden a - desvanecer el miedo.

Una música apenas audible y relajante en la sala de - recepción tiene efectos reconfortables en los padres y el niño,

y hace desaparecer la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa.

Debemos procurar que la sala de espera sea similar - en varios aspectos al medio familiar haciéndola cómoda y cálida y que de la sensación de que los niños frecuentan el lugar y no les resulte desconocido. Al hacer ésto el Cirujano Dentista superará gran parte de las sospechas que siente cada niño. Una de las más sencillas formas de lograr ésto es apartar un rincón de la sala de espera especialmente para ellos que -- tengan disponible sillas y mesas de niños donde puedan sentarse y leer o hacer sus tareas.

Tenga a mano una pequeña biblioteca con libros para niños de todas las edades. Existen muy buenas revistas infantiles que todos los odontólogos deberían de adquirir suscripciones. También se pueden conservar en la sala algunos juguetes sencillos y resistentes para los muy pequeños.

Las tarjetas que recuerden las citas y las notificaciones deberán ser atractivas para que los niños sientan que les son enviadas a él. Un dibujo de un personaje de cuentos - en las tarjetas ayudará en este sentido.

La sala de operaciones puede hacerse más atractiva al niño si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno.

Haga que la ayudante aprenda a hacer animales u -- otros dibujos u objetos con bolas de algodón. Esto resulta -- muy divertido para los niños. Por otro lado debemos evitar -- que los niños pacientes vean sangre o adultos con dolores. Las personas con ojos enrojecidos de llorar o perturbadas emocionalmente enervarán a los niños. Evite que los niños vean a esos pacientes, haciendo que salgan por otra puerta teniendo en cuenta todos estos factores que puedan hacer un medio ambiente propicio y agradable el manejo del niño en el consultorio dental será el adecuado. (Artículo 2 y 5 Libro IV pág. 1 y 6).

B) Ansiedad Materna.

La relación de las ansias maternas con el comportamiento del niño en su experiencia dental es el sujeto de interés continuo para los profesionistas de odontología quien busca métodos para predicar el comportamiento del niño y modificarlo.

Investigaciones recientes han demostrado que la ansiedad materna puede ser medida por la Escala de Taylor de ansias manifiestas que está relacionada a la conducta no cooperativa del niño en el consultorio dental.

Wright y Alper encontraron una relación entre la ansiedad materna y la cooperación del niño durante el tratamiento dental concluyendo que la relación es de gran importancia para los niños de 3 y 4 años.

En un estudio posterior Wright, demostró el afecto benéfico de un previo contacto en el cual demostró que enviando a las madres cartas preparatorias para que los niños estuvieran enterados de lo que sería su primera visita dental. El objetivo de ese estudio es preparar a los niños y a los padres para la primera visita dental, se utilizaron 124 niños con edad de 3 y 6 años y que no tuvieran experiencia dental previa, todos fueron acompañados por la madre.

Los niños fueron divididos en grupo experimental y grupo control, todos los procedimientos de la visita dental fueron los mismos en ambos grupos, excepto que en grupo experimental las madres recibieron la carta previa a la visita dental, en el desarrollo de esa carta se trata de ser breve, ofreciendo consejos a la madre y evita toda clase de terminología dental ya que ésta podría producir miedo al niño. Las madres reconocieron y apreciaron la atención del dentista para explicarle en qué consiste la primera visita dental y explicándole principalmente que debe estar tranquila cuando el niño esté en el consultorio si no de lo contrario transmitirá esa angustia a su hijo. Concluyendo que el breve contacto con la madre antes de la visita dental, como un medio para modificar la ansiedad de la madre y la conducta del niño, estos factores jus-

tifican el uso de la carta porque el tratamiento odontológico de un niño involucra un triángulo de personalidad niño-madre y dentista.

Pinkham reportó varios procedimientos antes de la -- primera visita dental, en el estudio se utilizaron 24 niños de 3 y 5 años, dividiéndolos en tres grupos, el grupo I fue el de control y sin experiencia dental previa; el grupo II experimental, con la previa visita de la madre a la sala de recepción -- una semana antes de la examinación, el grupo III experimental, fue la visita de la madre y el niño al cuarto de recepción y -- la separación del niño para ver un video tape de un niño en su primera visita dental, una semana antes de que tuviera visita-dental.

En investigaciones previas las madres dijeron que -- los niños quienes habían visto el video de la cita dental mejo-raba su comportamiento en su cita dental.

Todos los niños en la primera visita experimentaron- la toma de radiografía de aleta mordible, examen bucal y profi-laxis. Todas las madres completaron la forma de la escala de-Taylor para medir su ansiedad antes de que los niños fueran al operatorio. Los resultados de dicho estudio no mostraron una-diferencia significativa entre los tres grupos, sin embargo, -- los grupos que tuvieron experiencias previas a la visita den-tal (grupo II y III) dieron a la madre una ansiedad menor que-la que tuvieron las madres del grupo I).

Las ansias, por otra parte, son muy difíciles de de-finir. Envuelven un cambio psicológico, como también un senti-miento subjetivo y objetivo que resulta en un incremento de -- actividades del sistema nervioso autónomo.

Según Sharman discute también algunos aspectos del - manejo del niño.

Divide los miedos en: objetivos y subjetivos.

Los miedos objetivos son aquellos producidos en res-

puesta a un estímulo sensorial. Un niño puede tener una experiencia previa dolorosa en el consultorio dental o en el hospital y entonces un contacto subsecuente en situación similar le producirá miedo.

Ver un traje blanco puede recordarle al niño la experiencia dolorosa, él también puede recordar el olor de una droga en un encuentro previo y responderá con miedo cuando es sometido al olor otra vez.

Los miedos subjetivos son adquiridos de otros, sin tener experiencia individual ellos mismos, estos miedos también pueden ser adquiridos de la televisión, amigos y libros.

Sherman concluye que el miedo es una manifestación emocional la cual disminuye el umbral del dolor, por lo que un dolor producido es agrandado, llevándose a cabo una gran apreciación.

El miedo es una reacción primitiva, donde el valor del intelecto frecuentemente es escaso.

Los niños temen a la odontología objetivo y subjetiva, por lo que es imperativo que el miedo y la ansiedad de nuestros pacientes sean analizados y preparar un apropiado plan para ayudar a vencerlos. (Artículo 2, 3 y 4).

C) Factores Socio-Culturales.

Varios estudios en odontología han medido el efecto de la clase social sobre la conducta del niño y los padres. El hogar en que resulta económicamente fácil proporcionar al niño todo lo que necesita no estará tal vez en condiciones en cambio de proporcionarle oportunidades de depender de sí mismo o de sentir aquello que necesita que se haga. Podrá llegar a sobreestimar la importancia del yo si cada una de sus necesidades es atendida y cada uno de sus deseos es satisfecho.

Los resultados de Weight y Alpern reportaron un buen grado de cooperación de los niños de clase social media o baja. La contribución de clases sociales a la conducta cooperativa -

puede ser hipnotizada, es arriesgado generalizar esta escasa información y relacionarla al paciente individualmente.

A pesar de la dirección de los antecedentes los cuales han estado basados sobre grandes grupos de estudio, los clínicos han tenido la experiencia de establecer un reporte con grupos de clase socio-económica baja.

Cada subcultura tiene sus propias cualidades o rasgos, diferencias de religión, origen étnico, tamaño de la familia, en suma estas cualidades pueden diferir de acuerdo a sexo, clase social y antecedentes religiosos.

Los padres de clase social baja utilizan más castigos físicos y ridiculizan al niño como técnica de control. Si el niño ha sido acostumbrado a ser ordenado, restringido o engañado.

Estos aspectos pueden ser los recursos para iniciar el manejo de su conducta en el consultorio dental. Pero sin olvidar que el hogar es sin duda alguna, el factor más importante para modelar la personalidad del niño. Es el hogar el que gobierna el destino del niño en su medio social y cultural (Libro II Pág. 51-52 Artículo 4).

D) Relaciones con sus hermanos.

Las relaciones entre hermanos aunque no son tan importantes como las relaciones con los padres, también influyen en el comportamiento del niño. Entran a formar parte de la personalidad del niño la dominación de un hermano mayor o el dominio del niño sobre un hermano más pequeño. La rivalidad que puede existir entre hermanos por el afecto de sus padres o de algún otro miembro de la familia puede influir en el patrón de comportamiento del niño, dentro del consultorio.

La ciencia social considera a los hermanos como una fuente potencial de ansiedad y miedo. La mala conducta del niño pequeño en el consultorio puede ser resultado directo de la influencia del hermano mayor y a éste se le llama el fenómeno de conducta contagiada.

El proceso de reproducir la conducta exhibida por un modelo se le llama "identificación". Como consecuencia del modelaje o imitación el niño piensa, siente y se comporta como su modelo. Esto no puede suceder sin un conocimiento consciente por parte del niño más pequeño.

La actitud desarrollada por el hermano mayor es un sistema prefabricado para que el hermano menor aprenda de él, - ésto es particularmente verdadero si el hermano más pequeño no ha tenido experiencia dental.

El niño que nace primero tiene la conducta de sus pa-dres como modelo, los niños que nacen después además de tener a los padres como modelo tienen a los hermanos más grandes. -- Cuando el niño observa a sus hermanos en los procedimientos -- dentales, éstos no deberán ser atemorizados a la observación, - los movimientos deben ser lentos y la instrumentación mínima, - recordando que los ruidos fuertes son desconcertantes para el niño pequeño.

El dentista deberá tomar la decisión si o no permiti-rá el procedimiento de modelaje. El deberá colocarse en el lūgar del observador preguntándose ¿Cómo reaccionaría observando esta experiencia si yo fuera niño?

Según estudios Gose probó el efecto del modelaje en 75 pares de hermanos en los cuales los más pequeños tenían de 3 y 5 años y los más grandes 11 años. En el grupo experimen-tal (modelaje) los hermanos más pequeños observaron varios pro-cedimientos que fueron realizados en los hermanos más grandes - durante 2 citas, en la primera fue una examinación, y en la -- 2a. procesos restaurativos, inmediatamente después de ésto, -- los mismos procedimientos fueron realizados en los hermanos -- más pequeños. El grupo control en el cual a los hermanos nunca se les permitió estar en el operatorio al mismo tiempo, ya-que el grupo experimental fue el único que pudo permitir que - los hermanos más pequeños observaran los procedimientos del -- tratamiento y la conducta del paciente - dentista antes de ser tratados ellos mismos.

Ghose y Col. encontraron que la diferencia total en-

La conducta dental entre el grupo experimental y el de control fue grandemente significativa, ya que indica una influencia benéfica de los hermanos más grandes sobre la conducta total de los pacientes más pequeños, los niños en el grupo experimental mostraron mejor conducta durante la entrada al operatorio, y en su tratamiento. Una diferencia no significativa en la conducta podría ser atribuida a lo extenso en la diferencia de edades (3-11 años) o a la diferencia de sexo entre los pares de hermanos, la presencia de los hermanos mayores parecen mejorar la conducta del paciente pequeño en las visitas dentales subsiguientes. (Artículo 6 libro IV pág. 25-26).

E) Fuentes de conducta no cooperativa en la familia

La mala conducta puede ser causada por:

- Conducta contagiosa.
- Amenazar al niño con el dentista como un castigo.
- La bien intencionada preparación del niño pero impropia.
- Discusión de la odontología con lo que ha oído el niño.
- Ansiedades de los niños tanto internas como externas.

Si un niño siente que es incapaz de manejar los problemas de su medio ambiente, los problemas pueden ocurrir.

Es muy raro encontrar una madre que lleve a su hijo al consultorio dental sin aprensiones ni confianza sobre cuál será su reacción al tratamiento. El dentista puede hacer mucho en la educación de los padres, para que éstos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con dudas y miedo. Para los padres, será de gran consuelo saber que no serán necesarias medidas extremadas de disciplina y que el niño participará gustoso en la nueva experiencia. La madre se tornará más entusiasta sobre el bienestar dental del niño, y tenderá cada vez menos a esperar hasta que le duelan los dientes para traerlo al consultorio dental. De esta manera existirá una rela --

ción más satisfactoria entre el dentista y la familia. Si se informa a los padres de ciertas reglas sencillas a seguir antes de traer al niño al dentista por primera vez, será de gran ayuda para ellos y para su hijo. La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá empezar de preferencia antes de que el niño tenga la edad suficiente para ser impresionado adversamente por influencias externas. Se puede facilitar esta guía a gran escala por varios medios o individualmente.

Pida a los padres que no expresen sus miedos personales enfrente del niño. La causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales en el dentista. Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables, pueden evitar el miedo explicando de manera agradable, y sin darle mucha importancia qué es la odontología y lo amable que va a ser el dentista. Para los padres que aún temen los servicios dentales, se les puede explicar -- con técnicas moderna, la mejor comprensión del manejo del niño y técnicas operatorias mejoradas, no hay necesidad de que el niño tema al trato. Se ha avanzado enormemente en el alivio del dolor en odontología. El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al tratamiento dental, encontrará que paga dividendos, ya que el niño apreciará más la odontología. Generalmente, se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño.

Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

Instruya a los padres para que nunca utilicen la odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

Pida a los padres que familiaricen a su hijo con la odontología llevándolo al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo. El odontólogo deberá cooperar plenamente, saludando al niño con cordialidad y llevándole a recorrer el consultorio, explicándole y haciéndole demostraciones con el equipo. Algún pequeño regalo al fi -

nal del recorrido, hará que el niño sienta que acaba de hacer un amigo.

Explique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos esto ayudará a dar valor a su hijo. Existe una correlación entre los temores de los niños y los de sus padres.

Aconseje a los padres sobre el ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por su parte para llegar a formar niños bien centrados es generalmente un paciente dental bueno.

Recalque el valor de obtener servicios dentales regulares, no tan sólo para preservar la dentadura, sino para formar buenos pacientes dentales. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.

Pida a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista. Este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.

Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de -- burlas, o ridiculizando los servicios dentales. En el mejor de los casos tan sólo crea resentimientos hacia el dentista y dificulta sus esfuerzos.

Los padres deberán estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre odontología que pueden llegar de fuera.

El padre no debe prometer al niño lo que va a hacer o no el odontólogo. El dentista no debe ser colocado en una situación comprometida donde se limita lo que puede hacer para el niño. Tampoco deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no les va hacer daño. Las mentiras sólo llevan a decepción y desconfianza.

Varios días antes de la cita, debe instruirse a los-

padres, que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista. Los padres nunca deberán forzar las cosas, mostrar al niño exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

Los padres deberán encomendar al niño a los cuidados del dentista al llegar al consultorio, y no deberán entrar a la sala de tratamiento a menos que el odontólogo así lo especifique. Cuando lleguen a la sala de tratamiento, deberán actuar tan sólo como expectadores invitados.

F) Preparación del niño hacia la odontología.

El Cirujano Dentista, no se explica totalmente el comportamiento del niño en la silla dental ya que existen gran cantidad de interferencias interpersonales que alteran el patrón de comportamiento de todo niño que visita al dentista. Por ejemplo el miedo representa para el dentista el principal problema de manejo, y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental.

Cada niño reaccionará al miedo de manera diferente, basándose en las influencias del miedo y en su herencia, puesto que en la formación de la personalidad interfieren factores hereditarios.

Las relaciones entre padres e hijos, se cuentan entre las principales relaciones entre padres e hijos por ser las más íntimas, y por lo tanto, las más potentes para determinar el comportamiento emocional del niño cuando se considera el núcleo y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad individual del niño. Si las actitudes de los padres son defectuosas, el comportamiento del niño puede alterarse, hasta el punto de convertirlo en paciente dental insatisfactorio.

Por otro lado, si los padres muestran actitudes salu

dables hacia sus hijos, los niños serán bien educados, se comportarán bien y, por lo general, serán buenos pacientes. En la mayoría de los casos, el comportamiento del niño en el consultorio odontológico es un excelente indicador de las actitudes de sus padres hacia él.

Es interesante observar que el comportamiento del niño puede fluctuar en períodos de tiempo muy pequeños. Puede -- que a los dos años el niño coopere y sea bien educado, mientras que a los dos años y medio se vuelva difícil y contradictorio. A los tres años es amigable y tiene buen dominio de sí mismo, mientras que a los cuatro o cuatro y medio puede volver atrás en su comportamiento y ser dogmático y difícil de controlar.

También podemos decir que el comportamiento poco cooperativo de un niño en el consultorio odontológico está generalmente motivado por evitar lo desagradable y doloroso. A pesar de que el niño quiera agradar, se le hace imposible ser -- complaciente en presencia de un miedo insoportable al dolor, -- puesto que el miedo proviene de un nivel cerebral inferior que la razón. El condicionamiento total del niño regirá su comportamiento emocional en el consultorio dental por ejemplo: Si -- el niño aprende que en el consultorio dental no va a lograr nada con mala conducta perderá motivación para seguir comportándose así. También es importante saber que no se puede hacer -- trato con un niño de corta edad acerca de su comportamiento.-- En esta situación es mejor autoridad benévola que darle al niño a elegir sobre su acción.

Por lo tanto si se maneja al niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener su cooperación. Una vez logrado dicha cooperación deberán realizarse los trabajos correctivos sin ningún retraso. (IV Pág. 29-30)

CAPITULO VI

TECNICAS DE MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Las técnicas de manejo deben buscar desarrollar una atmósfera en el consultorio dental que promueva una confianza mutua entre el operador y el paciente con liberación de temores.

Es necesario eliminar los enfrentamientos de poder; ni el dentista ni el niño están en un concurso de control sino que ambos compoartiendo la participación y el control, ganan acercándose entre sí. El niño no es un medio para competir y demostrar poderes en el manejo de conducta, el dentista debe poner todo su esfuerzo para conseguir y mantener una buena relación niño-dentista. El paciente merece que se le brinde todo el tiempo necesario para ganar su amistad y cooperación, ya que una vez obtenida, el tratamiento será más agradable, efectivo y satisfactorio.

La actitud y sentimientos del dentista son importantes para establecer la comunicación, lo primero, es ganar la atención del niño; y segundo, expresar las órdenes en un lenguaje que pueda comprender con lentitud y claridad. Lo importante de estas dos recomendaciones da como resultado la comunicación.

Establecer una buena comunicación es el objetivo principal para el dentista que va a tratar niños. Son muchas las formas de hacerlo, en lenguaje apropiado, una sonrisa, una caricia.

En las técnicas de manejo deben utilizarse cuatro factores primordiales: firmeza, constancia, amor y guía.

Hay muchas técnicas "buenas" para controlar la conducta del niño en el consultorio dental, pero hay que tomar en cuenta: que no todos los pacientes son iguales, y cada uno tiene características físicas y emocionales que determinan sus

reacciones individuales, por lo que dos niños a los que se - - quiera manejar con la misma técnica efectiva, pueden reaccio - - nar de distinta manera, obteniendo más éxito en uno que en - - otro. Además no existen dos dentistas iguales, aún usando el mismo procedimiento en sus pacientes obtendrán resultados dife - - rentes.

Este es el hecho que provoca discusiones y distintas opiniones sobre la efectividad de una o de otra técnica de -- control, estableciendo preferencias que no van a demostrar su éxito por su cantidad. Hay que tomar en cuenta que cada opera - - dor tiene distintas tolerancias que en un momento dado estable - - cen el tratamiento empleado. Esto es, que para un dentista la mala conducta de un niño difícil específico puede ser muy seve - - ra y determine que es necesario una manipulación rígida, mien - - tras que para otro, que probablemente tenga más paciencia, no - - sea tan grave el problema y pueda resolverlo con orientación o formas más benévolas.

Esto es muy confuso, pero en esencia, el uso de una técnica de control de conducta no debe depender de reglas fi - - jas, sino que el éxito estará dado por los rasgos personales, - - por las habilidades y la destreza que el dentista utilice para servir y manejar a sus pacientes infantiles.

Pero es necesario, conocer las técnicas de manejo, - - sus indicaciones y los reportes de los resultados de su uso, y formar un amplio criterio, sobre la técnica para no rechazarla o elegirla sino que la experiencia nos demuestre que la técni - - ca de manejo tiene cualidades reales en casos específicos y la capacidad del operador que ha de realizarlas, y ya entonces va - - lorar su éxito.

A).- Persuasión.

Establecer la comunicación efectiva es uno de los -- principales objetivos en el manejo del niño.

¿Qué es comunicación?

Se puede definir como la adquisición de expresiones - - que significa la misma cosa para ti como para las personas con

los que estás hablando.

Existen muchas formas de iniciar la comunicación verbal, a muchos niños les gusta que le preguntes acerca de su ropa, en los más pequeños; a los más grandes les gusta que les preguntes acerca de sus actividades. No siempre la comunicación significa conversación. Existe la comunicación no verbal ya que tomarle la mano o acariciarle la mejilla conduce al niño a la aprobación y a la aceptación.

Los componentes verbales y no verbales de la comunicación deberán en todo tiempo ser específico y simples. Los componentes verbales deben decirse al nivel de comprensión del niño.

La actitud y sentimientos del dentista son importantes para establecer la comunicación, él debe aceptarlos no únicamente cuando son buenos pacientes, si no también cuando son rebeldes o agresivos, su actitud será de atención hacia los sentimientos y palabras del niño, las preguntas deben ser contestadas sin dar rodeos tanto como sea posible, usando lenguaje y conceptos en el nivel de entendimiento del niño.

El dentista debe escuchar al niño y no intentar callarlo porque no se gana la confianza del niño. Es importante acariciar al niño por su conducta, estas caricias deben decirle al niño su valor pero no sólo como paciente sino como persona.

Existen dos tipos de caricias: positivas y negativas

El dentista y su personal pueden ayudar a que el niño se sienta inseguro y temeroso, esto pasa cuando damos muchas caricias positivas, éstas se llevan a cabo verbalmente con frases y físicamente por el contacto y la proximidad.

Las caricias positivas son palabras de aceptación y estímulo, caricias físicas, sonrisas y guiñar el ojo.

Las caricias negativas deben ser evitadas, éstas se-

refieren a arrugar el entrecejo y amenazar con acciones físicas, si uno frecuenta las caricias negativas para adquirir la conducta deseada, deberá tener mucho cuidado y estar consciente del daño que se le ocasiona al niño.

Para que exista una comunicación apropiada debe haber un entendimiento entre el dentista, lo que está diciendo y lo que el niño entiende.

Si no existe ésto entonces lo que hay es entendimiento vacío.

Los niños de 2½ y 3 años son generalmente incapaces de entender las expresiones directas y súplicas respecto a los objetos presentados, por ejemplo; se un niño bueno, estate - - quieto, ésto es poco probable de ser entendido porque el niño no sabe lo que es "ser bueno" o "no te muevas".

Los niños de 3, 5 y 7 años tienen mayor desarrollo intelectual y por lo tanto involucran el desarrollo de abstracciones, además las fantasías son muy notables.

Los niños de 5 a 9 años son capaces de actuar socialmente y asumir brevemente otro punto de vista, razonan muy poco y están bastante limitados, son incapaces de entender las consecuencias de sus acciones.

B).- Técnica de la Desensitización.

La terapia de desensitización es una prominente técnica psicológica que ha sido aplicada en el problema de las fobias dentales, su principal objetivo es que el niño se someta al tratamiento dental sin excesivo temor, de tal manera que pueda razonar y dominarse mientras se va adaptando.

Es un nuevo método de tratamiento de fobias dentales basado en terapia conductal, el paciente es enseñado a relajarse mientras observa la situación a la que se enfrenta y a lo que le rodea. Esto va a inhibir la ansiedad hacia la odontología y el paciente aprende a generalizar la relajación con el consultorio dental.

Los que tratan la conducta han encontrado que la desensitización sistemática es una de las formas más efectivas para reducir la ansiedad mal adaptada.

La aplicación más común de la desensitización sistemática, es enseñar al paciente a tener una relajación muscular profunda, y después comenzar a mostrarle escenas imaginarias -- que le provocan de menor a mayor grado de ansiedad, poco a poco, de tal modo que puede ir dominando una a una la ansiedad y sustituirla por la relajación.

En la desensitización pura (mostrar y decir) se le explica al paciente con los términos más simples los instrumentos y el equipo, y se le permite tocarlos, sentirlos y operarlos cuando es posible.

Sin embargo, en la práctica odontológica la técnica de desensitización utilizada es similar a "decir, mostrar y -- hacer", manipulación popularizada por Addeleston, quien expresa que "constituye los principios de los hombres".

Esta técnica se usa especialmente en la primera visita de un niño, en citas subsecuentes cuando van a ser utilizados nuevos procedimientos dentales y cuando pacientes ya experimentados refieren que sus dentistas anteriores no les han explicado lo que hacen, y lo desconocen aunque ya hayan pasado por esa experiencia. La técnica es muy sencilla, su objetivo es contrarrestar el temor del niño a un nuevo y extraño ambiente y tipo de gente.

Este temor va disminuyendo al decirle al niño lo que se le está haciendo, mostrando lo que se le va hacer y realizarlo inmediatamente mientras se le repite la explicación inicial. Este procedimiento "decir, mostrar y hacer" debe ser -- continuo, desde la entrada del niño al consultorio y durante todo el tratamiento. En la primera visita se debe intentar colocar y mantener al niño en una forma relajada. Mientras cada instrumento o procedimiento es introducido al niño debe tenerse cuidado en el uso de "decir, mostrar y hacer", manipulando gradualmente una orientación del niño hacia los estímulos cau-

santes de ansiedad. Esto debe hacerse hasta que el sea capaz de cooperar en el tratamiento.

Gale y Ayer reportan la desentización como un método exitoso en el tratamiento de fobias dentales. Este es un ejemplo de esta técnica usada en el consultorio odontológico - adaptada por Berenie. "¡Hola Mary, son el Dr. Jones y ésta es mi ayudante la señorita Smith, tenemos mucho gusto de conocerte, podemos ser tus amigos y ayudarte!"

¡Este es mi consultorio donde limpiamos los dientes de los niños, tiene un sillón especial que se mueve para que te sientas cómodamente. Esta es una brillante lámpara que ilumina tus dientes para que podamos verlos, todos, tenemos muchos gabinetes con cajones como la cocina de tu mamá, donde guardamos todos nuestros cepillos y otras cosas!

¡Esta es una cámara especial para tomar fotos de tus dientes! (El aparato de RX)

¡Voy a contar tus dientes con un contador de dientes especial! (cuando se comienza el exámen bucal y se utiliza el explorador). ¡Vamos a utilizar un cepillo de dientes eléctrico y una pasta de dientes especial! (como introducción a la profilaxis).

¡Voy a poner a dormir tu diente para no molestarlo, se quedará dormido y vas a sentir como cuando se duerme tu mano, pero tú estará despierto para platicar con nosotros. Vamos a usar una pasta dormidora y una agua dormidora con una máquina especial que ayuda a hacer dormir tu diente! (cuando se utiliza la anestesia).

¡Voy a ponerte un impermeable especial para dientes para que el agua que utilizemos salga de tu boca. Usaremos un sostenedor y un broche para poner el impermeable en tu diente! (al utilizar el dique de hule).

¡Vamos a usar un silbato de agua para quitar la caries y los microbios de tus dientes, y después pondremos un ta

poncito de plata para hacerlos fuertes otra vez! (durante procedimientos restaurativos)".

Este procedimiento requiere de varias citas antes de iniciar el tratamiento y debe ser continuado a través de él.-- Generalmente la primera visita trata de que el niño conozca el nuevo ambiente sin introducirlo en ningún procedimiento dental. En la siguiente será suficiente con sentarlo en el sillón, enseñarle el funcionamiento de algún aparato y presentarle el espejo bucal. En la próxima se introduce el espejo en la boca, se le enseñan las pinzas de curación y se utilizan para limpiar sus dientes con un algodón, y se le presenta el explorador. Posteriormente, en otra cita pueden utilizarse los instrumentos hasta ahora conocidos por el niño y se introduce una copa de hule a baja velocidad para hacer una rápida profilaxis. En las siguientes visitas se introduce en la boca del niño la pieza de alta velocidad con una fresa pero sin hacer ninguna aplicación, sólo para enseñar al niño cómo hecha agua, y se introduce también el eyector de saliva, y pueden tomarse radiografías. La próxima vez puede iniciarse el tratamiento.- A través de todo el proceso va recopilándose la historia clínica. De aquí en adelante, no debe olvidarse utilizar "decir, mostrar y hacer" como continuación a la desensitización iniciada. Parece un procedimiento largo, pero cada cita inicial es muy corta y puede reducirse su número según las respuestas que se vayan registrando, además ofrece grandes garantías de obtener conductas cooperadoras.

C).- Modelamiento.

El modelamiento es un método de aprendizaje imitativo, por el cual un sujeto aprende respuestas a través de la observación de un modelo.

El uso de las técnicas de modelamiento en el consultorio dental, está en desarrollo relativamente reciente.

El procedimiento lógico va a exponer al paciente uno o varios individuos que demuestren la conducta adecuada. El paciente sometido a observar casi siempre imitará la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar. El -

modelo puede estar presente o filmado, con resultados igualmente exitosos. Se le han encontrado cuatro funciones básicas a los procedimientos de modelamiento: a) adquisición de una buena conducta, b) facilidad de comportamiento en el repertorio del paciente en una forma y momentos más apropiados, es decir, que el niño adquiere facilidad para mostrar la conducta aprendida en los momentos adecuados. c) desinhibición de una conducta que el paciente ha evitado debido al temor. d) extinción de temor asociado con un estímulo.

Se han utilizado varias formas del modelamiento, por lo tanto el orden de la técnica es el siguiente: 1) obtener la atención del paciente. 2) modelamiento de la conducta apropiada. 3) guía de dentista acerca de la conducta deseada cuando el niño intenta imitar al modelo. 4) puede darse un reforzamiento al niño, ya que se tiene mayor éxito cuando éste acompaña a la técnica de modelamiento.

Como resultado del procedimiento, el niño piensa, siente y se comporta como un modelo, aún sin que se de cuenta. El niño puede imitar los patrones de conducta rápidamente, y por lo general copiados por completo.

Existe una gran variedad de filmaciones breves acerca de instrucción dental y modelamiento de situaciones determinadas que el dentista puede adquirir para aplicarlas en su consultorio mientras los pacientes se encuentran en la sala de espera, hay algunas clínicas y consultorios privados que cuentan con salas especiales para sus proyecciones.

También hay salas operatorias con ventanas de visibilidad unilateral para que un niño pueda observar al modelo sin que se afecte a éste.

Sin embargo, la utilización del modelaje en un consultorio privado puede hacerse menos complicado, algo como lo siguiente: La primera cita se hace pasar a Jemmy a la sala operatoria al mismo tiempo que a Mike que es un paciente que acostumbra portarse bien y que funcionará como modelo. Se sienta a Mike en el sillón dental y a Jemmy en una silla cerca, donde pueda observar el tratamiento que se llevará a cabo en -

el modelo, y que será algo simple para no provocar una expresión de molestia en el niño modelo, que preferentemente fue -- elegido de la misma edad y sexo o que sea hermano del niño que necesita el modelamiento.

Al terminar esta cita se bajan los dos niños y se -- despiden juntos, y todo se repite en la segunda visita.

En la próxima vez se pasan los dos niños a la sala - operatoria y Mike se sienta en la silla de observador y Jemmy- se sienta en el sillón dental. Se sube el sillón, se prende - la lámpara, se le mantiene allí unos minutos, se baja y se despiden los dos niños.

En la cita siguiente se pasa Jemmy solo y se sienta- en el sillón dental y se comienza a hacer el exámen bucal te - niendo en cuenta que esta técnica de modelaje debe continuarse con una desensitizadora, para mantener los buenos resultados - que se hayan obtenido o bien para conseguir mejores.

D).- Modificación de la Conducta.

La modificación de la conducta es un tema ampliamen- te estudiado e investigado por la psicología, quien ha estable- cido el uso de dos tipos de modificadores: reforzadores y --- castigos.

El reforzador aumenta la probabilidad de que la con- ducta modificada ocurra otra vez y es dada para fortalecer la- acción. El castigo disminuye la frecuencia de la conducta ori- ginal. El uso constante de estos modificadores sobre una con- ducta dará por resultado un comportamiento deseado, llamándose al proceso "condicionamiento".

Este procedimiento puede ser utilizado por el dentis- ta para enseñar al niño la forma de comportarse en el consulto- rio dental. Hay varios tipos de reforzadores: Materiales: son los más efectivos ya que éstos refuerzan directamente la con- ducta del niño y cumplen invariablemente su objetivo, por ejem- plo, juguetes, dulces, etc., frecuentemente los dulces son no- civos para la salud oral. Las condiciones arruinadas de los -

dientes de los niños, comúnmente revelan el abudo de los padres de este tipo de reforzadores en la educación de sus hijos. Los premios deben ser dados únicamente después de una conducta deseada. Sociales: éstos representan la mayoría de los reforzadores conmovedores de la conducta humana. Son muy efectivos, pues la gente ha aprendido a valorar a sus semejantes y las expresiones que recibe de ellos. Entre éstos se incluyen la actitud del dentista hacia el niño, por ejemplo, elogios, atención, sonrisas, caricias, expresiones faciales de comprensión, estrecha amistad, un saludo de mano, etc. De Actividad: la actividad que le gusta al niño también se puede usar como reforzador, ejemplo: "si el niño hace lo que tú quieres, entonces ya puede hacer lo que él quiere". Puede ser que para el niño sea un reforzador al bajarse del sillón dental, no se le debe permitir hacerlo hasta que cumpla con lo que se le pide para que actúe como productor de conductas deseables. Recordatorio o de Señal: son muestras o señales que se dan cada vez que el niño tiene una conducta deseada. Los dentistas pueden usarlos en la terapia de hábitos bucales.

En odontología no hay indicaciones para utilizar castigos, aunque en ocasiones es necesaria la restricción para ganar la atención y seguridad del niño.

Toda la variedad de reforzadores debe cumplir los siguientes principios básicos: a) debe reforzar la conducta, no al niño, por ejemplo, "te portaste muy bien" en lugar de "fuiste un buen niño"; b) debe ser dado inmediatamente después de la conducta que se desea reforzar; c) debe ser específicamente claro lo que desea reforzar; d) siempre debe quedar entendido que el reforzador va después de una conducta deseada.

En el consultorio dental, la modificación de conducta no debe estar involucrada en complejos procedimientos. Es necesario explicarle primero lo que se desea que el niño aprenda, cómo puede ser sentarse quieto, tener sus manos sobre las piernas y mantener la boca abierta. Cuando se inicia la enseñanza de un comportamiento nuevo, es necesario explicar, demostrar y guiar al niño mientras lo aprenda. La imitación o modelamiento tiene un importante papel aquí. Una vez que la conducta se aproxima a lo deseado, un reforzador apropiado la me-

mejorará y la mantendrá. "La efectividad del reforzador depende de hacer entender al niño que el reforzamiento está condicionado por la conducta deseada, por lo tanto los psicólogos recomiendan que los reforzadores únicamente sean otorgados después de la conducta adecuada. El reforzamiento inmediato es también importante, pues si pasa mucho tiempo entre la conducta y el reforzador, el niño puede confundirse entre cuál fue lo que incitó el reforzamiento.

En conclusión. La técnica es una forma de educar al niño en el consultorio dental igual como debe ser educado en su casa; si tiene buenas conductas, recibe reforzamientos, si tiene mala se retira el reforzador. La diferencia es que debe comenzarse por enseñar lo que es bueno y lo que es malo, ya que el consultorio es un medio extraño para un niño.

E) Control de Voz.

Los dentistas se han dado cuenta que la calidad de la voz, lo que es llamado "control de voz" es muy importante.

Comúnmente un cambio brusco en el tono o volumen de la voz, o haciéndola más fuerte o firme, puede utilizarse para la atención del niño que no coopera, ejemplo "¡ya está bien! o ¡Basta!". No es necesariamente importante lo que se dice, sino el cambio en el modo de decirlo. Con el tono fuerte o grito casi siempre se despierta un susto inherente apreciable.

Esta misma técnica es utilizada en el salón de clase cuando el maestro no tiene la atención de sus alumnos.

El objetivo del control de voz es ganar la atención del niño, y realmente es el mismo que buscan casi todas las técnicas de control usadas en el consultorio dental. Sin la atención del niño no hay ningún significado de comunicación, y sin comunicación, el niño nunca aprenderá a ser un buen paciente dental. Se equivocará en las indicaciones, faltará la motivación, responderá inapropiadamente y pasará por alteraciones de aprobación del personal dental y de sus padres, y la mejor recompensa de todo, es la buena salud dental del niño.

F) Mano sobre boca.

Es un procedimiento muy efectivo para el manejo del niño difícil en el consultorio dental. Los tipos de problemas de conducta indicados para el uso de esta técnica son descritos con las siguientes palabras: histérica, agresiva y desafiante, en general los niños que muestran una conducta incontrolada. Este comportamiento daría una situación donde es imposible la comunicación dentista-niño, además de que si está sacudiéndose violentamente en el sillón dental, el niño puede lastimar a sí mismo o a los demás. Controlar a este paciente con el método mano sobre boca, ofrece una alternativa antes de llegar a técnicas de sedación o anestesia general.

Chambers Craig y Leibster expresan que hay un lugar limitado para la premedicación en la odontología para niños -- pero las drogas nunca deben substituir el entendimiento y cuidadoso manejo del paciente.

Con estos pacientes difíciles, es necesario la disciplina y la firmeza, y el dentista debe ser quien decida el tratamiento que se de. Levitas expresa "si el niño toma prerrogativa y dice ino quiero eso!, yo le digo: ¿sabes qué?, yo no te pregunté si quieres". Leibster dice al respecto, "es necesario que el dentista haga que sus pacientes entiendan que él va a hacer el trabajo, y que es el único que determina -- "cuándo" y "cómo será hecho". McBride dice "en mi consultorio yo digo lo que se vá a hacer, ahora tú siéntate allí y no quiero escuchar una palabra tuya". Samnson opina, "el niño debe entender tranquilo y claramente lo que se ha hecho, y si es mayor por qué será hecho, y que indudablemente a pesar de todo, será hecho".

Ya cuando el niño no quiere entender y respetar las reglas disciplinarias del consultorio y adopta conductas incontroladas, o cuando llega al consultorio con gritos y berrinches al borde de la histeria debe hacerse algo definitivo e inmediato para controlarlo, y el primer paso es hacerlo que es -- cuche lo que se le va a decir, asegurándose de que oye las palabras ordenadas.

El objetivo de esta técnica es ganar la atención del niño de tal manera que pueda escuchar lo que se le va a decir y admita el tratamiento que necesita. Criag expresa también - que el objetivo del procedimiento mano sobre boca es ganar la atención del niño para que pueda ser establecida la comunicación, y se obtenga un grado de cooperación que permita llevar a cabo un tratamiento seguro.

Levitas hace una excelente descripción del ejercicio mano sobre boca: "colocando mi mano sobre la boca del niño -- callando el ruido. Me acerco a él y le digo directamente en su oído "si quieres que retire mi mano deja de gritar y escúchame, únicamente quiero hablar contigo y ver tus dientes". -- Después de unos segundos le repito y le añado "¿estás listo para que retire yo mi mano? Casi invariablemente acepta con la cabeza. Con una última palabra de advertencia de que se -- esté quieto, quito la mano. Al dejarle la boca puede volver a llorar y decir "yo quiero a mi mamá". Inmediatamente la mano es colocada otra vez en su boca y se repite la petición de que deje de llorar, además de decirle, "¿quieres a tu mami?, y él asiste con la cabeza, y entonces le digo "correcto, pero -- debes estarte quieto y la traeré tan pronto como yo haya terminado, ¿de acuerdo?, otra vez asiste con la cabeza, y la mano es retirada lentamente, durante el ejercicio mano sobre boca, mi asistente me ayuda a sostener sus brazos y piernas para que no se lastime. Mientras el niño comienza a componerse yo empiezo a hablar de sus pecas, de su ropa, de cualquier cosa, pero acerca de lo sucedido anteriormente no es hecha ninguna referencia. Si hay un intento del niño por repetir todo, un gentil, pero firme recordatorio es generalmente suficiente para hacerlo reconsiderar. Es difícil transmitir o explicar el -- ejercicio mano sobre boca con palabras escritas, pero el control de voz y modulación son esenciales para que sea más efectivo.

Este método debe ser utilizado en niños normales, -- saludables de tres años de edad en adelante; es decir, con niños con quienes se puede razonar. Está contraindicado en niños con retraso mental y en niños muy jóvenes, pues no pueden entender su propósito. Es más efectivo en grupos de tres a 6-

años de edad. No debe utilizarse como castigo o con enojo.

En los practicantes de esta técnica existe énfasis - en un concepto: que el dentista "debe" controlar la conducta del niño. Sin embargo deben tomar en cuenta la importancia -- que representa que el dentista tenga un control extraordinario completo de sus propias emociones. Esto puede ser difícil - cuando se encuentra varios minutos dentro de un combate de gritos y patadas, pero a pesar de todo debe controlar sus respuestas. Nunca debe enojarse o mostrar su fastidio al niño, su -- manipulación debe ser tan desmotivado como sea posible. Una falla en el control de sus emociones puede ocasionar un manejo - de conducta impropia y entonces anular el propósito del dentista. Los niños pueden sentir el enojo o la insuficiencia del - operador, y cualquier ventaja ganada con el control físico, -- puede ser diluida por una pérdida subsecuente de simpatía.

Es característica de los niños que manifiestan be -- rrinches, que tan pronto que se dan cuenta que el dentista no es afectado en lo absoluto por su comportamiento se calman y - se convierten en buenos pacientes, y tan pronto como ésto sucede debe ser elogiado.

La técnica mano sobre boca, es una forma de poner un límite a los problemas de conducta de un niño en el consulto - rio dental, dándole oportunidad de razonar, comprender y adaptarse a una situación desagradable, de manera que la acepte como algo inevitable y comience a aprender a controlarse. Por - muy violento que parezca el procedimiento, es más perjudicial para el niño dejarlo con sus temores y ansiedades que seguirán creciendo mientras no comience a controlarlos. Es una técnica de control utilizada por el dentista para hacer que el niño se controle a sí mismo. El factor más importante de que depende el éxito de ella es la destreza y los conocimientos del dentista.

Finn ha expresado que antes de utilizar la técnica - mano sobre boca debe de haber sido agotados todos los medios - para establecer comunicación si ya han fallado y la conducta - del niño sigue siendo incontrolada, entonces utilizar esta --

técnica de control físico: Wilson la considera también una medida extrema pero que es justificable en casos severos. Mc -- Bride cree que esta técnica es drástica, pero que "el razocinio debe ser conquistado antes para que el cuerpo pueda ser controlado". Lampshire piensa que la técnica es una sorpresa emocional pero que no causa mayor trauma psicológico que otras experiencias encontradas comúnmente. Chambers dice que con este -- método se puede hacer consciente al niño de que sus estrategias indeseables no son necesarias, ni mucho menos satisfactorias. -- Brauer cree que hay justificación para el uso de la mano sobre-boca bajo ciertas condiciones.

G) Mano sobre Boca y Nariz.

Es una variedad del ejercicio mano sobre boca un poco más severo, y merece las mismas indicaciones y consideraciones -- que ésta. Craig la describe de la siguiente manera:

"Después de evaluar la conducta del niño y determinar que la mano sobre boca está indicada, el dentista coloca su mano suave pero firmemente sobre la boca del niño. Cuando el --- ruido cesa, se le dice al niño que cuando sea obtenida su coope -- ración se quitará la mano, algunas veces es necesario explicar -- qué cooperación se desea, durante cuánto tiempo o qué tratamien -- to será hecho. Se retira la mano para probar al paciente. Si -- el problema persiste, se vuelve a colocar la mano sobre la boca y además, se tapa también la nariz por unos cuantos segundos y -- dándoles intervalos para respirar. El dentista le pide nueva -- mente que coopere. En algunos casos puede ser necesario repe -- tir esta rutina hasta que se obtenga suficiente cooperación pa -- ra efectuar un tratamiento seguro. Casi siempre se tiene éxi -- to, puede confiarse en ello si se respeta todas sus considera -- ciones y se tiene destreza para realizar el procedimiento. -- Cuando el niño coopera, debe ser elogiado y se le debe explicar -- las razones del método empleado, y se le debe decir que se va a hacer el tratamiento con la menor molestia como sea posible. -- La mayoría de los odontopediatras que utilizan esta técnica in -- dican que el respeto del niño hacia al dentista aumenta y el -- niño comienza a ser un mejor paciente. Después de que se esta -- blece que es necesario utilizar la técnica, es apropiado dar --

una explicación a los padres".

Sright recomienda que se le de al niño un refuerzo -- miento por su conducta apropiada, por ejemplo un reconocimiento al final de la cita. También se le recomienda decirle al niño: "quiero que me hagas dos favores Johny, primero que le digas a tu papá hoy por la noche que yo te dije que fuíste un gran paciente ahora, y segundo, que quiero verte pronto aquí -- y gracias por ayudarme a hacer un buen trabajo."

Existen muchas técnicas de manejo de conducta utilizadas en los niños en el consultorio dental, pero más aún combinaciones personales de ellas hechas por autories que se dan origen a nuevos nombres en una larga lista, tal vez no haya -- sido posible describir todas aquí, pero están las que se consideran más efectivas, comunes y adaptables a cualquier situación.

RESULTADOS

Con el análisis adecuado de cada una de las etapas del desarrollo del niño pudimos observar las características específicas que van a determinar cada una de estas etapas de desarrollo psicológico y conductual, que más adelante van a ser modificadas por algunos factores tanto ambientales, socioculturales y familiares. Dando así la conducta de cada ser.

Al obtener estos resultados el Cirujano Dentista podrá realizar la técnica más adecuada de acuerdo al comportamiento y actitud que presente cada paciente dentro del consultorio dental.

Mejorando así su servicio dental al niño y finalmente logrará que la relación del niño hacia la odontopediatría sea óptima.

CONCLUSIONES

Los estudios realizados dentro de esta tesis nos dan como conclusión: Que para poder conocer mejor al niño y manejarlo adecuadamente dentro del consultorio dental es primordial conocer cada una de las etapas que comprenden el desarrollo de un niño desde su medio ambiente prenatal hasta su adolescencia, ya que cada una de estas etapas están caracterizadas o determinadas por una acción específica que la identifica y más tarde cada una de estas etapas determinará el desarrollo de la personalidad de cada individuo.

Por otro lado el conocimiento del medio ambiente familiar es otro factor importante para determinar la conducta de cada ser o de cada niño ya que este núcleo es el número 1 en determinar la conducta de los hijos.

La orientación de los padres hacia la odontología y la educación o manejo del comportamiento de sus hijos va a influir en su personalidad.

Para ésto el Cirujano Dentista tendrá que estar debidamente capacitado para poder realizar cambios en la conducta y en la personalidad del niño para poder obtener un resultado excelente en la salud de sus pacientes.

PROPUESTA Y/O RECOMENDACIONES

- 1) Que los niños no sean influenciados por sus padres a temer a la odontología.
- 2) Respetar las opiniones del niño en cuanto a su forma de -- ser.
- 3) Acostumbrar al niño a las visitas frecuentes con el dentis ta.
- 4) No crearle una imagen de fantasía sino una idea real de lo que son las cosas.
- 5) Acostumbrar al niño a respetar la cita con el dentista y - que sus padres tengan consciencia de ésto para que el niño se forme el hábito de ser puntual y cumplido.
- 6) Para el mejor logro de estas recomendaciones el dentista - deberá educar adecuadamente a los padres con respecto al - concepto de la odontología infantil.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

Autor Mussen Conger Kagan
 Título Desarrollo de la Personalidad del Niño.
 2a. Edición
 Editorial Trillas Libro 1

Autor Marian E. Breckenridge
 Título Crecimiento y Desarrollo del Niño.
 8a. Edición
 Editorial Interamericana Libro 2

Autor James P. Chaplin T.S Krawiec
 Título Psicología Sistemas y Teorías
 Editorial Interamericana Libro 3

Autor Sidney B. Finn
 Título Odontología Pediátrica
 Editorial Interamericana Libro 4

Growth and Development of the Infant
 Born Premature. Art. 1°

Jimmy R. Pinkham
 Henry W. Fields
 The Effects of Preappointment
 Procedures on maternal manifest anxiety
 Journal of Dentistry for children
 May-June 1976 Art. 2°

Autor Prem S. Sharma
Título Psychological Management of Anxiety in Young Adults.
Editorial Journal of Dentistry for Children
September - October 1976 Art. 3°

Autor Gerald 2. Wright
Título The modifiability of maternal anxiety as it relates to children's cooperative dental behavior.
Editorial Journal of Dentistry for Children
July - August Art. 4°

Autor Philip M. Biley
Título A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient.
Editorial Journal of dentistry for Children
July - August 1973 Art. 5°

Autor Leonora J. Ghose
Donald B. Giddon
Frederik R. Shiere
Título Evaluation of the maternal support
Art. 6°