

80  
207



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES**  
**"ZARAGOZA"**

**DESARROLLO PSICOEMOCIONAL DEL PREESCOLAR Y SU  
RELACION CON LA ATENCION ODONTOLÓGICA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

Adolfo Tovar Fernández  
Edgar Zepeda Roa



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## I N D I C E

	Pág
CAPITULO 1 PROTOCOLO. . . . .	1
CAPITULO 2. INTRODUCCION . . . . .	10
CAPITULO 3. DESARROLLO . . . . .	13
3.1. DESARROLLO INDIVIDUAL. . . . .	13
a) CRECIMIENTO FISICO . . . . .	15
b) CONOCIMIENTO DE SI MISMO . . . . .	19
c) DESARROLLO SENSOMOTOR . . . . .	21
d) DESARROLLO EMOCIONAL . . . . .	22
e) DESARROLLO PERCEPTIVO-CONCEPTUAL . . . . .	25
f) DESARROLLO DEL LENGUAJE . . . . .	29
g) DESARROLLO INTELECTUAL . . . . .	32
3.2. EL PREESCOLAR . . . . .	33
a) INTEGRACION DEL YO . . . . .	35
b) LA DESOBEDIENCIA . . . . .	35
c) LA IMAGEN DEL MUNDO . . . . .	38
d) LA PRODUCCION INFANTIL. . . . .	42
3.3. INFLUENCIA DE LOS PADRES. . . . .	44
a) EL HOGAR, SU AMBIENTE Y LA ACTITUD DE LOS PADRES. . . . .	45

	Pág.
b) PRACTICAS MATERNAS ESPECIFICAS. . . . .	45
c) EL EFECTO SOCIALIZADOR DEL PADRE. . . . .	45
d) TECNICAS DE DISCIPLINA. . . . .	47
e) CAMBIOS INTRODUCIDOS POR LA EDAD- EN LA CONDUCTA DE LOS PADRES. . . . .	49
3.4. FASES DE DESARROLLO . . . . .	50
a) FASE ORAL . . . . .	50
b) FASE ANAL . . . . .	51
c) FASE FALICA . . . . .	52
d) FASE DE LATENCIA. . . . .	53
e) FASE GENITAL. . . . .	53
3.5. PSICOPATOLOGIA DEL PREESCOLAR . . . . .	55
a) TARTAMUDEZ . . . . .	55
b) ENURESIS . . . . .	57
c) ANOREXIA . . . . .	57
d) TICS . . . . .	58
3.6. PSICOSIS EN LA INFANCIA . . . . .	62
a) CONDUCTA ANTISOCIAL EN LA INFANCIA. . . . .	62
b) IDIOCIA. . . . .	63
c) IMBECILIDAD. . . . .	64
d) DEBILIDAD MENTAL . . . . .	66
e) DEFICIENCIA MENTAL . . . . .	68
f) EL NIÑO HIPERQUINETICO . . . . .	70

3.7.	HABITOS BUCALES INFANTILES . . . . .	75
	a) HABITOS DE PRESION . . . . .	76
	b) HABITOS DE RESPIRAR POR LA BOCA . . . . .	79
	c) HABITOS MASTICATORIOS. . . . .	79
	d) OTROS HABITOS . . . . .	80
3.8.	METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA -- EDUCAR AL NINO. . . . .	81
	a) METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABU- CALES. . . . .	82
	b) USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES . . . . .	83
	c) EJERCICIOS CORRECTIVOS . . . . .	86
3.9.	MANEJO DEL NINO EN EL CONSULTORIO DEN- TAL . . . . .	90
	a) ASPECTOS DEL CONSULTORIO DENTAL INFANTIL . . . . .	90
	b) PERSONALIDAD DEL ODONTOPEDIATRA . . . . .	93
	c) CONVERSACION DEL DENTISTA . . . . .	94
	d) CONOCIMIENTO DEL PACIENTE PREESCOLAR . . . . .	95
	e) REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTO- LOGICA. . . . .	98
	f) ATENCIONES AL PACIENTE . . . . .	102
	g) HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL DENTISTA . . . . .	103
	h) LENGUAJE APROPIADO . . . . .	104

## 3.10. DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

PARA PACIENTES INFANTILES. . . . . 105

CAPITULO 4 ANALISIS DE RESULTADOS . . . . . 122

CAPITULO 5 CONCLUSIONES . . . . . 125

CAPITULO 6 RECOMENDACIONES. . . . . 127

CAPITULO 7 BIBLIOGRAFIA . . . . . 128

## CAPITULO I

PROTOCOLO

## FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

Fundamentación teórica.- Existe una relación entre el desarrollo emocional, conductual de los individuos durante la etapa escolar o su comportamiento ante la experiencia del consultorio dental. Esta relación debe ser del conocimiento del profesional, ya que con él emprenderá una actitud adecuada en la relación paciente-odontólogo.

Por medio de este conocimiento, se mejora el trabajo del odontólogo, en tiempo, simplificación de trabajo y costo-beneficio. Así como la mejor aceptación del dentista con el paciente. Es indudable la importancia que en la actualidad se le considera a los problemas, en todos los aspectos de la vida, buscando la solución a ellos en una base fundamental de salud física, mental y social que constituirá un mejoramiento en la situación de salud del individuo.

Para obtener un informe del niño en edad preescolar y llevar a cabo la práctica dental, es necesario tener alguna idea sobre su idioma, desarrollo motor y social.

Fundamentación Social. - El conocimiento del desarrollo psicoemocional del preescolar por parte del odontólogo ofrecerá a los individuos una alternativa para la solución a sus problemas de superación dentro de la sociedad más acorde con sus características psicoemocionales.

Fundamentación Personal. - El conocimiento del desarrollo psicoemocional del preescolar y su relación en la atención odontológica nos brinda en lo personal un área de trabajo en la práctica odontológica que a pesar de su importancia ha sido, poco considerada, asimismo contribuirá en nuestra formación profesional.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se han establecido infinidad de corrientes psicológicas las cuales abarcan cada una de ellas parte de los factores que intervienen en el desarrollo psicoemocional del preescolar.

Todos los factores que intervienen en la formación del preescolar son los siguientes: La identidad del preescolar en sí, la influencia de los padres en el preescolar, las distintas fases del desarrollo en el preescolar, las posibles psicosis en la infancia, los hábitos bucales infantiles en el preescolar, principalmente en la fase oral, los métodos --



periciencia del niño.

La autósfera es la vida interna de fantasía del niño.

La microsfera es el mundo de juegos que se crea pequeño, compacto, fácil de manipular y circunscrito.

Piaget en 1926 en sus estudios realizados se encuentra una descripción detallada de la estructura del pensamiento, - que comprende de los 2 a los 7 años a la cual denomina preoperacional.

Durante la fase preconceptual, que dura aproximadamente hasta la edad de 4 años el niño construye símbolos y utiliza el lenguaje y realiza juegos de simulacro.

La etapa siguiente que es la del período del pensamiento inductivo.

Inductivo: El niño no pasa de lo particular a lo general, dura desde la edad de 4 años hasta la edad de 7 y 8 - - años.

Según Piaget en el desarrollo del lenguaje en la edad preescolar hay dos etapas fundamentales: Lenguaje egocéntrico y socializado.

Existirán una o varias corrientes psicológicas que analicen todos los factores que intervienen en el desarrollo -- psicoemocional del niño entre 1 y 6 años de edad y que el conocimiento de éstas brinden al odontólogo una superación en la atención odontológica del preescolar.

## OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.- Determinar cuáles son las corrientes psicológicas de los últimos treinta años más adecuadas para determinar el desarrollo psicoemocional del preescolar de importancia en la atención odontológica.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1). Identificar cuáles son las corrientes psicológicas que determinan el desarrollo psicoemocional del preescolar, más útiles al cirujano dentista para la atención del niño en edad preescolar.

2). Determinar cuáles son los factores de formación de la conducta del preescolar y así, ver cuál es la relación -- que guarda con respecto de estos en el consultorio dental.

3). Determinar el grado de dependencia que guarda la -- odontología clínica con respecto a la formación psicoemocional del individuo preescolar.

## HIPOTESIS DE TRABAJO

"Existen dos corrientes psicológicas la de Erickson y Piaget que en su contenido analizan los factores, que determinan el desarrollo psicoemocional del preescolar y que a su vez brindan al odontólogo una superación en la práctica odon

tológica del preescolar".

Se utilizarán los parámetros establecidos por la AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, para la comparación de las distintas corrientes que determinan el desarrollo psicoemocional del preescolar que son los siguientes: 1.- Normal, - - 2.- Perturbación Cerebral Orgánica, 3.- Trastornos de conducta reactivos, 4.- Trastornos de conducta neuróticos, 5.- Trastornos del carácter neuróticos, 6.- Neurosis, 7.- Psicosis de la niñez y adaptaciones esquizofrénicas, 8.- Personalidad Psicopática, 9.- Retardo mental. (20, 21).

Se establecerán las siguientes variables independientes y dependientes. Como variable dependiente la atención odontológica y como variable independiente, las distintas corrientes psicológicas.

Como categoría EL DESARROLLO INDIVIDUAL y como subcategorías: a.- Crecimiento físico, b.- Conocimiento de sí mismo, c.- Desarrollo sensomotor, d.- Desarrollo emocional, e.- Desarrollo perceptivo-conceptual, f.- Desarrollo del lenguaje, g.- Desarrollo intelectual, (7,8).

Como categoría LA INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL PREESCOLAR y como subcategorías: a.- El hogar, su ambiente y la actitud de los padres, b.- Prácticas maternas específicas, - c.- El efecto socializador del padre, d.- Técnicas de disciplina, e.- Cambios introducidos por la edad en la conducta -

de los padres. (2,9,10,11,12).

Como categoría LAS DISTINTAS FASES DEL DESARROLLO EN EL PREESCOLAR y como subcategorías: a.- Fase oral, b.- Fase - - anal, c.- Fase fálica, d.- Fase de la latencia, e.- Fase ge- nital (10,4,1,3).

Como categoría PSICOPATOLOGIA DEL PREESCOLAR y como sub- categorías: a.- Tartamudez, b.- Enuresis, c.- Anorexia, - - d.- Tics. (5,6).

Como categorías LAS POSIBLES PSICOSIS EN LA INFANCIA y- como subcategorías: a.- Conducta antisocial en la infancia, - b.- Idiocia, c.- Imbecilidad, d.- Debilidad mental, e.- Defi- ciencia mental, (14, 13, 18).

Como categorías HABITOS BUCALES INFANTILES EN EL PREES- COLAR (FASE ORAL) y como subcategorías: a.- Hábitos de pre-- sión, b.- Hábitos de respirar por la boca, c.- Hábitos masti- catorios, d.- Otros hábitos. (9, 12, 16, 17).

Como categoría METODOS PSICOLÓGICOS UTILIZADOS PARA EDU- CAR AL NINO y como subcategorías: a.- Adiestramiento extrabu- cales, b.- Uso de instrumentos intrabucales para éllminar há- bits nocivos, c.- Ejercicios correctivos (16, 19, 18).

Como categoría MANEJO DEL NINO EN EL CONSULTORIO DENTAL INFANTIL y como subcategorías: a.- Aspectos del consultorio- dental infantil y personal auxiliar, b.- Personalidad del - - odontólogo, c.- Conocimiento del paciente preescolar, e.- Reac-

ciones a la experiencia odontológica, f.- Atención al paciente, g.- Habilidad y rapidez del dentista, h.- Lenguaje apropiado (15, 16, 19).

### MATERIAL Y METODOS

Recursos humanos.- Dos investigadores y un asesor.

Recursos físicos.- Dos máquinas de escribir, un automóvil, 5 bibliotecas, hojas de papel, lápices, plumas, plumones, gomas, dos escritorios.

Recursos financieros.-

Artículos de escritorio	\$ 3,000
Transporte	15,500
Imprenta	30,000
Libros	<u>10,000</u>
T o t a l	\$58,000

Todos los recursos financieros serán aportados por los investigadores responsables.

### METODOS

Método de investigación bibliográfica y documental.

## CRITERIOS DE SELECCION

- a.- Libros editados desde 1955 a la fecha.
- b.- Libros editados nacional e internacionalmente.
- c.- Libros que contemplan el desarrollo psicoemocional del preescolar.
- d.- Tipo de población de los 6 años.
- e.- Tipo de población mixto.
- f.- Población nacional e internacional

## METODOS DE ANALISIS DE LA INFORMACION

La información será analizada descriptivamente, que analice la relación existente entre el desarrollo psicoemocional del preescolar y su relación con la atención odontológica.

Por lo tanto los criterios de análisis de la información serán:

- a.- Análisis de carácter descriptivo.
- b.- Procesamiento, sistematización de la información.
- c.- Análisis de lo particular a lo general en dos fases:
  - 1a. análisis individual; 2a. análisis global.
- d.- Síntesis de la información que permita en un momento dado volver al marco teórico referencial y al planteamiento del problema.

## CAPITULO 2

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

Es indudable la importancia que en la actualidad se le considera a los problemas del niño, en todos los aspectos de su vida, buscando la solución a ellos en una base fundamental de salud física, mental y social que constituirá un estado perfecto de salud para el individuo.

Para obtener un informe del niño en edad preescolar y llevar a cabo la práctica dental, es necesario tener alguna idea sobre su idioma y desarrollo psicomotor.

Utilizando este conocimiento, paso por paso, como guía en el proceder con el mismo y acompañándolo por el refuerzo de un buen comportamiento, resultará de ello un condicionamiento positivo.

El tipo de comportamiento infantil en cualquier situación, está regido primero, por su herencia física y mental, segundo por la experiencia educativa que en su desarrollo recibe por contacto con un medio ambiente.

Aquella influencia no es posible modificarla salvo dentro de muy estrechos límites.

Esta otra puede ser considerada a fin de que el niño se

desarrolle y evolucione adecuadamente para adaptarse a la so-  
ciudad en la cual debe vivir.

Uno de los ajustes necesarios que todos los niños deben lograr, es el alcanzar un modelo de comportamiento que sea - aceptable y que satisfaga sus necesidades físicas y emociona-  
les.

Entre estas necesidades físicas debe contarse su aten--  
ción odontológica, que acepten el tratamiento dental compla--  
ciente, o en dado caso que lo rechacen, dependerá por comple--  
to del tipo de educación que haya recibido.

La preparación emocional del niño para la odontología -  
como para otras experiencias de su infancia, radica primor--  
dialmente en el hogar y en la orientación paterna.

Durante este periodo de la niñez, es importante obser--  
var dicho desarrollo, ya que pueden surgir problemas patoló--  
gicos y en ocasiones llegará hasta producir conductas antiso--  
ciales o psicosis.

El conocimiento del problema de los hábitos orales en -  
niños es de importancia primordial para el cirujano dentista,  
dada la frecuencia con que se presenta en la práctica profe--  
sional, con la subsecuente persecución sobre la base funda--  
mental de la salud de la vida del niño, manifiesta en la bo--  
ca por las deformaciones bucodentarias que la persistencia -  
del hábito ocasiona.



Antes de llevar a cabo algún tratamiento en niños, es importante conocer la psicología del niño ante el odontólogo, -- pues de eso dependerá el éxito o fracaso en el consultorio, ya que no sólo se va a limitar a curar las enfermedades dentales y prevenirlas, sino que también abordará al niño desde el punto de vista físico y psicológico.

## CAPITULO 3.1.

## DESARROLLO INDIVIDUAL

El desarrollo del individuo consiste en el desplegamiento de potencialidades biológicas innatas, contenidas en el -- plasma germinal bajo la influencia evocativa ejercida por el ambiente.

Las funciones que llamamos mentales y la personalidad es -- tán sólidamente construidas en la estructura y función del -- sistema nervioso, de las glándulas de secreción interna y en -- general sobre la FLORA ORAL del organismo. Todo esto está su -- jeto a las leyes de la herencia y del ambiente.

Por lo tanto, la evolución se verifica a impulsos de dos -- fuerzas o factores: la herencia y la acción del medio, que a -- veces colaboran y a veces se oponen.

Debemos concebir al niño como un organismo biológico en -- desarrollo, dada la rapidez con que se progresa durante la in -- fancia.

El niño depende totalmente de su madre en los primeros -- meses de su vida; el crecimiento y la maduración de sus es -- tructuras orgánicas lo impulsan hacia la ruptura de esta de -- pendencia.

El desarrollo, que es un proceso en dirección hacia la autonomía y la responsabilidad, cuyo primer caso es la ruptura de los "vínculos primarios" que unen al niño con su madre y de los cuales depende durante un tiempo su seguridad, tienen un carácter dialéctico; individuación e independencia gradualmente crecientes significan también aislamiento creciente, soledad y angustia.

Conforme el niño adquiere conciencia de sí mismo como entidad separada, los vínculos primarios que lo unen con su madre son rotos y se hace necesario que obtenga seguridad por otros medios.

Tiene que vincularse con las personas que lo rodean y consigo mismo a niveles de mayor madurez, ampliando a cada paso sus relaciones con la comunidad y preservando su individualidad y su autonomía. En el desarrollo del carácter, la armonía, o por el contrario, la falta de correspondencia entre ambos procesos, el de individuación que implica soledad intolerable y el de vinculación con el mundo en formas progresivamente más maduras, de los cuales, el primero es automático y el segundo no lo es, constituyen el factor decisivo y dependen tanto de la dotación biológica del niño como de la situación total que le rodea.

Si los vínculos primarios son rotos prematuramente, antes que el niño haya desarrollado un grado considerable de autode-

pendencia puede fracasar en sus intentos de ganar seguridad y la seguridad y la angustia, lo obligan a replegarse y a buscar formas neuróticas de vinculación con las demás personas.

Durante el período comprendido entre los dos y cinco -- años de edad, las diferencias de personalidad en los niños, -- se tornan cada vez más manifiestas y hacia los cinco años, es tán bien definidas.

#### A) CRECIMIENTO FISICO

Hacia la edad de tres años, el niño por término medio, -- mide unos 85 centímetros de alto y peso alrededor de unos 15 -- kilogramos. Las niñas son casi tan altas (83 cm.) y pesan casi lo mismo alrededor de 14 kilogramos.

A consecuencia de los aumentos graduales, el niño de 5 -- años de edad, por término medio, ha alcanzado una altura de -- 109 cm. y un peso de 19.4 kg. A la edad de 5 años las niñas -- son equivalentes aunque, de nuevo, los niños son ligeramente -- más altos y más pesados.

Durante este período, la forma del cuerpo del niño tam- -- bién se va haciendo más madura, a medida que las partes supe- -- riores del cuerpo comienzan a aproximarse al tamaño adulto, su crecimiento se frena y finalmente se detiene lo cual da a las-

extremidades inferiores la oportunidad de alcanzarlas, mediante el continuo crecimiento.

Durante los años preescolares, el crecimiento de la cabeza es lento, el de las extremidades inferiores es rápido y el del tronco es mediano.

Una cantidad cada vez mayor de cartílagos del sistema del esqueleto del niño se va sustituyendo por huesos; el tamaño y el número de los huesos del cuerpo aumenta, y éstos se van endureciendo.

Entre los dos y los tres años, el niño por lo general, -- tiene todos sus dientes temporales, por lo tanto, está dentalmente preparado para comer alimentos de adulto.

Hasta la edad de cuatro años, el crecimiento del sistema muscular es aproximadamente proporcional al crecimiento del -- cuerpo en su conjunto. Después los músculos se desarrollarán más rápidamente de manera que cerca del 75% del aumento del peso del niño durante el quinto año puede atribuirse al desarrollo muscular.

Las diferencias individuales de fuerzas y de desarrollo muscular dependerán de muchos factores como:

- a) La constitución del niño
- b) La salud general
- c) Hábitos de comer, dormir y de movimiento

El sistema nervioso crece rápidamente en los años preescolares el cerebro del niño ha alcanzado el 75% de su peso - adulto hacia el final del segundo año, hacia la edad de seis ha aumentado hasta constituir el 90% del peso adulto.

En los años preescolares aumentan considerablemente las destrezas motoras. Los niños y las niñas muestran grandes adelantos en la coordinación de los músculos mayores y menores en la coordinación vista-mano.

En la etapa preescolar, en la que todavía los mecanismos excitatorios predominan sobre los inhibitorios, en la que el niño está aprendiendo a tolerar la frustración, el juego es la actividad fundamental, entiendo que jugar es realizar en el mundo irreal que la fantasía crea, todo aquello que es irrealizable en el mundo real de los adultos.

#### Características del juego:

En el juego normal del niño, en esta etapa están representadas algunas de las fantasías propias del periodo y los mecanismos psicológicos que se desencadenan para afrontarlas.

El juego es de estilo espontáneo, y el pequeño recurre a gran variedad de sentimientos y temas fantásticos.

Las fantasías se comparten en cierto grado, al menos de manera implícita en las actividades comunes de los niños que participan. Buena parte del juego en esta etapa es, con cla

ridad, un intento de imitar a los adultos, a veces con ira o miedo. El juego lleva a la ampliación del conocimiento del mundo. Brinda medios para que el pequeño vaya preparándose para el desarrollo de habilidades del adulto.

El juego es un movimiento expresivo, como lo es el lenguaje. Jugando el niño exterioriza o expresa los aspectos más íntimos de su psicodinamia. Da rienda suelta a sus tendencias instintivas satisfaciendo impulsos que de otra manera tendría que reprimir o inhibir.

El juego es una ocupación esencial de la infancia.

Erickson, ha descrito tres esferas de actividad en el niño:

- 1.- Macrósfera
- 2.- Autósfera
- 3.- Micrósfera

1.- MACROSFERA. Es el mundo en toda la extensión de la experiencia del niño. Ejem. una visita al dentista.

2.- AUTOSFERA. Es la vida interna del niño en fantasía, Ejem. "Me están atacando y seré herido o mutilado".

3.- MICROSFERA. Es el mundo de juego que el niño se crea de pequeño, compacto, fácil de manipular y circunscrito, Ejem. el niño juega a que él es el dentista.

Por lo tanto podemos decir que el juego y la fantasía - se hallan tan indisolublemente unidos que casi puede decirse que para muchas mentes se confunden consustancialmente; no - hay infancia sin juego, ni juego sin infancia.

## 2.- La compañía imaginaria.

El niño juega para afianzar su conquista, el espacio, - para conocerse a sí mismo, conocer el mundo, hacerse un refugio, aprender a vivir, a afirmar su presencia y entrar en la comunidad.

El juego sólo es válido cuando sirve de punto de partida, no de punto final, cuando con la imaginación se le puede añadir algo como si fuera otra cosa. Lo mejor que tiene el juego es la ilusión que lo precede, la imaginación, con - que se realiza y el recuerdo mágico que deja.

Se imagina una compañía para protegerse contra la regresión y controlar la ansiedad, de esa manera para medios sanos de adaptación.

## B) CONOCIMIENTO DE SI MISMO.

Se entiende por esfera cognoscitiva el conjunto de funciones cuyo resultado es para el individuo, el conocimiento-medio del ambiente.

La base de la actividad intelectual es una tendencia -- innata. El impulso que lleva al sujeto del estado funcional



en que nace, al estado de conocimiento o conciencia clara, - es un "Reflejo investigador", en el cual el sujeto se siente impulsado al análisis del mundo circundante.

La tendencia investigadora "La Curiosidad", el interés, es el motor que impulsa al niño a ejercitar las funciones -- cognoscitivas.

Es así como llegará a conocer el ambiente, y merced a - este conocimiento se adaptará a él.

Desde que el niño nace, impulsado por el reflejo investigador y excitado por el ambiente cuyos objetos con valencia positiva o negativa le interesan, explora el mundo circundante usando al principio las manos y la boca como los -- más eficaces instrumentos de investigación.

En unas semanas más de edad la boca va perdiendo importancia como órgano sensorial al mismo tiempo que la vista y el oído van logrando un lugar preponderante como vías de acceso para los conocimientos es el reflejo investigador, su - interés por las cosas, lo que lleva al niño a investigar el origen de las cosas y el de sí mismo.

La curiosidad por el propio origen suscita numerosas -- preguntas y así las explicaciones infantiles sobre el origen de las cosas.

Ofrecen dos etapas en su desarrollo.

La primera es artificialista y teológica. Para el niño,

es el hombre o Dios quien fabrica la naturaleza.

La segunda tiende a ser natural, las cosas se derivan - unas de otras por generación. Estas ideas se van acercando - cada día más a la casualidad por identificación.

### C) DESARROLLO SENSOMOTOR

Durante estos años el niño coordina las habilidades motoras que ya había conseguido y aprende otras muchas nuevas. A los 5 años de sensación de control y equilibrio; sabe economizar y manejar con habilidad los dedos y las manos.

Gutteridge, elaboró una escala de estimación en donde - se delinearán dos etapas generales en el desarrollo motor.

La primera; es aquella en la cual no se realiza ningún - intento de llevar a cabo la habilidad motora en cuestión.

En la segunda etapa, esta habilidad está en proceso de - formación.

En la tercera se adquieren los movimientos básicos.

En la cuarta hay ya una ejecución hábil, de la que se - hacen diversos usos.

Dentro de cada etapa hay diversos grados de habilidad. - La progresiva maduración de la neuromusculatura del niño de - edad preescolar pone los fundamentos para el aumento de su - destreza en la ejecución de actividades psicomotoras.

Hacia la edad de tres años, las huellas de la infancia en el desarrollo motor casi han desaparecido. Hacia los cuatro años de edad, las destrezas psicomotoras han aumentado.

El niño medio de cuatro años ha adquirido orientación especial y precisión de movimientos, suficientes para dibujar.

Hacia los cinco años de edad, el niño medio tiene un sentido de equilibrio bastante maduro que se refleja en el abandono, que confía más en sí mismo, de su actividad motora.

Aunque todavía no puede saltar sobre un solo pie, brinca más armoniosamente. Los movimientos delicados se han vuelto también más precisos.

#### D) DESARROLLO EMOCIONAL

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

Nielsen y Thompson, definen las emociones como el resultado de la facilitación o frustración de una tendencia instintiva que se expresa en actividad del sistema nervioso vegetativo a través del hipotálamo como actividad muscular o glandular.

A través de la emoción podemos conocer partes de nues--

tro cuerpo que amplían o modifican la imagen de nuestro esquema corporal.

El niño que en su primerísimo comienzo no podía ser consciente de sus emociones, llega a poseer la conciencia, a través de ellos.

Tenemos dos tipos de emociones:

- a) Emociones desagradables
- b) Emociones agradables.

Entre las emociones desagradables tenemos:

- 1) Miedo
- 2) Cólera
- 3) Ansiedad

Estas emociones comprenden reacciones fisiológicas y psicológicas, entre las que figuran sentimientos y emociones desagradables molestas.

1) El miedo.- Depende de una doble motivación, (externa e interna), cabe distinguir dos tipos de temor.

De un lado están aquellas reacciones tales como las causadas por ruidos intensos, sacudidas bruscas y las producidas -- por motivos intelectuales, (conocimiento de peligro), que aunque basadas en el instinto de conservación, tienen una clara - motivación extensa.

De otro lado observamos una serie de manifestaciones de -

temor que, como las derivadas de la vivencia de inseguridad, - de naturaleza neurótica, son expresivas de fenómenos preponderantemente internos.

El miedo ha sido considerado por algunos psicólogos como innato, en cambio para otros es adquirido, fruto de educación, del medio ambiente, etcétera. Durante la segunda infancia, - los temores del niño se hacen cada vez más motivados.

El miedo es una emoción desagradable acompañada de molestas sensaciones que consisten en palpitación, sudoración, sentimientos de tensión en el tórax y parte superior del abdomen, temblor y otras manifestaciones dependientes del sistema nervioso central y autónomo.

Se observa miedo intenso en las pesadillas de los niños - en edad preescolar.

Los temores nocturnos son ya una manifestación claramente marcada patológica del miedo y aunque obedecen a motivaciones diferentes, casi siempre son la expresión de un estado de ansiedad (inseguridad), de naturaleza neurótica. Los terrores nocturnos, en muchas ocasiones están motivados por un acontecimiento reciente que fue para el sujeto causa objetiva de miedo.

2) La ansiedad.- que es un estado emocional más difuso, - de foco menos preciso y menos claramente percibido, difiere -- del miedo, primordialmente en su falta de focos objetivos capaces de provocar ansiedad, son aquellos en los que provocan - -

fuertes sentimientos de miedo.

3) La cólera.- En el niño es la más primitiva y general - reacción de defensa. Las respuestas fisiológicas en la cólera, tal como el cambio de frecuencia de los latidos del corazón, - la alteración de la tensión y el llanto, no son aprendidos, si no que parecen ser innatos.

Emociones agradables:

Tanto la risa como la sonrisa constituyen los índices - - principales de la manifestación externa de este tipo de emociones.

La sonrisa como estado emocional de tipo agradable es la forma más precoz. Estos hacen su aparición entre el primero y tercer mes como respuesta al estímulo social, y parece ser que los niños son para la sonrisa algo más precoces que las niñas. El grado más avanzado de la sonrisa, la risa, no se produce en el niño hasta el sexto mes.

#### E) DESARROLLO PERCEPTIVO EMOCIONAL

A medida que aumenta el tamaño y la fuerza, y va perfeccionando sus destrezas y capacidades motoras, las percepciones que el niño hace del ambiente se modifican también.

Por percepción se entiende la selección, la organización, la interpretación inicial o categorización de las impresiones sensoriales del individuo, es decir, de lo que ve, oye, toca,-

huele o siente. Las organizaciones y las interpretaciones iniciales cambian en función del aprendizaje de dar nombre a las cosas y de experiencia.

Al aumentar su experiencia y su práctica, y porque ha adquirido terminología adecuada, el niño tiende a hacer más diferenciaciones entre los estímulos del ambiente. A medida que la percepción del niño se va diferenciando más y a medida que cuenta con un número mayor de nombres característicos para los objetos y los acontecimientos, comienza a producir respuestas diferentes a diversos estímulos.

Para Piaget, el espacio no es algo inmediatamente dado, sino que debe construirse a través de la experiencia, la actuación del niño sobre el objeto en el espacio es lo que da pie a las representaciones especiales.

Primero tienen lugar las actividades sensomotoras, pero luego son sobrepasadas por las interiorizadas, más eficientes y económicas.

En los análisis y estudios realizados por Piaget, se encuentra una descripción detallada de la estructura del pensamiento en esta etapa, que comprende de los dos a los siete años de edad (llamada por Piaget etapa Preoperacional), el niño, desde luego, se ha identificado a sí mismo como persona separada.

Además sabe que las personas y también las cosas tienen -

que existir independientemente, y son movidas por fuerzas que no son el mismo.

Es capaz de la representación intrapsíquica de los objetos no presentes en forma conceptual.

En su opinión, las actividades cognoscitivas o intelectuales son adaptativas, es decir, sirven para la adaptación del individuo a su ambiente. La inteligencia se entiende como un aspecto de la adaptación biológica de afrontar el ambiente y organizar o reorganizar el pensamiento y la acción. Esta adaptación supone una interacción entre procesos de asimilación y acomodación.

Es decir, la persona modifica su sistema de referencia para que sea congruente con la realidad externa. La acomodación y la asimilación se hallan presentes en todas las experiencias perceptuales y en toda la conducta inteligente existe siempre un equilibrio entre los dos procesos.

Durante la fase preconceptual que dura aproximadamente -- hasta la edad de cuatro años, el niño construye símbolos, utiliza lenguaje y realiza juegos de simulacro. Es durante este período, cuando el niño adquiere su "función simbólica", sus imágenes y sus representaciones auténticas.

Comienza a distinguir entre significadores (palabras, imágenes), y cosas significadas (significados o acontecimientos personalmente ausentes).



El niño pasa de lo particular a lo general como en el razonamiento inductivo, esencialmente carece de conceptos auténticos. El niño de esta edad no se esfuerza mayor cosa por -- adaptar su lenguaje a las necesidades o a los intereses de --- quienes lo escuchan. Su pensamiento tiende a ser estático, y se concentra en un rasgo impresionista o esporádicamente en esta o aquella momentánea condición.

Los conjuntos de condiciones y acontecimientos sucesivos no se combinan para formar estructuras integradas.

Durante este tiempo, el niño conceptualiza más, construye representaciones, pensamientos o imágenes complejas.

Se vuelve capaz de agrupar objetos para formar clases de acuerdo con sus propias concepciones de la semejanza. La comprensión del niño, en esta etapa, está restringida todavía en gran parte, a sus propias percepciones y se funda todavía en - aspectos perceptuales sobresalientes del estímulo, por lo que todavía se nota su falta de madurez.

#### Egocentrismo:

El niño egocéntrico es aquel con representaciones egocéntricas, de igual forma que lo es en sus acciones sensomotoras. Es incapaz de aceptar la perspectiva de otra persona.

#### Animismo:

El niño de pocos años es también animista, es decir, tiene

de a atribuir vida a objetos inanimados.

**Centrismo:**

El niño tiende también a centrarse, a fijarse en un solo aspecto llamativo del objeto de su razonamiento, restando importancia a las características que lo circundan.

**F) DESARROLLO DEL LENGUAJE:**

El lenguaje es el factor fundamental del desarrollo cognoscitivo, y los avances que el niño hace en materia de lenguaje durante los años preescolares, son asombrosos. Entre las edades de tres y cinco años, el niño añade más de cincuenta palabras nuevas a su vocabulario cada mes por término medio, esto es porque a esta edad el pequeño ya aprende, percibe, piensa, razona y resuelve problemas, de manera diferente de las características de los niños de uno o dos años de edad.

El niño de edad preescolar utiliza muchos sustantivos y un amplio número de verbos, pero muy pocos pronombres y adjetivos y casi ninguna preposición o conjunción, su lenguaje es directo, sencillo, sin los matices que aprenderá luego con el paso del tiempo; es inconexo y a los ojos del adulto, carece de ritmo y de fluidez. Si a esta última característica, las diferencias en el uso de las partes de la oración se le añade las otras tres propiedades, articulación relativamente pobre, oraciones más cortas y vocabulario reducido tenemos lo que es el

*lenguaje infantil al comienzo del periodo preescolar.*

*Piaget marcó dos etapas fundamentales:*

- 1). Lenguaje egocéntrico*
- 2). Lenguaje socializado*

*Durante la primera etapa, las características egocéntricas de esta forma de lenguaje son:*

*El niño no habla sino de él y no procura ponerse en el -- punto de vista del interlocutor.*

*El lenguaje egocéntrico, a su vez, tiene tres momentos diferentes caracterizados:*

*1o. Por la repetición (escolalia), que consiste en la -- simple repetición de lo oído (síllaba o palabra). El niño, en esta etapa imita lo que oye. El papel de esta repetición es -- el de un juego, constituye un resto de balbuceo.*

*2o. Por el monólogo. Ahora el niño habla para sí, como si él pensara en voz alta. No se dirige a nadie, en él está -- la palabra más cerca de la acción y del movimiento que en nosotros. De donde se deducen las siguientes consecuencias:*

- a). Está obligado a hablar actuando.*
- b). A veces las cosas se invierten y el niño no habla para acompañar la acción, sino que, invirtiendo la relación, utiliza las palabras como motor de ésta.*

*El carácter general de los monólogos es la ausencia de --*

función social de la palabra.

Esta no sirve para comunicar el pensamiento, sino para -- comprender, acompañar, reforzar o suplantar la acción.

A medida que la infancia progresa, el monólogo va perdiendo importancia para dejar paso al lenguaje socializado. La -- etapa de transición entre el lenguaje egocéntrico y el sociali-- zado, está representado por la llamada:

3o. Del monólogo colectivo, que es la forma más social -- de las variedades egocéntricas. Al parecer al placer de ha-- blar el niño añade el atraer el interés sobre su propia acción, sobre su propio pensamiento, pero en realidad no logra ser escuchado por sus interlocutores porque no se dirige a ellos.

Más tarde y de modo paulatino, el lenguaje egocéntrico va dejando campo al lenguaje socializado, ahora el niño intercambia realmente su pensamiento con el de otros. Habla para su -- interlocutor: la función del lenguaje no se limita ya a exci-- tar la acción del que habla; ahora le sirve para comunicar sus pensamientos.

4o. La crítica. Este grupo comprende todas las observa-- ciones sobre el trabajo o la conducta de otro. Pero éstas son más afectivas que intelectuales, es decir, afirman la superioridad del yo y rebajan al otro.

### G) DESARROLLO INTELECTUAL:

*La inteligencia se manifiesta a través de la observación, la conceptualización y el pensamiento desplegado por el niño.*

*La inteligencia no es una entidad, sino un concepto relativo a modo de comportarse, que se deduce y se mide indirectamente.*

*La inteligencia no guarda únicamente relación con las funciones cognoscitivas y con el aprendizaje, sino que se encuentra también en relación con todos los aspectos de la personalidad.*

*Por consiguiente la vida emocional influye sobre el funcionamiento intelectual.*

**BIBLIOGRAFIA: 2, 3, 1, 4, 5, 22, 29, 30.**

## CAPITULO 3. II

## EL PREESCOLAR:

El período preescolar se señala al comenzar a andar, es un acto de importancia neurológica, el comienzo de la educación del niño. La iniciación del período es común al hombre y a los animales, pero el cambio que marca el final sólo puede producirse en una sociedad de seres humanos de organización elevada. La diferencia en los rasgos más destacados indica el tipo de cambios que tendrán lugar en el individuo durante esta fase del desarrollo.

Los años preescolares son sumamente importantes para el desarrollo personal y social y probablemente en ningún otro momento de la vida ocurren tantas cosas como en este período tan corto.

Los comportamientos expresivos adquiridos en la infancia comienzan ahora a reflejar personalidades individuales con actitudes específicas, preferidas y estilos de control que caracterizan al niño, a lo largo de su vida. Hay tres aspectos importantes que caracterizan este desarrollo.

1) El preescolar hace importantes progresos en la autoconciencia y en la formación de actividades positivas o negativas hacia sí mismo.

2) Hay una expansión muy grande en el número y tipos de -

personas con las que toma contacto y en la naturaleza de las interacciones que mantienen con ellas y:

3) El período comprendido entre los dos y cinco años es sumamente importante para actividades disciplinarias y las pautas con que los padres socializan a sus hijos, transmiten su cultura.

Según Erickson, los años preescolares son un período de rápidas fluctuaciones, entre la sobredependencia y una resuelta independencia, entre la masculinidad y la femineidad, entre una simpatía afectuosa y bruscos impulsos destructivos y anti-sociales.

Los años preescolares están marcados por un grado elevado de diferenciación en los sistemas de consulta y por la atenuación de la influencia monopolizadora de la madre por la interacción cada vez más importante con el padre y hermanos.

Además la adquisición de nuevas creencias y acciones, que antes se determinaban únicamente por premios y castigos, ahora se cargan de una motivación singularmente humana: el deseo de aumentar la semejanza de la conducta propia con la de un modelo. Este deseo mueve al niño a imitar las respuestas de padres y hermanos, y añade una dimensión nueva al proceso de socialización.

Finalmente, los conceptos del niño maduran rápidamente durante este intervalo de tres años y se adquieren evaluaciones-

sobre la propia persona y los agentes sociales, de un tipo íntimamente relacionado con las antinomias: bueno-malo, fuerte-débil, rápido-lento, masculino-femenino.

#### A) INTEGRACION DEL YO

Paulatinamente el niño va enfrentándose al mundo, entrando en conflicto con él. Conflicto, entre el yo, y el no yo, entre lo mío y mi competidor.

El conflicto se plantea también en estos términos: querer y poder. Entre deseo e impulsos y posibilidades y autorizaciones. A medida que el niño crece, el ambiente se hace más exigente con él.

El infante es amoral y asocial. El niño debe socializarse y moralizarse. Esto exige en el plano neurológico una intervención: cada vez mayor de la corteza cerebral sobre los niveles talámicos e hipotalámicos, porque es la corteza cerebral el instrumento que permite asimilar la experiencia.

A medida que la vivencia del Yo se hace más fuerte, que el niño se va sintiendo distinto del resto del Universo, aumenta la tensión sobre el Yo y el mundo, y el preescolar se hace intencionalmente desobediente, protesta.

#### B) LA DESOBEDIENCIA

La desobediencia tiene en principio en el preescolar una-



función estimulante. Es consecuencia y estímulo a la vez del proceso de individualización en virtud del cual el preescolar va marcando los límites entre él y los otros. El preescolar es desobediente por el gusto de serlo, la desobediencia es para él un fin. En ella encuentra placer, porque la necesita para llegar a ser él mismo. Para alcanzar un alto grado de individualización. El preescolar desobedece porque su corteza cerebral genera pautas reaccionales oposicionistas.

En la desobediencia de la fase inicial de la etapa preescolar queda mucho de la inmadurez infantil. Entre los dos y los tres años el niño está aprendiendo a obedecer, y por ello desobedece para ensayar el ambiente.

El lenguaje juega un papel de extraordinaria importancia. Ordenes, amenazas, prohibiciones, son recibidos por el niño en fórmulas verbales. Las frases constituyen estímulo para la acción. Asociados a actos desagradables desencadenan fenómenos inhibitorios que sirven para que el niño eluda las consecuencias desagradables, y si se asociaron a gratificaciones producirá placer y motivará movimientos tendientes a lograrlo. El niño de dos y medio a tres años muchas veces se da órdenes verbales a sí mismo, mostrando el papel de estímulo condicionado que el lenguaje juega en el proceso de socialización.

En una tercera etapa, que generalmente se manifiesta a partir de la segunda mitad del tercer año, en virtud de los movimientos represivos que desencadena en el ambiente y que va

siendo asimilado por el niño, la desobediencia provoca esto en virtud de la ampliación de la memoria que le permite ya la conservación de acontecimientos que datan de varios meses, sentimientos de culpa que constituyen una nueva e importante fuente de angustia, son la vivencia del desajuste que el conflicto -- con el ambiente provoca.

Para que esto suceda se necesita un nivel evolutivo relativamente alto. La desobediencia no es sólo motivada, está -- por la protesta y el ensayo, los celos pueden ser una fuente -- de actos de desobediencia o de insubordinación. A veces el niño desobedece por agredir, es decir, con la intención de lo -- grar un efecto desagradable en las personas representativas de la autoridad. Ya que ha aprendido que desobedeciendo al padre o a la madre les provoca desagrado y así se venga de ellos -- cuando de siente rechazado.

La desobediencia tiene, principalmente, una función positiva en la formación de la personalidad infantil, debe progresivamente pasar de ser en sí mismo, (un capricho), o un instrumento al servicio de sus tendencias monopolistas, a subordinar se a fines más elevados; éticos o sociales, ya que la tenden--cia a la oposición, bien dirigida, es siempre una cualidad positiva.

No es desobediente, en el sentido peyorativo que la palabra tiene, todo aquel que deja de cumplir órdenes recibidas, -- sino el que no cumple las que debe cumplir. A este grado de --

discernimiento llegará el niño cuando alcance un nivel de maduración que le permita manejar valores éticos y sociales. Es indispensable que la autoridad representada para el niño por los adultos que le rodean, obre en una dirección bien definida.

El hábito de la obediencia se logra también utilizando la tendencia mimética del preescolar. La imitación, característica tradicionalmente señalada en el niño, puede, hábilmente manejada, ser un poderoso auxiliar en el proceso educativo. Es la imitación la tendencia a la asimilación de esquemas de comportamiento, tendencia que traduce la necesidad de ajustes al ambiente social. El evitar un castigo o un logro de gratificación es motivo para que el niño contraríe sus tendencias autonómicas y obedezca y es la más valiosa de las gratificaciones para el niño la estimación o aceptación por el adulto, tal aceptación es base para el logro del ajuste al ambiente por lo que la vivencia de que es rechazado le produce angustia, disforia.

Más que ningún otro castigo duele al niño oír que los adultos, a los que está emocionalmente ligado por depender de ellos su seguridad (madre, padre, etc.), le dicen que no lo quieren, y al contrario, se les dan muestras de aprobación y halago aumenta su seguridad y euforia.

### C) LA IMAGEN DEL MUNDO

Hacia los tres años, el niño domina en cierto grado todos

los mecanismos para su actividad y está en aptitud de enfocar su atención y sus intereses en seres o cosas, esta fase objetiva ha sido denominada "fase de los intereses concretos".

En este período, el niño vive en pleno contacto con la naturaleza, es decir, con el mundo que lo rodea, no sólo percibe impresiones, sino que obra por iniciativa propia y con finalidades perfectamente determinadas. En esta etapa manifiesta, - la tendencia coleccionista, la de preguntón y la del clasificador.

Al final de esta edad, principia a preocuparle el origen y conformación de las cosas que lo rodean, y en suma, se preocupa por el ámbito vital en que se mueve.

Entre los tres y los siete años de edad, la vida del niño discurre, en una serie de conexiones del propio Yo infantil -- con el mundo que lo rodea.

Este modo de ver el mundo, o mejor, de construirlo, refiriéndolo en una serie de conexiones con el propio Yo; este tipo de perspectiva que impide ver lo que el interés personal no acentúa se ha llamado egocentrismo.

a) Etapa animista.

Esta es una época psicológica extraordinariamente subjetiva. El mundo para el niño adquiere movimiento, acción, vida y animación.

Todo se parece entre sí en función con los intereses infantiles, el niño habla con las cosas, "otorga alma a los objetos", "anima" a todo cuanto le rodea, en resumen está en plena etapa del animismo infantil.

b) El Antropomorfismo:

El antropomorfismo (antros-hombre; morfe-forma).

Aparece como manifestación subjetiva en la cual el niño "confunde el Yo con el no Yo" y concede cualidades humanas a todo cuanto lo rodea, en síntesis, dentro del marco egocéntrico infantil, los seres y las cosas piensan y sienten como el niño, en calidad humana.

c) El sincretismo:

Es el fenómeno psíquico infantil que se caracteriza en que el niño, en esta etapa, ve y aprecia las cosas en conjunto globalmente. Esta etapa constituye un firme sostén en la enseñanza de la lectura y escritura por medio de métodos globales. Este sincretismo visual del niño es absolutamente concreto.

d) La Tendencia Coleccionista:

En la segunda infancia, los niños reúnen, y coleccionan.

Etapa del Preguntón:

La segunda infancia tiene características propias, entre-

las cuales se destaca la de la curiosidad.

Esta etapa se caracteriza:

a) Una vez en posesión de la palabra, el niño busca otros intereses. En esta época, en busca de su desarrollo intelectual, el niño principia a preocuparse por el origen y la constitución de los seres y las cosas. Surgen los "por qué" a esta etapa se le ha denominado la del preguntón y aparece entre los tres y los cuatro años de edad.

b) Entre la generalidad de los adultos, la ingenuidad de las preguntas que formulan los niños parecen tonterías, sin embargo, esta época expansiva con tendencias hacia los intereses intelectuales, debe ser aprovechada por la educación, por el hogar y por la sociedad.

c) Con absoluto respeto de la personalidad infantil, maestros y padres de familia deben satisfacer invariablemente la curiosidad de los niños.

Observación e imitación:

a) La observación.- En términos generales, es el examen atento de una cosa. El niño puede observar los seres y las cosas con un grado de atención que depende, fundamentalmente, -- del interés que en él despierten los estímulos que reciba.

El niño estima los conjuntos, es decir, que tiene una visión global de las cosas (sincretismo).

Desde este ángulo de consideraciones, la observación en el niño es superficial, desprovista de análisis global.

Las observaciones del niño son subjetivas, constituyen -- elementos fundamentales para la adquisición de conocimientos y para la constante adaptación de su vida al ambiente que los ro dea en todos los órdenes de su actividad.

#### b) La imitación:

La observación elemental en la segunda infancia, constituye la base para que el niño tienda a reproducir o imitar muchas de las cosas y fenómenos que observa.

La imitación no es una tendencia instintiva. Se piensa -- en que es una cosa particular del poder motor de las imágenes. La imitación considerada desde este punto de vista, es un factor importante en la educación del niño.

### D) LA PRODUCCION INFANTIL

- 1) Dibujo
- 2) Pintura
- 3) Modelado

Formas particulares del juego son para el preescolar las actividades. El trazo o el color en el dibujo del preescolar, o la plastilina con que modela, es un pretexto o fulminante -- que da rienda suelta a su fantasía. Cuando modela, cuando dibuja, cuando pinta o construye, el preescolar juega, y la obra,

*el producto, no tiene importancia.*

*La importancia está en la actividad misma. No es sino durante el curso del tercer año cuando el niño empieza a modelar, pintar o construir con una significación previa. Esta falta de intencionalidad concreta significativa o desencadenada. De ahí su función de mecanismo de defensa.*

*Dibujo, pintura, modelado, construcción, son actividades en las que la función muscular y la calidad estimulante de la propia producción sirven de catalizador o estímulo condicionado que desencadena o excita la fabulación infantil, provocando un escape a las tendencias en conflicto con el medio ambiente.*

*Jugando, pintando, modelando logra el niño, en un mundo en el que el padre, madre, hermanos, animales y fuerzas de la naturaleza se le someten, un ajuste, un equilibrio intensamente satisfactorio porque no implica frustración.*

**BIBLIOGRAFIA:** 3,5,7,8,9,29,31.



## CAPITULO 3. III

## INFLUENCIA DE LOS PADRES:

Es el adulto quien influye sobre todo en el desarrollo de la personalidad del niño haciéndole asimilar las normas morales que regulan la conducta de la persona.

El niño aprende esas normas tomando ejemplo del adulto y asimilando las reglas de conducta, el niño muestra una tendencia a imitar al adulto. A aprender de él a valorar a las personas, los acontecimientos y las cosas.

Los niños de edad preescolar muestran gran interés por -- los modelos de conducta. Las reglas de conducta se hacen más complejas a todo lo largo de esta edad y determinan el comportamiento diario del niño, adquieren hábitos culturales e higiénicos, en la edad preescolar media y superior pasan a primer plano las reglas que determinan las relaciones con otros niños. A medida que se adentra en la edad preescolar, el niño muestra una mayor conciencia en el cumplimiento de las reglas de conducta, es de gran importancia el sentimiento de orgullo o de vergüenza, que obliga al preescolar a comportarse de acuerdo a lo que de él espera el adulto.

#### A) EL HOGAR, SU AMBIENTE Y LA ACTITUD DE LOS PADRES:

El más importante medio en que ocurre la socialización -- del preescolar es la familia. Esta juega dos funciones sociales importantes:

1) Proporciona un clima emocional en el cual el niño se desarrolla. La comunicación entre los miembros de la familia, los sentimientos en general de afecto y amor son factores importantes para el desarrollo del niño.

2) Función social implica la enseñanza de valores de cultura, esto forma la personalidad del niño.

#### B) PRACTICAS MATERNAS ESPECIFICAS:

Se ha observado que la relación más importante para el menor es la de la madre, lo cual no resta importancia a la intervención del padre, al que también debemos tomar en cuenta, -- puesto que a veces el factor determinante de la conducta de la madre en su actuación frente a sus hijos o porque presiona -- directamente sobre ellos.

#### C) EL EFECTO SOCIALIZADOR DEL PADRE:

La mayoría de los hombres se convierten en activos participantes de la vida de sus hijos durante los años preescolares.

La intensidad de las primeras relaciones que el niño mantiene con su madre disminuyen debido a la mayor interacción --

con su padre y el afecto que sienten por él.

El preescolar se da cuenta que tiene dos padres que lo cuidan, en vez de uno solo.

**Socialización.**- La socialización es el proceso mediante el cual se ayuda al niño a convertirse en un miembro adulto y responsable de la sociedad. El preescolar no tiene un sentido innato de la propiedad y el conocimiento de la sociedad de lo que está permitido o prohibido, así que es sólo a través de la guía de sus padres como aprende a interpretar situaciones sociales y a formar pautas propias de conducta.

Es así que el primer factor que motiva los problemas de conducta de la fantasía en la infancia es el núcleo familiar. Cuando su ambiente no reúne las condiciones fundamentales que permitan la correcta integración de la personalidad, ésta se construye deformada. Las condiciones primordiales para una buena integración son las siguientes:

**Protección.**- Para el niño la protección es una necesidad afectiva de imposible sustitución. Sintiendo protegido adquiere confianza en sí mismo y en sus padres, pero esta protección no debe oscilar en los extremos. Sobreprotegiendo se crean reacciones de poderío o debilidad que acarrearán posteriormente estados de angustia que a su vez generan estados angustiosos.

**Amor.**- El amor de los padres juega un papel muy importan-

te en la situación anímica. El niño se siente amado, resolverá sus problemas con mayor facilidad que aquellos que tienen la impresión de que no son queridos.

*Seguridad.*- La seguridad en sí está estrechamente ligada con la protección; el niño normalmente protegido conserva su estabilidad emocional.

*Estimación.*- Con respecto al valor real del niño y a la valoración que de él hacen los padres, si el niño se da cuenta que sus padres no lo estiman en sus actos; lógicamente se produce un retraso en él y puede reprimirse a tal grado que incluso permanezca estancado toda la vida.

*Libertad.*- La libertad que en el niño no debe ser tanto que lo haga sentirse solo, o que sus actividades no le interesan a sus padres; tampoco debe coartarse la libertad, (padres-sobreproteccionistas), al grado de hacerle sentirse que es inútil, incapaz de enfrentarse sólo a la vida.

#### D) TÉCNICAS DE DISCIPLINA:

La disciplina la podemos definir como los objetos generales, de largo alcance, que los padres se proponen para orientar a sus hijos hacia una conducta aceptable y razonablemente obediente.

Esto significa decidir cuáles son los límites apropiados para una edad determinada y en circunstancias particulares.

La disciplina debe fomentar el auto control y el juicio social sin disminuir su iniciativa y la confianza en sí mismo y sin generar una docilidad excesiva. Esto se logra con una disciplina más educadora que punitiva ejercida coherentemente y dirigida hacia el comportamiento del niño y no hacia sus valores como persona.

*Disciplina Coherente.* - Si los padres establecen sus normas de buen y mal comportamiento y educan habitualmente a su hijo de acuerdo a ellas, el niño reconoce e internaliza un código coherente de conducta.

*Disciplina Educativa.* - La disciplina es educativa cuando se administra con calma razonable, se aplica a un mal comportamiento y se sanciona en proporción con la falta.

*Disciplina Dirigida Hacia el Comportamiento.* - Está dirigida hacia el comportamiento del niño y no hacia su valor esencial de persona, aumenta sus posibilidades de desarrollar un sentido de autonomía y autovaloración y disminuye sus posibilidades de sentir vergüenza o dudas.

De esta manera el niño aprende a ser educado con una disciplina que no lesiona su confianza ni su iniciativa y la acepta con enojo y rebeldía mínimas.

## E) CAMBIOS INTRODUCIDOS POR LA EDAD EN LA CONDUCTA DE LOS PADRES

La personalidad del niño, en particular su conducta social, está determinada por la edad y por la actitud de los padres. Son de importancia estos cuatro factores:

Primero.- El equilibrio de la conducta. Para la formación del niño es de importancia primaria que la relación mutua del padre y de la madre sea armoniosa y no llena de tensión; y que la actitud de los padres hacia él sea similar.

Segundo.- La estabilidad de la conducta. Los padres de conducta imprevisible retrasan la formación del "Yo" en el niño, que se fundamenta en un sentimiento de estabilidad y seguridad. Si los padres descargan su mal humor sobre su hijo, este, imitándolos, se hará también malhumorado, nervioso y desmedidamente emocional.

Tercero.- La actitud de objetividad o de subjetividad para muchos padres, el niño es objetivo de sus proyecciones.

Cuarto.- La actitud de superioridad o de inferioridad. Una insistencia exagerada sobre la autoridad y la superioridad del adulto puede fácilmente desarrollar un complejo de superioridad en el niño. También la conducta opuesta, es decir, elogiarlo en toda ocasión en presencia de otras personas, puede provocar un sentimiento de inferioridad y de inseguridad en el niño.

BIBLIOGRAFIA: 8, 11, 12, 23.

## CAPITULO 3 -IV.

## FASES DE DESARROLLO.

## A) FASE ORAL:

El contacto principal que el infante recién nacido establece con su ambiente se produce en el área oral; sus labios, su lengua y las demás estructuras con ellas asociadas, le proporcionan los medios de obtener del mundo su sustento, la zona oral se transforma en el locus de placer para el infante, todas las cosas buenas, importantes y placenteras, ocurren ahí.

La libido (que se define como una forma sexual de energía psíquica, que se concentra en las zonas erógenas, sexualmente excitables del cuerpo) se concentra inicialmente en la boca y en un grado u otro, la boca continúa siendo una zona erógena importante a través de toda la vida de la persona, a medida -- que el infante crece, la importancia del área oral se revela -- además a través de los esfuerzos que hace el infante por experimentar su ambiente a través de la boca.

La mayor parte de la conducta del infante durante este pe ríodo puede describirse mediante la expresión narcisismo prima rio, que significa que el infante es, enteramente egocéntrico.

A la primera fase de la infancia se le llama oral-depen-- diente porque el infante sólo puede desempeñar un papel pasivo

con respecto a los acontecimientos orales. Una vez que sus --  
dientes comienzan a aparecer durante los meses posteriores de-  
la infancia y cuando se torna capaz de morder al mismo tiempo  
que de ejercer un control motor más preciso y más fuerte sobre  
los objetos, se encuentra en la fase oral agresiva.

#### BJ FASE ANAL:

La actividad de eliminaci3n que se produce en la regi3n -  
anal constituye inicialmente, para el infante, un proceso aut3  
nomo o reflejo.

El beb3 va tornándose gradualmente más sensible a los - -  
acontecimientos que tienen lugar en el área anal, y más con- -  
ciente de ellos.

Hacia los dos años, cuando por lo general ingiere ya comi  
da s3lida y produce por lo tanto heces consistentes, la defeca  
ci3n se convertirá en una fuente clara de placer porque elimi-  
na la incomodidad producida al colmarse el intestino grueso y-  
al ejercer la presi3n sobre el esfinter anal. Esta concentra-  
ci3n se intensifica por la atenci3n que los progenitores le --  
conceden a los acontecimientos del ni3o para el control de sus  
esf3nteres.

Otro rasgo psicol3gico de este periodo es la aparici3n de  
la timidez, reacci3n emocional a la mirada de los dem3s que se  
basa en el sentimiento vinculado de la vergüenza.



### C) FASE FALICA:

Alrededor de los cuatro años la *l*íbido comienza a concentrarse en la región genital. Este nuevo foco de la *l*íbido aparece como consecuencia del desarrollo natural: a esta edad la dotación genital del niño se desarrolla en grado suficiente como para transformarse, por primera vez, en una fuente importante de estimulación placentera.

Durante la fase fálica el niño trata los genitales como objeto de placer casi enteramente independientes.

Un acontecimiento importante durante esta fase es el complejo de Edipo. En el caso de los niños se dice que comienza con una asociación el placer o la sexualidad, y la madre. El niño puede ser testigo, de actos sexuales entre los padres, o bien, a través de pequeños indicios, adquirir intuitivamente conciencia de su madre como objeto sexual. Dado que el padre es o parece ser, una figura muy poderosa y amenazadora, se supone que el niño teme manifestar hacia su madre, el deseo que experimenta hacia ella, porque si lo hace, el padre puede ejecutar el castigo supremo que origina en el niño la ansiedad de castración. Como el resultado de la ansiedad de castración y de otros temores más obvios que se concentran en sus padres, el niño comienza a resolver su conflicto edípico abandonando o reprimiendo el deseo hacia su madre, e imitando a su padre o identificándose con él. A este último proceso se le denomina-

identificación con el agresor. Los niños adquieren una identidad masculina adecuada.

Del mismo modo se adquiere también una fuerte conciencia moral o superego porque el niño aprende a reprimir un deseo - fuertemente desaprobado por la sociedad a la que representa la autoridad externa del padre y adopta los valores morales de su padre como parte de identificación con él. La situación de -- las niñas es análoga a la de los varones, porque se supone ven a sus madres como rivales que les impiden tener relaciones sexuales con sus padres. A esto se le denomina complejo de electra o complejo de edipo femenino.

#### D) FASE DE LATENCIA:

Se define como un gran período de descanso y recuperación después de los deseos y temores elementales experimentados durante el período fálico.

#### E) FASE GENITAL:

En esta fase hay crecimiento fisiológico, maduran los órganos genitales, el sistema endócrino produce altas concentraciones de hormonas sexuales, y por razones psicológicas la -- gran represión de la latencia se disipa a medida que el niño - desarrolla un sentimiento más fuerte de su identidad personal y su competencia, durante la primera parte del período genital,

*se libera la libido y comienza a expresarse de modo más o menos abierto hacia los miembros del sexo opuesto.*

**BIBLIOGRAFIA: 13, 12.**

## CAPITULO 3.V

## PSICOPATOLOGIA DEL PREESCOLAR

La comprensión de los problemas psicopatológicos del niño requieren el conocimiento de las situaciones ambientales adversas a su desarrollo. Por lo que en la primavera época de la vida son los padres quienes más efectivamente ejercen flujos favorables o desfavorables sobre la personalidad, la investigación de cualquier problema del niño y su manejo psicoterapéutico incluye a los padres y a otros miembros de su núcleo familiar. Los síntomas y las alteraciones de la conducta que un niño eventualmente desarrolla no sólo dependen de las influencias morboógenas que intervienen en su desarrollo y la expansión productiva de sus potenciabilidades, sino también de ciertas propensiones inherentes a su dotación genética.

## A) TARTAMUDEZ

Es el más frecuente de los trastornos del lenguaje, consiste esencialmente en un bloque espasmódico que dificulta la emisión de ciertos sonidos. La dificultad puede limitarse a la articulación de sílabas iniciales de algunas palabras o bien llegar hasta la total imposibilidad de hablar.

El problema consiste en la compulsión a repetir la sílaba

inicial de una palabra o frase, esencialmente cuando se trata de sonidos que requieren un mayor esfuerzo como los que se inician con la b, d, s y t. Superando el bloqueo momentáneo, el lenguaje se vuelve fluido hasta que el obstáculo reaparece en relación con la misma o con una nueva sílaba. La dificultad se acompaña generalmente de gestos, sacudidas de la cabeza y movimientos corporales.

El problema se manifiesta más severamente cuando la persona se encuentra en situaciones que le suscitan angustia, humillación o sentimientos de inferioridad. Cuando la persona está sola o tranquila, el problema decrece o desaparece. Esta es más frecuente en los varones que en las niñas en una proporción de cinco a uno y en el 90% de los casos se inicia de la edad de 6 años.

#### Tratamiento:

Consiste en la práctica repetida de ejercicio de articulación y de fonación cuya meta es la interrupción del hábito.

Esto unido a una psicoterapia encaminada a fortalecer la estructura del ego del enfermo y a mejorar su confianza en sí mismo y completada por una correcta manipulación ambiental, cuando el defecto es discreto, cuando el ego del sujeto es fuerte y cuando el tratamiento se inicia tempranamente.

El término se refiere a la emisión involuntaria de orina en forma persistente después de la edad de tres años. La enuresis es habitualmente nocturna y su incidencia varía entre 2 y 7 veces por semana.

El problema es más frecuente entre los varones que las niñas. Su incidencia declina con la edad y es rara después de los 15 ó 17 años. Desde el punto de vista psicológico es interpretada como una expresión de hostilidad inconsciente, un intento de asegurar atención y ayuda o bien como una manifestación de erotismo infantil. Hay participación de un factor biológico consistente en un retraso en el logro de la madurez de los centros voluntarios de la micción que permite durante el sueño, cuando normalmente se refleja con presiones vesicales más ligeras que las habitualmente toleradas.

#### Tratamiento

Consiste en la corrección de los factores morbógenos presentes en las circunstancias familiares. Medidas como acostumar al niño a que se levante a orinar a medianoche, prohibirle que ingiera líquidos durante las últimas horas de la tarde, mantener su cama a mayor temperatura.

#### C) ANOREXIA

Significa pérdida del apetito. La anorexia nerviosa es -

una entidad patológica caracterizada porque el paciente rehusa comer y pierde peso sin causa física demostrable.

La falta de apetito se acompaña frecuentemente de otros - síntomas y trastornos de la conducta que también expresan desajustes emocionales:

### D) TICS

Los tics síntomas, consisten en funciones complejas y - coordinadas de tipo motor, y comprenden expresiones muy variables, como muecas, ruidos nasales para la respiración, movimientos de deglución, tos, el arrugar la frente, el agitar la cabeza o darle movimiento de aprobación o rascarse el cuerpo - con la mano. Con mayor frecuencia se presentan en los músculos de la cara y el cuello, pero también se presentan en cualquier parte del cuerpo.

#### Tics de la Cara.

Estos tics son los más frecuentes. Son los más visibles, los tics faciales pueden ser unilaterales o bilaterales. Afectan varios músculos, cuya contracción sinérgica determina una expresión mímica o un movimiento. Frecuentemente los músculos inervados por varios nervios se asocian, en su contracción intempestiva para producir el tic.

De una manera habitual varios músculos se contraen en un movimiento anormal y da lugar a una mueca.

### Tics de los ojos

Se dividen en tics de los párpados y en tics de los globos oculares.

a) los tics de los párpados; son los llamados tics de "nictación" en los cuales entra en juego la sola porción central de los músculos orbiculares de los párpados. Cuando el músculo entero se contrae, se observan tics de "parpadeo".

Las palpitaciones palpebrales son menos frecuentes y más prolongadas, dándose el tic de "guiño".

b) Tics de los globos oculares; se asocian a los tics de los párpados y se disimulan tras el parpadeo o el guiño.

### Tics de los labios

Afectan a veces únicamente los músculos de los labios y producen un gesto de succión, de fruncimiento de labios; o bien se transforman en verdaderas muecas; en otros casos da lugar a expresiones mímicas.

Los tics de la mandíbula pueden acompañar el mordimiento o ablandamiento de los labios.

a) Tics de la nariz; acompañan muy a menudo los tics de los ojos o de los labios. Consisten, ya sea en fruncimiento y en palpitaciones de la nariz. Algunas veces, acompañados de ruidos respiratorios, realizan un tic de succión.



b) Tics del mentón; son contracciones de los músculos de la barbilla.

c) Tics de los músculos de la piel de la cara y del cráneo; se encuentran las contracciones de las cejas. Los individuos afectados fruncen las cejas, otros contraen las arrugas de la frente.

d) Tics de la oreja; en este caso se contraen los músculos del pabellón de la oreja.

Es importante para el odontólogo lo aquí tratado por lo siguiente:

Tartamudez. Se dice que una de sus causas puede ser pasajera como una respuesta a una perturbación espontánea o alguna tensión emotiva. Esto se aplica en nuestro campo, ya que cuando los pacientes están muy nerviosos o agitados tienden a tartamudear. El odontólogo lo único que hará es tranquilizar al paciente y darle confianza.

Enuresis. Es muy frecuente que en el campo odontológico, los niños inestables o pequeños quieran ir constantemente al baño por lo que se requiere tener una buena táctica para que lo podamos manejar, sin que presente enuresis.

Anorexia. Los niños que tienen asociaciones de ideas desagradables como por ejemplo ir a visitar al dentista, comen mal, al forzar la ingestión de los alimentos en esos momentos una madre extremadamente solícita, causa a veces trastornos di

gestivos, y que en consultorio dental el niño llegue hasta el vómito.

*Tics.* - Es importante reconocer que en nuestro medio se -- presentan tics como respuesta al tratamiento dental, ésta consiste en movimientos de dedos de las manos o si no en movimientos de los pies hacia un lado u otro como si fueran manecillas de reloj, en este caso el tic se inició como un acto voluntario contra la irritación que le causa el tratamiento.

Cabe mencionar que es importante conocer todos estos tipos de problemas para llevar a cabo un buen manejo del niño -- dentro del consultorio dental, ya que muchas veces todo lo anterior lo utilizan como un mecanismo de defensa hacia el dentista para no aceptar el tratamiento dental.

Por lo tanto si el dentista no tiene los conocimientos su ficientes para su manejo puede llegar a provocar un trauma y posteriormente una fijación en el niño.

BIBLIOGRAFIA: 4,6.

## CAPITULO 3.VI

## PSICOSIS EN LA INFANCIA

La psicosis es un importante trastorno de la personalidad que se caracteriza por una grave perturbación del contacto con la realidad, marcada dificultad para relacionarse con la gente y otras desintegraciones de las funciones del ego. En el estado mental más grave, ya que el niño o el adulto no valora con exactitud su ambiente, y su ego ha perdido el dominio de sus impulsos.

## A) CONDUCTA ANTISOCIAL EN LA INFANCIA

Algunos niños exhiben una conducta rebelde, inmanejable, pelean, roban, mienten y son un problema de disciplina en la casa o en la escuela. Se trata de niños egoístas, demandantes desconsiderados, cuya hostilidad es fácilmente estimulada por frustraciones pequeñas. Por ello tiene dificultades para relacionarse con otros niños, ya que siempre intenta ejercer sobre ellas un dominio abusivo. Son incapaces de corregirse por la experiencia o por el castigo. No siempre el ambiente familiar exhibe grandes desajustes dinámicos que reducen en falta de amor, falta de autoridad y castigo excesivo para el niño. La modificación de estas pautas antisociales requieren cambios ra

dicales en el ambiente y la ayuda y firmeza de una figura parental que compensa la falta de afecto y que permita al niño identificarse con él.

## B) IDIOCIA

Se denomina idiota al individuo cuya edad mental no excede de tres años, sin olvidar que un niño normal de dicha edad presenta una riqueza de posibilidades que faltan totalmente en el idiota. Este último es incapaz de comunicarse por medio -- del lenguaje con sus semejantes. El fondo mental del idiota -- se caracteriza por: ausencia de imaginación, grave deficiencia del juicio, deficiencia de la atención y ausencia de memoria. -- En cuanto a la afectividad, faltan los sentimientos o son rudimentarios, observándose con frecuencia, expresiones de placer -- frente a los alimentos; la amorqilidad es completa, haciendo -- del idiota un ser asocial.

La actividad es nula o reducida, a veces incoherente, expresándose en impulsos motrices y movimientos estereotipados.

El aspecto, es por sí solo, suficientemente demostrativo, la fisonomía es expresiva y bestial. Es frecuente que exista una salivación continua y movimientos de rumiación, se observan marcados signos de debilidad motora, con perturbaciones de la estática erecta, marcha insegura y gran torpeza en todos -- los movimientos.

El idiota presenta a menudo anomalías sensoriales; se ci-

Los husmeadores u olfateadores, los comedores de papel o de tierra. Es frecuente la glotonería, es habitual la inconsistencia fecal y casi constante el onanismo. Se le añaden trastornos neurológicos, (epilepsia, hemiplejía, atetosis, y excepcionalmente signos cerebelosos según los casos. Son frecuentes las anomalías físicas).

El idiota tiene una talla pequeña y la cara asimétrica, el cráneo presenta diversas anomalías (microcefalía, oxicefalía, etc.) y la frente baja, anomalías de las orejas, (pueden ser separadas asimétricas y más lisas que las normales).

Existen alteraciones en la forma, estructura y número de los dientes, se observa, a veces labio leporino. No son raras las anomalías de pigmentación (albinismo); deformaciones del tórax, malformaciones congénitas.

Existen: el idiota sin ningún rudimento de inteligencia, ni tan sólo instinto de conservación, que vive de un modo puramente vegetativo, emitiendo de vez en cuando algún grito o rechinando los dientes; el idiota que es capaz de decir su nombre y muestra una cierta afectividad. En todos los casos en el futuro, no es posible ninguna educación.

### C) IMBECILIDAD

Se denomina imbécil al individuo cuya edad mental no excede de 7 años. En la práctica, se considera imbécil todo niño-

que no puede llegar a comunicarse por escrito.

Físicamente, el imbecil no presenta los graves estigmas de degeneración del idiota y su rostro puede ser agradable y presentar líneas irregulares.

Intelectualmente, no responde de modo satisfactorio a los test correspondientes a niveles superiores a la edad de 7 años. La memoria es escasa, la atención inestable y de rápida fatiga y la actividad pueril.

El vocabulario de estos sujetos es pobre y su sintaxis -- simplificada; es imposible la adquisición de la escritura y el cálculo. El imbecil solamente puede comprender las nociones elementales.

Muestra a veces, un aspecto de necia alegría y parece estar satisfecho de sí mismo, a veces aparenta una cierta agudeza que, a pesar de ser insustancial, puede engañar a otras personas respecto al grado de su inteligencia. Se encuentra a menudo en un estado de estrecha dependencia respecto a su familia, especialmente a la madre.

Es con frecuencia emotivo, llora fácilmente y se muestra inhibido ante los extraños, pareciendo por ello más deficiente de lo que realmente es. La afectividad es variable, en general exterioriza sus sentimientos con exageradas y pueriles manifestaciones, existen también imbeciles amorales y antisociales, que pueden ser peligrosos por sus impulsos, sus arrebatos:

de cólera y su erotismo (la necesidad de internamiento se presenta con una frecuencia mayor que en la idiocia).

#### D) DEBILIDAD MENTAL

Se le denomina débil mental al individuo cuyo nivel mental no excede de 10 años, la denominación de debilidad mental tiene demasiada extensión y es más exacto sustituirla por la "debilidad intelectual". En la debilidad existe una característica particular que es el desequilibrio de las funciones intelectuales, con deficiencia electiva del juicio y un trastorno de carácter de base vanidosa; el débil es un necio. Distin guiéndose de este tipo se observa un retraso intelectual más armonioso, que se denomina retraso intelectual simple.

#### Manifestaciones iniciales

La debilidad se descubre por lo general en la edad escolar, pero el débil presenta previamente una serie de retrasos psicomotores.

#### Desarrollo Físico

El débil intelectual no presenta grandes estigmas de degeneración, pero son frecuentes en él signos de retraso físico y los de debilidad motora, exageración de los reflejos tendinosos, sincinecias, hipertonia muscular, torpeza de los movimientos y enuresis.

### Desarrollo intelectual

En general se observa una oposición entre las funciones de elaboración, muy insuficientes, y las funciones de adquisición, con alteración nula o escasa.

La memoria es ordinariamente buena y hasta hipertrofiada (memoria de los números), pero la atención está muy perturbada, el débil mental sabe leer, escribir y contar, tiene un vocabulario abundante, rico en términos raros e impropios; tiene afición a máximas y citas; su imaginación, aparentemente exaltada, es con frecuencia bastante pobre, carece de iniciativa, presentando conformismo.

Un hecho importante es la gran dificultad que presentan estos sujetos en la adquisición y utilización de ideas abstractas. La característica dominante es la deficiencia de juicio y la falta de capacidad de crítica. El débil es en general un emotivo, su humor es variable y presenta bruscas variaciones y crisis de cólera.

Tiene una extrema vanidad, muestra tendencia a ser altanero de aspecto protector y amanerado; a menudo mitómano.

Es eminentemente influenciable y de juicio pobre, es muy vulnerable a las malas compañías y cae con frecuencia en el alcoholismo y en reacciones antisociales, tales como robos, fugas y prostitución. Son frecuentes en estos sujetos brotes delirantes caracterizados por el polimorfismo y la pobreza del tema.



## E) DEFICIENCIA MENTAL

Deficiencia Mental Primaria; químicamente se distingue -- una forma de deficiencia mental debida a un factor genético -- que se transmite con un carácter mendeliano recesivo y una forma secundaria debida a lesiones cerebrales producidas después de la concepción.

En primer término se clasifican enfermos sin lesiones cerebrales demostrables y en cuya familia inmediata (abuelos, padres, hermanos) ha. corrido uno o más casos de deficiencia -- mental. Hay presencia de anomalías en el desarrollo de la médula y del cerebro.

Deficiencia Mental Secundaria: Se considera secundaria a la deficiencia mental que se desarrolla después de la fertilización del huevo como resultado de enfermedad, lesión, difusión endocrina o anomalía del desarrollo. En estos casos, no se encuentran antecedentes de deficiencia mental en la familia inmediata. 60% de todos los deficientes mentales pertenecen a esta categoría. De ellos, 40% sufren algunas formas de trastorno glandular. Otro 40% ha sufrido una lesión cerebral al nacimiento y el 20% restante presenta anomalías diversas debidas a encefalitis, sífilis, etc.

Deficiencia Mental de Causa Infecciosa: Enfermedades infecciosas que afectan a la madre durante su embarazo, tales como la fiebre tifoidea, la neumonía, la escarlatina, el sarampión, el paludismo y la sífilis, pueden dañar a la placenta o

a través de ella transmitirse al feto. Del mismo modo la inmunización maternal debida a una incompatibilidad de la sangre de la madre y del feto puede interferir con el desarrollo de estas infecciones y otras condiciones prenatales desafortunadas son las causas.

Deficiencia Mental de Causa Traumática: Un 6% a un 10% de los casos de deficiencia mental se debe a lesiones producidas durante el parto. Estas lesiones son debidas a hemorragias -- intracraneales o consecuencia de la asfixia.

La carencia de oxígeno en el cerebro por algunos minutos es capaz de producir daño permanente en las células ganglionares de la corteza cerebral. La asfixia puede ser resultado de una separación prematura de la placenta, de la compresión del cuello del producto por el cordón umbilical, de una anestesia demasiado profunda o de un retardo en la iniciación de la respiración. Los niños con lesiones cerebrales de esta clase pueden tener distintos grados de defectos mentales. Además su capacidad de adaptación puede estar seriamente interferida por otros síntomas resultantes de la destrucción del tejido cerebral, tales como espasticidad, parálisis, defectos de la audición y de la visión.

Deficiencia Mental Adquirida Tempranamente: Durante los primeros meses de la vida, un año, cuyo desarrollo ha sido hasta entonces normal, puede sufrir alteraciones estructurales -- del tejido cerebral, una de cuyas consecuencias es la deten-

ción del desarrollo mental.

Las meningitis cerebroespinales epidémicas, la encefalitis letárgica y la encefalitis, que excepcionalmente complican al sarampión, la parotiditis, la influenza, etc. Son causa de deficiencias mentales adquiridas tempranamente en la vida.

El niño deficiente representa un problema médico-psicológico educativo y socioeconómico tanto más grave cuando el déficit no es suficientemente profundo para hacer el confinamiento aconsejable sin dudas.

#### F) EL NIÑO HIPERQUINETICO

La hiperactividad o hiperquinesia (Kinesis-movimiento) es el más aparente de los trastornos de la conducta.

No se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño.

En este tipo, los ambientes que más estimulan a los senti-  
dos incrementan la motilidad, en tanto que los lugares tranqui-  
los, sin ruidos u otros estímulos, tienden a mejorar la conduc-  
ta del niño y a disminuir la actividad física de éste.

La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesia, son chicos hablantines que llegan a irritar a otros-

especialmente a los adultos.

A veces la hiperactividad se incrementa durante la noche, de tal manera que se dificulta la iniciación del sueño. El niño ya despierto inicia actividades propias de su hiperquinesis; habla en voz alta, deambula por la casa, pretende ponerse a jugar, etc.

Existen dos formas de conducta que derivan de la hiperactividad: La destructividad y la agresividad.

La primera reconoce fácilmente en el hogar, donde con frecuencia el niño destruye objetos, valiéndose de herramientas - como martillos, desarmadores, etc. o bien usando para ello las manos o los pies.

La agresividad se manifiesta de muchas maneras, algunas - veces el niño se muestra cruel con los animales, otras veces - agrede, sin motivo a otros niños o responde con agresiones exageradas a estímulos que no lo ameritan.

La inatención es otro de los síntomas integrantes del síndrome, es producto de la agresión del niño, la cual impide concentrar la atención y obstaculiza este proceso tan importante para el niño: el aprendizaje.

Los niños hiperquínéticos pasan sorpresivamente del enojo a la risa y de la risa al llanto, además cuando no obtiene lo deseado puede provocar una rabieta que hace que los padres - pierdan la paciencia. Otro síntoma importante es el impulso.

El niño hace lo que el impulso le indica sin pensar en las consecuencias mediatas e inmediatas de sus actos.

El siguiente síntoma es la incoordinación muscular o inmadurez motora como también se le llama. Algunos de los niños - hiperquinéticos tienen un desarrollo motor aceptable e incluso pueden ser buenos atletas una vez que son adultos, pero lo habitual es que exhiben una incoordinación general, la que involucra tanto a los movimientos gruesos como a los finos. Se -- muestra también la disforia, la cual se caracteriza por la -- anhedonia (que es la incapacidad para experimentar placer) la-depresión, la deficiencia auto estima y la ansiedad.

Las razones de las dificultades en el tratamiento en este tipo de pacientes puede ser:

1. no dentales
2. dentales

Las razones no dentales se deben con más frecuencia a trastornos de conducta, y los problemas suelen relacionarse con:

- a) un ambiente hogareño inestable
- b) cierto grado de rechazo por uno o ambos padres
- c) expectativas intelectuales, por parte de los padres, - de un nivel más elevado del que el niño se siente diferente a otros.

Es frecuente encontrar un paciente muy pequeño con una --

buena historia odontológica previa que se ha vuelto no cooperador por razones tales como:

1. Una hospitalización reciente, cuando es pequeño para entender que su madre en realidad no lo está abandonando.
2. Su madre misma ha tenido que ser internada, con un sentimiento de seguridad resultante en el niño.
3. El agregado a la familia de un segundo niño, de manera que el primero pierde parte de la atención de su madre cuando hasta ahora la ha recibido totalmente.

En la mayoría de los casos esta crisis emocional se supera bastante pronto de restablecida la estabilidad, en algunos, los efectos pueden ser prolongados.

Una causa muy importante de falta de cooperación odontológica es el temor de una experiencia desconocida. Esta se debe comúnmente a la ansiedad de la madre, o es acentuada por ella misma, tiene miedo o desconoce el tratamiento odontológico. Este temor es sentido por el niño y se agrega a cualquier aprensión que ya pueda haber tenido y no parece estar relacionado con el tipo de operación dental a realizar, ya sea tratamiento o simplemente una extracción.

**Causas Dentales.** Una de las causas más potentes y comunes es no cooperación, es desafortunadamente una experiencia

previa desagradable a manos de un odontólogo. Uno de los errores principales es que el dentista provoque dolor a un niño -- sin que en la mente del niño exista razón aceptable de cooperación entre el odontólogo y el paciente y si a uno le disgusta o es indiferente al otro, entonces no se logra la mejor cooperación.

**BIBLIOGRAFIA: 4,13,14.**

## CAPITULO 3.VII

## HABITOS BUCALES INFANTILES

El hábito es la forma metódica en que actúa la mente y el cuerpo, como resultado de la repetición frecuente de ciertos - impulsos nerviosos definidos.

Algunas propensiones son instintivas, se inician en el na cimiento o inmediatamente después de él.

Desde el punto de vista odontológico, estos hábitos se -- consideran como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas, que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares- inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios potencia les en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pue den volverse anormales si se continúan estos hábitos por largo tiempo.

Los hábitos orales los clasificamos en:

A). HABITOS DE PRESION, que a su vez se dividen en:

1. Hábitos de succión
2. Hábitos con los labios
3. Hábitos con la lengua
4. Hábitos de mala posición
5. Hábitos empuje de frenillo



## B). HABITOS DE RESPIRACION BUCAL

## C). HABITOS MASTICATORIOS

1. Comerse las uñas
2. Morderse los labios

## D). OTROS HABITOS

1. Masoquistas
2. Abertura de pasadores de pelo

## A) HABITOS DE PRESION

1). *Succión.* Al nacer el niño ha desarrollado un patrón-reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión

Su importancia y efectos dependen de:

1. La edad
2. Erupción de los dientes
3. Sobre todo la intensidad y duración del acto.

Si tiene lugar entre los 3 meses y el año, durante breves instantes, es considerado normal; pero si perdura hasta los 4-6 años con intensidad y duración, es probablemente un síntoma de anormalidad en el niño, pudiendo tener consecuencias serias en la dentición.

*Succión del pulgar.* Si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran posi

bilidad de lesión en el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste (dentadura mixta de los 6 a 12 años) pueden producirse consecuencias desfigurantes.

La gravedad del desplazamiento de las piezas, dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión.

El desplazamiento de piezas, o la inhibición normal de su erupción puede provenir de dos fuentes:

- a) De la posición del dedo en la boca.
- b) De la acción de palancas que ejerza el niño contra -- las otras piezas y el alvéolo por la fuerza que genera si además de succionar, presiona contra las piezas.

Según el hábito puede presentarse tendencia a producir sobreerupción de las piezas anteriores, aumentando por lo tanto, la mordida abierta, ésta puede crear problemas de empuje lingual y dificultades del lenguaje.

## 2). Hábitos con los labios:

El más perjudicial es el colocar el labio inferior hacia adentro, mordiendo con los incisivos superiores e inferiores, originándose un prognatismo más o menos acentuado. Los efectos son más graves si el hábito es practicado durante la época de la erupción.

### 3). Hábitos de la lengua:

Empujar la lengua contra los incisivos es uno de los hábitos que originan más trastornos en la dentición. Estos consisten en la protusión de los incisivos superiores, mordida abierta anterior y seseo, (llamado signatismo, es un efecto en la articulación del fonema).

### 4). Hábitos de mala posición:

Son aquellos que provocan una presión sobre los dientes - en los momentos de descanso. Durante el descanso cambia de -- postura con frecuencia, este hábito lleva influencias perniciosas cuando recién es ejecutado en regular intensidad y duración. Por lo tanto se produce una deformación del segmento bucal del maxilar; no es frecuente la deformación de la mandíbula debido a que tiene movimientos. Los malos hábitos al dormir, se presentan generalmente en los niños de edad preescolar.

### 5). Empuje del frenillo:

Es un hábito observado raras veces, si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas, y dejarlo en una posición varias horas.

Este hábito se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que desplace las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales. Este efecto es similar al producido en ciertos casos a un frenillo anormal.

## B) HABITOS DE RESPIRAR POR LA BOCA

Se estima que el 85% de los niños sufren de algún grado de obstrucción nasal. Se presenta en distintas formas:

1. Obstrutivo o habitual
2. Total o parcial
3. Continuo o intermitente

Los defectos de la dentición son los siguientes:

Al dejar caer la mandíbula, la lengua se apoya contra los incisivos superiores.

El labio inferior, al estar separado de los dientes, deja de ejercer una acción de presión contra ellos quedando el labio superior flácido o hipotónico, por lo que no puede oponerse a la presión de la lengua.

El resultado es que los incisivos superiores son empujados hacia adelante.

## C) HABITOS MASTICATORIOS

Comerse las uñas. Frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas.

Este hábito no es un hábito pernicioso, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morderse las uñas, son similares a las del proceso de masticación.

Sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentan este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atricción de las piezas anteriores inferiores. Este hábito alivia (enormemente normalmente la tensión).

#### D) OTROS HABITOS

1). Hábitos masoquistas. Ocasionalmente se encontrará un niño, con hábitos o naturaleza masoquista. Un niño que fue -- examinado, utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior. Este hábito había privado completamente a la pieza del tejido gingival marginal sin ligar, exponiendo al hueso alveolar.

El tratamiento consistió en ayuda siquiátrica y también -- envolver el dedo con cinta adhesiva.

2). Abertura de pasadores de pelo. Este es otro hábito -- nocivo, en el cual se observan incisivos aserrados y piezas -- parcialmente privadas de esmalte labial.

Común entre la mujer, al abrir los pasadores para el pelo, con los incisivos.

## CAPITULO 3.VIII

## METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NINO

Antes de llevar a cabo cualquier intervenci3n, habr3 que examinar cuidadosamente lo siguiente:

1. Duraci3n del h3bito
2. Frecuencia
3. Desarrollo osteog3nico
4. Herencia gen3tica
5. Estado general del ni3o.

Un procedimiento completo implica que los padres est3n de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odont3logo, - en su caso y son las siguientes:

1. Establecer una meta a corto plazo para mantener el h3bito (una o dos semanas).
2. No criticar al ni3o si el h3bito contin3a.
3. Ofrecer una peque3a recompensa al ni3o, si abandona el h3bito.

Existen dos tipos de m3todos para eliminar h3bitos nocivos:

- A). METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES y
- B). USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES.

A). Algunos de los métodos utilizados con éxito y que no consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño son:

- a) Recubrir el pulgar o el dedo del niño con sustancias comercialmente disponibles a este efecto, de sabor de sagradable.
- b) Rodear con tela adhesiva el dedo afectado.
- c) Adherir con algún medio guante a la muñeca de la mano afectada.

Todos estos métodos tienen algo en común: se basan en la aceptación del niño para romper el hábito.

La actitud de los padres es de innegable importancia. Si exigen del niño una perfección que éste no pueda lograr, el -- procedimiento estará condenado al fracaso. Es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la -- producción del hábito.

Sin embargo, si los padres recompensan de alguna manera - al niño por "dejar el hábito" durante el procedimiento, por me -- dio de sus actos y de algún premio insignificante, esto impre -- sionará profundamente al niño y lo orientará hacia una meta -- clara.

B). Uso de instrumentos intrabucuales para eliminar hábitos nocivos.

La mayoría de los instrumentos intrabucuales, fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño, con o sin permiso de éste son considerados por el niño instrumentos de castigo.

Puede producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito.

En la mayoría de los niños, estos instrumentos sirven para añadir un complejo de culpabilidad al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz, a un niño nervioso.

Para elegir el tipo más apropiado debe tomar en cuenta lo siguiente:

- a) Edad del niño
- b) Dentadura
- c) Su hábito bucal

Tipo de instrumentos:

1. Trampa de punzón
2. Trampa de rastrillo
3. Protector bucal



### 1. Trampa de punzón.

Una trampa con punzón es un instrumento reformativo de hábito que utiliza un recordatorio afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con el hábito.

La trampa puede consistir en: un alambre engastado en un instrumento acrílico removible, o puede ser una defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir para:

- a) Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- b) Distribuir la presión también a las piezas posteriores.
- c) Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

### 2. Trampa de rastrillo

Las trampas de rastrillo, al igual que las de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles. Como el término implica, este aparato, en realidad, más que recordar al niño, lo castiga. Se construye de igual manera que la de punzón, pero tiene púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina.

Las púas dificultan no sólo la succión del pulgar, sino -

también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

### 3. Protector bucal

El protector bucal, es un sólido escudo insertado en la boca, descansa contra los pliegues labiales y se emplea para:

- a) Evitar la respiración bucal
- b) Favorecer la respiración nasal
- c) Si se lleva durante la noche, evita que, los que se muerden los labios, emplacen el labio inferior en lingual, a los incisivos superiores.
- d) Que los que empujan la lengua fuercen ésta entre las piezas anteriores superiores e inferiores.
- e) Que los que respiran por la boca lo sigan haciendo
- f) Y por último que los que succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca.

Generalmente se inserta durante la noche, antes de ir a la cama, y se deja puesto toda la noche, para que el niño, durante el sueño se va forzando a respirar por la nariz.

El protector puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales. El más sensible de utilizar y más generalmente utilizado, son las resinas sintéticas.

### C). EJERCICIOS CORRECTIVOS

Encontramos otros métodos para corregir los hábitos nocivos de la boca y son los Ejercicios Correctivos, entre los que tenemos los siguientes:

1. Ejercicios del masetero y del temporal
2. Ejercicio del Pterigoideo
3. Ejercicio de Wilson para los músculos faciales
4. Ejercicio de la lengua

#### 1. Ejercicios del masetero y del temporal

En muchos niños que respiran por la boca o son débiles e hipotónicos, los músculos de la masticación son flojos por la falta de fuerza y tono, si el niño puede colocar los dientes en la oclusión correcta, se recurre al siguiente ejercicio:

a) Poner las puntas de los dedos índices sobre el músculo masetero, cerca del ángulo de la mandíbula, para que el niño pueda sentir los movimientos de contracción y relajamiento.

b) Juntar los dientes

c) A continuación, contraer y aflojar el grupo de músculos masetero temporal. Asegurarse que la mandíbula permanezca inmóvil, y en la posición de ventaja mecánica.

d) Mantener los dientes juntos y los músculos contraídos hasta que el niño cuente diez mentalmente. A continuación - - aflojar los músculos.

e) Repetir, cuando menos diez veces, la contracción y el-relajamiento contando hasta diez.

f) Unos días después, deberá aumentarse gradualmente la - cuenta de diez, hasta llegar a veinte. El esfuerzo muscular - no debe de ser excesivo.

g) Este ejercicio deberá realizarse con regularidad, tres veces al día. Este ejercicio fortalecerá los músculos de mas-ticación y estimulará el buen funcionamiento de las estructu--ras óseas.

## 2. Ejercicio del Pterigoideo

Los niños cuyos músculos de la boca son débiles y flojos- que tienen un desplazamiento distal de la mandíbula, pueden co- rregirse en muchos casos, esa condición mediante el ejercicio- pterigoideo.

- a) llevar la mandíbula tan adelante como sea posible y -- después dejarla que se retraiga hasta que los dientes tomen su relación normal.
- b) apretar los dientes y contraer, aflojar el grupo de - músculos masetero-temporal, contando diez lentamente.
- c) este ejercicio deberá continuarse hasta que se haya - fijado el hábito fisiológico normal en relación con - la posición de la mandíbula.

### 3. Ejercicio de Wilson para los músculos faciales.

Wilson aconseja un ejercicio que mantendrá en reposo los músculos ya desarrollados y estimulará el desarrollo de los -- músculos atrofiados parcial o totalmente. Las instrucciones -- son las siguientes:

- a) Llevar los molares del maxilar y de la mandíbula a la posición de oclusión y conservarlos en ella.
- b) Contraer todos los músculos de un carrillo, con los -- que el ángulo de la boca se contrae en línea recta y -- hacia atrás.
- c) Conservando todavía esta posición, empujar (con la ma-- no si es necesario) todos los músculos del lado opues-- to de la cara hacia el lado que ya se ha contraído.
- d) Mientras se conservan tensos, estos grupos de múscu-- los, aspirar profundamente el aire y dejar escapar -- con lentitud.
- e) Repetir los mismos movimientos en el lado opuesto.

Cuando este ejercicio se hace de diez a cien veces al día, según las condiciones físicas y la capacidad del paciente; for-- talece:

- El orbicular de los labios y
- Los músculos asociados de la boca y los carrillos

#### 4. Ejercicio de la Lengua

Los hábitos viciosos de la lengua con frecuencia causan mal oclusión de la mordida abierta.

Las instrucciones son:

a) Se coloca en el paladar un pequeño pedazo de caramelo, detrás de los incisivos maxilares, donde es sostenido por la punta de la lengua, se mantiene más atrás del paladar y no exactamente detrás de los incisivos, deberá evitarse que la punta de la lengua llene nuevamente al espacio comprendido entre los dientes, con lo que fracasará el propósito del ejercicio.

Durante la alimentación, debe instarse al paciente a deglutir con la lengua en la posición correcta.

BIBLIOGRAFIA: 15, 18.

### CAPITULO 3.IX.

#### MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

*El manejo adecuado del paciente preescolar no es sólo la buena atención dental, sino también lo que es más importante, cimentar las bases de la aceptación para la operatoria dental, como un servicio de salud.*

*El niño que se siente cómodo en el ambiente dental durante sus primeros años, será generalmente un buen paciente durante su edad escolar y adolescencia.*

*La introducción del niño a la odontología consiste esencialmente en enseñar al niño, a hacerle frente a una situación nueva y a seguir las instrucciones del personal odontológico.*

*El primer objetivo en el manejo exitoso es:*

- 1. Establecer la comunicación.*
- 2. Hacer sentir que el odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados en ayudarlo.*
- 3. Lograr que el niño tome conciencia de la importancia de la visita odontológica y los diversos procedimientos.*

#### A) ASPECTOS DEL CONSULTORIO DENTAL INFANTIL

##### *Sala de Espera*

*Es sin duda, el primer impacto que recibirán el niño y sus padres; debe reunir los siguientes requisitos:*

- 10.- Debe ser agradable y luminoso.
- 20.- Con un amueblamiento que sea atractivo para el niño.
- 30.- Se podrá disponer de una mesita y sillitas especiales para que el niño pueda dibujar o leer con comodidad.
- 40.- Contar con cuadros alegres (con personajes como el Ratón Mickey el Pato Donald, etc.).
- 50.- Vitrinas con objetos interesantes.
- 60.- Algunos juguetes, flores, libros para niños y revistas. En cuanto a las revistas para los adultos, --- quienes acompañan al niño, diremos que deben de ser al día, y en buena medida, reflejan los gustos y tipo de consultorio que se tienen.
- 70.- Debe estar aislado contra los ruidos del consultorio.
- 80.- La música en la sala de recepción y en el consultorio, contribuye a crear un ambiente grato. La selección responde a gustos personales. Se recomienda algunos conciertos, música ligera, etc.

#### Cubículo Operatorio Infantil

Debe estar creado en un ambiente atractivo en el cual el niño se sienta bienvenido y confortable.

y sus características son las siguientes:



- a) Se recomienda muebles de acero ya que corresponden mejor a las exigencias de asepsia.
- b) Las paredes pintadas con colores armoniosos.  
Los aparatos que no se necesitan para los tratamientos normales, en lo posible no deben estar a la vista.
- c) Las mesitas de trabajo al sillón, no deben estar sobrecargadas con instrumentos, porque podrían asustar al niño.
- e) Los instrumentos necesarios se colocarán sobre las mesitas en el lado opuesto al niño, y también el brazo del torno debe ponerse fuera de la vista del niño.
- g) No se colocarán más de dos o tres sillones, y se destina uno en una salita aparte, para niños intranquilos.
- g) El consultorio debe tener otra salida además de la que tiene en la sala de espera. Varias piezas pequeñas o una sola con varias subdivisiones mayores, psicológicamente más saludables.

#### Asistente Dental

Es una persona esencial en todo consultorio, y debe reunir los siguientes requisitos:

- a) Pulcra, juiciosa y progresista.
- b) Voz y personalidad agradable, combinadas con un evidente interés en los problemas del momento.

- c) Debe realizar el registro de la historia clínica y de los datos relativos a los diversos tratamientos y procedimientos operatorios.
- d) Ser responsable de los llamados recordatorios a los pacientes y otros deberes, relacionados con la parte económica del consultorio.
- e) No solamente debe iniciar el contacto con el niño, sino que ha de ganarse su confianza con amabilidad, in-dulgentia y paciencia.
- f) Su tarea principal es preparar el terreno para el profesional, una vez establecido el contacto entre dentista-niño la asistente se retira.
- g) Debe observar atentamente el curso del tratamiento, para preparar los instrumentos necesarios y comunicarse con el dentista más bien con gestos discretos, que con palabras.

## B) PERSONALIDAD DEL ODONTOPEDIATRA

El profesional debe mostrar un positivo interés en el paciente, debe ser sincero y cortés y mostrar un aire de confianza en sí mismo.

El control de la voz, por parte del profesional es un factor muy importante. Debe comprender la conducta del niño. Sólo una comprensión y un conocimiento activo de la conducta in-

fantil podrá encauzar su propia conducta y sus propias reacciones, ante los problemas del consultorio dental.

Es sumamente importante que el odontólogo aprenda a enmascarar su reacción emocional ante una determinada situación. No debe mostrar angustias, ira e indecisión.

Será útil que pueda enmascarar cualquier tipo de involuación emocional y que cree una atmósfera de comprensión, al parecer controlada.

El dentista no sólo debe ser entretenido y estar de buen humor, sino también; debe tener paciencia y ser indulgente, pero siempre, debe hacer sentir su autoridad.

### C) CONVERSACION DEL DENTISTA

- a) Durante todo el tratamiento el dentista deberá hablar con el niño, sobre diversiones, técnicas, amigos y deportes, así como objetos que le interesan.
- b) La conversación debe ser continua y entretenida y no debe ser interrumpida ni aún cuando el dentista debe concentrarse en un paso de su trabajo.
- c) Es conveniente anotar algunos asuntos familiares importantes y los intereses principales del niño, lo cual ayuda a establecer más fácilmente la comunicación con el niño en la próxima cita.

- d) El niño debe tener la impresión de que lo más importante en la visita al dentista, es la conversación con éste y el tratamiento se realizará así solo de paso.
- e) De la conversación, el niño debe sentir que hay un verdadero interés por su persona.

#### D) CONOCIMIENTO DEL PACIENTE PREESCOLAR

Es recomendable conocer al paciente infantil antes de que llegue a la silla dental.

Cuando los padres llaman por primera vez, para pedir cita, puede obtenerse información sobre el niño.

Preguntar:

- ¿Cuánto sabe el niño sobre dentistas y procedimientos dentales?
- ¿Teme el niño ir al dentista?
- ¿Se lleva bien con los adultos?
- ¿Ha estado en el hospital?
- ¿Tiene miedo a su médico?

Estas preguntas pueden dar idea del comportamiento futuro del niño, en cuanto se le empiece a tratar.

#### a) TRES AÑOS

Con el niño de tres años, el odontólogo suele poder comu-

nicarse y razonar con más facilidad durante la experiencia - odontológica. Tiene un gran deseo de conversar y a menudo disfrutará contando historias al dentista y sus asistentes.

Los niños de tres años y medio y menos, en situaciones de stress o cuando se les lastima están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo, apoyo y seguridad.

Tienen dificultades para aceptar la palabra de nadie por nada y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozca bien al personal y los procedimientos.

#### b) CUATRO AÑOS

El niño de cuatro años por lo común, escuchará con interés las explicaciones y normalmente, responderá a las indicaciones verbales.

Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y ser grandes conversadores, aunque tienden a exagerar en su conversación. En algunas situaciones, el niño de cuatro años puede tornarse desafiante y puede recurrir al empleo de malas palabras. En general, la criatura de cuatro años que haya vivido una vida familiar feliz, con un grado normal de educación y disciplina será un paciente odontológico muy cooperador.

### c) CINCO AÑOS

El niño de cinco años, ha alcanzado la edad en que está listo para aceptar las actividades en grupo y la experiencia comunitaria.

A esta edad la relación personal y la social están mejor definidas y el niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción. Si el niño de cinco años ha sido preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas, como la de ir al consultorio dental. Los niños de este grupo -- cronológico suelen estar muy orgullosos de sus posesiones y -- sus ropas y responden muy bien a los comentarios sobre su aspecto personal.

Los comentarios sobre sus vestidos pueden ser usados eficazmente para establecer comunicación con el nuevo paciente.

### d) SEIS AÑOS

A los seis años, la mayor parte de los niños se separan de los lazos muy estrechos de la familia. Es aún, una época de transición importante y puede aparear una ansiedad considerable.

Puede incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y golpes a los padres. Algunos de estos niños preescolares tienen temor a los tratamientos en cuerpo, a los elementos o aún a los seres humanos.

Con la debida preparaci3n para la experiencia odontol3gica, se puede esperar, sin embargo, que el ni1o de seis a1os -- responda de manera satisfactoria.

e) HAY CIERTO TIPO DE REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOL3GICA Y SON LAS SIGUIENTES:

- 10.- Temor
- 20.- Ansiedad
- 30.- Resistencia
- 40.- Timidez

10.- Temor

El temor es una de las emociones que con m1s frecuencia se experimenta en la infancia. Su efecto sobre el bienestar f1sico y mental del ni1o puede ser extremadamente patol3gico. En el manejo del ni1o en el consultorio, el odont3logo debe primero procurar determinar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables, de 3l algunos ni1os llegan al consultorio dispuestos a responder con tensi3n y temor, sobre todo a causa de la manera en que se les fue presentada la odontolog1a, en su hogar, en otros casos el temor a un odont3logo -- puede ser el resultado de una experiencia traum1tica que dej3 sensibilizado al ni1o y desarroll3 en 3l sus propios temores a partir de sus padres, familiares y relaciones.

Si el ni1o es realmente miedoso, el odont3logo, conversa-

rá con él y procurará enterarse de la causa del temor. En este caso el dentista podrá proceder a borrar esa idea mediante demostraciones y aplicaciones.

En la primera sesión, el odontólogo no debe intentar más que procedimientos simples, debe explicar cuidadosamente lo -- que está haciendo, el uso de todos los instrumentos y gradualmente debe de ir construyendo hasta llegar a procedimientos -- normales de rutina que son necesarios para el servicio de la -- salud.

Puede ser necesario emplear alguna forma de restricción -- en particular en una emergencia, con el fin de dominar ya los -- temores del niño.

## 20.- Ansiedad

Los niños angustiados están esencialmente asustados de to da nueva experiencia; su reacción puede ser violentamente agre siva; si el niño que hace demostraciones de rabietas en su ho-- gar se recompensa, las rabietas pueden convertirse en un hábito.

Cuando este niño se comporta de modo similar en el consultorio odontológico, el profesional deberá decidir si la reac-- ción es de temor agudo o es una rabieta, si el niño está real-- mente asustado, el odontólogo debe mostrarse comprensivo y pro ceder con suma lentitud.

Si el niño está claramente en una demostración de rabieta,



en cambio, el odontólogo puede demostrar su autoridad y su dominio de la situación.

### 30.- Resistencia

La resistencia es una demostración de ansiedad o inseguridad y de hecho el niño se rebela contra el miedo. Puede hacer despliegue de rabietas o darse la cabeza contra las paredes o provocar vómitos cuando no desea adaptarse. El odontólogo tiene dificultades para comunicarse con este tipo de pacientes; - el niño se siente lastimado con facilidad y llora casi por -- cualquier cosa.

### 40.- Timidez

La timidez es otra reacción que se observa ocasionalmente, en particular en el caso del paciente de primera vez. Suele - estar relacionada con una experiencia social muy limitada por parte del niño.

El niño tímido necesita pasar por un período de precalentamiento, esta es una instancia en la que puede ser útil permitir que el niño tímido sea acompañado al consultorio mismo por otro niño paciente bien adaptado. El tímido necesita ganar -- confianza en sí mismo y el odontólogo.

Dentro de estas mismas reacciones tenemos:

50.- El niño sociable

60.- El niño muy activo

50.- El niño sociable.

Este tipo de paciente, conversa pronto y muestra un alto nivel de curiosidad respecto al odontólogo, de lo que piensa - realizar y como lo hará. Es fácil de tratar y responder a sus preguntas, generalmente son pertinentes y no están motivados - por el temor y la angustia.

A este niño se le puede mostrar los instrumentos, como ac túan y cuál es su propósito, todo esto para reforzar la rela- ción que se intenta establecer con él.

60.- El niño muy activo.

Su presencia en la sala de espera no necesita ser anuncia da por la asistente dental. Su conducta en el consultorio es- exploradora, investigadora, siempre expresándose en tono alto- y tocándolo todo.

Una apreciación psicológica de la situación nos dirá que- se trata de un niño a quien los padres no pusieron límites de- finidos y experimenta una intensa angustia.

Este niño como se sale con la suya en el hogar puede espe- rar que suceda una situación similar en el consultorio odonto- lógico. Pueden tener ataques de rabia, gritar, llorar o entre- garse a cualquier otra forma de comportamiento pueril.

La conducta negativa o desadaptada de estos niños jamás - debe hallar aprobación en el consultorio odontológico. Para -

evitar que estas respuestas sean aprobadas, es imperioso que los padres no estén con él en el examen preliminar ni en las visitas subsecuentes.

El odontólogo puede comentar con los padres algunos medios para que pueda controlar mejor esa conducta en el consultorio.

#### F) ATENCION AL PACIENTE INFANTIL

Cada niño deberá recibir una atención completa por parte del dentista. Se debe tratar al niño como sigue:

- a) Tratarlo como si fuera el único paciente ese día.
- b) Nunca dejar al paciente muy pequeño solo en la silla, ya que sus temores, aún no disipados por completo, pueden agrandarse.
- c) No se debe transferir al paciente infantil de una sala a otra para realizar otro tipo de tratamiento. Esto presentará una nueva situación al niño y causará ansiedad.
- d) Debe ser posible realizar todo el trabajo necesario en el niño en la misma sala.
- e) Si se tiene que abandonar la sala de operaciones, aunque sea por un minuto, asegúrese de que esté presente la asistente.

## G) TARJETAS DE CUMPLEAÑOS, OBSEQUIOS Y PREMIOS

Una rutina es tener un sistema recordatorio de cumpleaños y poco antes de la llegada del acontecimiento anual, hacer que la asistente envíe una tarjeta adecuada. La edad del niño y la fecha se obtienen en el momento del examen.

Los obsequios y premios son un medio para interesar a los niños en la odontología. El pequeño recibe un obsequio, haya o no colaborado y por este gesto amistoso se logra un vínculo más estrecho entre el consultorio, el odontólogo y el niño.

## E) HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL DENTISTA

Para lograr una práctica grata requiere además de una personalidad aceptable, un consultorio atrayente, una razonable habilidad para manejar al paciente.

La capacidad para hacer un buen trabajo, como también para reducir el tiempo operatorio al mínimo, es esencial para la mayoría de los pequeños pacientes. El tiempo es un factor muy importante en muchos problemas de conducta del niño y por eso el operador lento, se encuentra frecuentemente en seria desventaja, por lo tanto:

- a) El odontólogo deberá: realizar sus deberes con destreza, rapidez y mínimo de dolor.
- b) Se deben arreglar los instrumentos adecuadamente, para no perder tiempo buscándolos cuando ya se ha empezado la operación.

- c) *Uso de instrumentos afilados.*
- d) *Trabajar suave y cuidadosamente y no perder tiempo en movimientos innecesarios.*

*Todo esto contribuirá a reducir la cantidad de tiempo que el niño esté en el sillón dental.*

### 1) LENGUAJE APROPIADO

- 10.- *Debe ganarse la atención del niño.*
- 20.- *Expresar las órdenes en un lenguaje que pueda entender el niño.*
- 30.- *Es importante pronunciar las palabras con lentitud y claridad. El niño es más capaz de seguir las instrucciones, que además deberán ser pocas y de una por vez.*
- 40.- *El uso de amenazas y sobornos, es un mal medio de obtener obediencia.*
- 50.- *Cuando el niño es un buen paciente se le debe decir, existen muchos tipos de recompensa (entre las que más busca el niño es la aprobación del dentista). Por lo tanto el dentista debe reconocer la conducta ejemplar del niño.*

**BIBLIOGRAFIA:** 15, 16, 19, 24, 25.

## CAPITULO 3.X

## DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES INFANTILES

El examen deberá llevarse a cabo con movimientos lentos y fluídos, utilizando un mínimo de instrumentos, para evitar - - alarmar al niño, las preguntas del odontólogo y sus afirmaciones deberán adoptar la forma de conversación normal.

## I. Equipo para diagnóstico

a) El niño deberá estar sentado cómodamente, en una silla dental diseñada para niños o en una silla para adultos, ajustada adecuadamente a su tamaño.

b) Además del foco dental y la jeringa de aire, únicamente se necesita un espejo de frente y un explorador de ángulo recto.

c) Sólo estos instrumentos tendrán que estar en evidencia al comenzar el examen.

d) El instrumental necesario es el siguiente:

- Material de impresión de alginato
- Articulador
- Papel de articulador
- Flama bunsen
- Torundas de algodón
- Piezas de algodón

- Hilo dental
- Porta impresiones
- Taza para mezclar y espátula
- Sonda parodontal
- Dique de caucho de 5 x 5 pulg.
- Espátula de acero inoxidable
- Espátula para lengua
- Cera calibrada de 28
- Vitalómetro

## 2.- Examen del niño.

Hay tres tipos de citas para examen que pueden considerarse normales:

- 1.- Llamadas de urgencia
- 2.- Llamadas de recordatorio
- 3.- Llamadas para examen completo

1.- El examen de urgencia, está generalmente limitado al emplazamiento de la herida y se diseña básicamente para llegar a un diagnóstico inmediato que lleve a tratamiento rápido y a la eliminación de la queja principal.

2.- El examen periódico o de recordatorio es una sesión de continuación, después de una sesión de examen inicial completo. Su fin es ponderar los cambios que han ocurrido desde que se terminó el tratamiento anterior.

### 3.- Objetivos del examen completo

- 10.- Para determinar la naturaleza, severidad y la duración de la queja dental presente o actual del niño.
- 20.- Sirve para medir la reacción e intereses de los padres y del niño sobre el tratamiento dental pasado y futuro.
- 30.- Para evaluar el antecedente donde se ha desarrollado el niño y el grado en que esto ha influido, así como los factores de la herencia y las condiciones prenatales y post-natales como la nutrición, enfermedades, hábitos y experiencias sociales.

El examen completo es el siguiente:

#### a) Datos Generales

- Nombre (1er. nombre, apellido y apodo).
- Dirección, número de teléfono, sexo y cumpleaños.
- Es recomendable tomar nota de las horas más apropiadas en que los padres pueden traer a sus hijos a sus citas, así como también preguntar si el niño está yendo a un kinder garden, o una guardería.

#### b) Motivo principal de la consulta.

- c) Los padres deben describir la naturaleza, severidad y duración de la queja.

#### d) Historia personal.



*Detalles pre-natales.* La nutrición y la salud de la madre durante el embarazo. Estos detalles pre-natales y natales proporcionan indicaciones sobre el origen -- del color, forma y estructura anormal de piezas caducas y permanentes.

*Historia post-natal y de lactancia.* Revisa los sistemas vitales del paciente, también registra información, tal como tratamientos del niño y su actitud en relación al medio.

e) *Posición dentro de la familia.*

Nos indica el comportamiento del niño en su casa y de las relaciones con sus padres y otros miembros de la familia.

f) *Historia Médica*

Debe incluir mucho más que una simple lista del nombre de las enfermedades pasadas, se anotará la edad en que se tuvo, su severidad y duración. Además se tiene que sumar la reacción del niño hacia algunos tratamientos médicos. El nombre del médico del niño debe ser anotado, para poder consultarlo en cualquier caso de urgencia futura, o para obtener información médica adicional cuando se necesite.

g) *Historia Familiar*

Ya que un niño en edad preescolar es muy impresionable

y sensitivo hacia los puntos de vista e ideas de su familia, su reacción inicial hacia el cuidado de sus - - dientes, está grandemente influenciado por la reacción que tengan los padres y sus hermanos, hacia la odontología. Esta historia proporciona alguna indicación -- del desarrollo hereditario del paciente.

#### h) Historia Dental

Debe incluir la edad en que erupcionan los primeros -- dientes, así como la naturaleza, severidad y duración de cualquier complicación asociada con la erupción de los dientes.

También debe contener la descripción, de cualquier hábito que puede ser adoptado por la madre, cuando se -- originó y frecuencia.

#### 4o.- Diseño de un examen clínico odontopediátrico.

##### A) Perspectiva general.

Estatura.- Se observa primero si el paciente es muy alto o muy bajo para su edad, se incluyen características de crecimiento en los varios periodos de edades y efectos de herencia, medio, nutrición, enfermedad, anomalías del desarrollo y secreciones endócrinas.

##### B) Andar

Se puede apreciar rápidamente el andar del niño, ver si -

es normal o anormal, el andar normal más común es el de un niño enfermo que camina con inseguridad debido a su debilidad, - otro tipo de andar son los de tipo inseguro hemipléjico, tambaleante, de balanceo y atáxico.

### C) Lenguaje

Se consideran tres tipos de trastornos de lenguaje:

- 1.- Afasia.- Es rara y generalmente denota pérdida de lenguaje, como resultado de algún daño al sistema nervioso central.
- 2.- Dislexia.- Las causas son las siguientes: pérdida de la audición, retraso intelectual, retraso de desarrollo general, enfermedades graves prolongadas, defectos sensoriales, falta de motivación y estimulación - inadecuada del medio.
- 3.- Trastornos articulatorios del lenguaje; pueden considerarse omisión, inserción y distorsión sustituir el sonido "s" produce seseo.

### D) Manos

Pueden observarse: lesiones primarias y secundarias de piel como: máculas, pápulas, vesículas, úlceras y costras.

Estas pueden ser producidas por enfermedades exantemáticas, deficiencia vitamínica, hormonales y del desarrollo.

Se debe tomar en consideración el número, la forma y el -

tamaño de los dedos de los niños. Las uñas pueden tener forma de espátula, puntiaguda, quebradiza y escamosas.

#### E) Temperatura

No se puede diagnosticar enfermedades específicas tan solo por la presencia de fiebre o elevación de temperatura. Sin embargo el grado de fiebre, su patrón y la reacción del niño son a menudo factores que indican cierta patología.

#### F) Tamaño y Forma de la Cabeza

El tamaño de la cabeza del niño puede ser:

1.- Normal

2.- La macrocefalea o cabeza demasiado grande, se debe frecuentemente a trastornos del crecimiento, enfermedad o trauma que afecta el sistema nervioso.

#### G) Pelo y Piel

La alopecia o pérdida del cabello, puede observarse en pacientes de muy corta edad.

La piel de la cara al igual que la de las manos puede observarse para detectar señales de enfermedades.

#### H) Inflamación Facial y Asimétrica

La asimetría de la cara puede ser:

a) Fisiológica

b) Patológica

Se puede producir asimetría facial patológica por presiones intrauterinas anormales, parálisis de nervios craneales, -- displasia fibrosa y trastornos del desarrollo familiares.

Las infecciones, ya sea de origen bacteriano o viral y el traumatismo son, en general las causas principales de inflamación facial en los niños.

Todo agrandamiento unilateral de la cara que se produce sin dolor y que crece lentamente sin ningún agente evidente - que lo cause, merece especial atención por parte del dentista.

#### 1) Articulación Temporomandibular.

Para observarla se le indicará al paciente que lleve a cabo movimientos de cierre y apertura, lateralidad, colocando el cirujano dentista, el dedo índice de ambas manos, sobre la región condilar y se notará si hay desplazamientos de la misma o presenta chasquidos, trismus, dolor localizado, rechinado de dientes, abrasión, atricción.

#### 2) Oídos

Se debe observar cualquier tipo de deficiencia de audición en el paciente infantil. La observación del meato auditivo externo, puede revelar cierta secreción.

La palpación del oído externo y de la apófisis mastoidea, puede revelar algo de sensibilidad que indicará al dentista - que la inflamación existe dentro del oído mismo.

### K) Ojos

El odontólogo deberá observar, si el niño tiene o no dificultad para ver y si usa lentes o no.

La observación de los ojos del niño deberá incluir; la acción de los párpados, presencia o ausencia de inflamación, hinchazón o irritación alrededor de los ojos, costras o lesiones de párpados, presencia o ausencia de conjuntivitis, defectos del iris y lagrimal anormal.

### L) Nariz

Debido a su localización prominente, cualquier anomalía de tamaño forma o color de la nariz automáticamente atrae la atención hacia dicho órgano.

### M) Cuello

El examen del cuello se hace por observación y por palpación. A medida que el odontólogo observa simetría facial del niño, también observa cualquier configuración anormal del cuello. La piel de éste está sujeta a todas las lesiones epidérmicas primarias y secundarias y también a las cicatrices de reparación quirúrgica.

### N) Examen de la Cavidad Bucal

La duración del examen bucal debe ser breve, no debe olvidarse que el niño se encuentra en una situación desconocida.

Pasos a seguir:

1.- Aliento.

El aliento de un niño sano es generalmente agradable.

El mal aliento o halitosis puede deberse a causas: locales y generales.

Los factores locales incluyen: higiene bucal inadecuada, presencia de sangre en la boca o alimentos volátiles de fuerte olor.

Los factores generales pueden incluir:

- Deshidratación
- Sinusitis
- Hipertrofia e infección del tejido adenoideo, crecimientos malignos.
- Tracto digestivo superior
- Fiebre tifoidea
- Y otras infecciones estéricas y trastornos gastrointestinales.

2.- Labios, Mucosa Labial y Bucal.

Los labios son la entrada de la cavidad bucal, después de observar tamaño, forma, color y textura de la superficie, deben ser palpados usando el pulgar y el índice.

Cualquier inflamación o masa de los labios deberá ser palpada entre el pulgar y el índice para observar el tamaño y la consistencia.

Cualquier lesión o cambio de color o de consistencia de la membrana mucosa, deberá ser evaluado cuidadosamente.

También se puede palpar con el pulgar y el índice las inflamaciones en la mejilla.

Normalmente la mucosa labial y la bucal son de color rosa do. Sin embargo la melanina puede causar una pigmentación fisiológica normal de color pardo, frecuentemente observado en la raza negra.

### 3.- Saliva

La calidad de saliva puede ser:

- a) Muy delgada
- b) Normal
- c) Extremadamente viscosa

Parotiditis epidémica o paperas se caracterizan por una inflamación muy sensible y algo dolorosa, unilateral o bilateral, de las glándulas salivales.

Una secreción excesiva o purulenta del conducto de Sten-son puede indicar otros trastornos de la glándula parótida.

Las glándulas salivales sublinguales y submaxilares también pueden volverse hipersensibles, hinchadas y puede tener secreciones alteradas cuando existen infecciones generales.

### 4.- Tejido Gingival

Se debe tomar en cuenta:



- a) Color
- b) Tamaño
- c) Forma
- d) Consistencia
- e) Fragilidad capilar de la encía

Se debe tomar también en cuenta que el tejido gingival - reacciona con mucha sensibilidad a cambios metabólicos y nutricionales a ciertas drogas y a trastornos del desarrollo.

#### 5.- Lengua y Espacio Sublingual

Deberá pedirse al niño que extienda la lengua de manera - que el examinador observe:

- a) Forma
- b) Tamaño
- c) Color
- d) Movimiento

Se debe observar el dorso de la lengua en detalle, la lengua puede tener un color blanco, grisáceo o parduzco, en estado febril o etapas tempranas de enfermedades exantematosas.

La capa consta de células escamosas, desechos de comida y bacterias, deben observarse las costumbres de la lengua, para describir posibles asociaciones de mala oclusión.

El espacio sublingual; es una de las zonas descuidadas, - puede quedar afectada como consecuencia de algunas enfermedades en cuyo caso debe ser observado cuidadosamente.

### 6.- Paladar

La cabeza del niño deberá ser inclinada ligeramente hacia atrás para poder observar directamente; la forma, el color y - la presencia de cualquier tipo de lesión en el paladar blando - y en el duro.

### 7.- Faringe y Amígdalas

Para examinar el área de la faringe y de las amígdalas, - el examinador deberá deprimir la lengua con un espejo de mano, o con una espátula, para observar cualquier cambio de:

- a) Color
- b) Ulcera
- c) Inflamación

### 8.- Dientes

- a) Número de piezas.

Es raro observar en un niño ausencia completa de piezas - (anodoncia).

Un trastorno en la erupción de la dentadura puede hacer - que existan demasiadas piezas o pocas, según exista un patrón - de piezas de erupción retrasada o precoz.

Ciertos trastornos hormonales y del desarrollo pueden cau - sar desorganización de los patrones normales de erupción de la dentadura.

Dentaduras retrasadas o precoces pueden resultar de ello - y el número de piezas presentes varían en gran manera.

b) *Tamaño de las piezas.*

*Es raro encontrar:*

- 1.- *Macrodoncia (dientes demasiado grandes)*
- 2.- *Microdoncia (dientes demasiado pequeños)*

*Sin embargo pueden encontrarse piezas separadas o muy pequeñas.*

*La herencia desempeña generalmente el papel principal en la predeterminación del tamaño de las piezas.*

*Anomalías hormonales y del desarrollo serán otros factores que habrá que tomarse en consideración.*

c) *Color de las piezas*

*La tinción normal de las piezas de los niños pueden dividirse en dos tipos:*

- 1.- *Extrínsecas*
- 2.- *Intrínsecas*

1.- *La tinción extrínseca.- Puede ser causada por bacterias cromogénicas que pueden invadir depósitos de materia alba y cálculo, causando una gama de colores en las piezas de los niños.*

2.- *La tinción intrínseca.- El cambio de color generalizado del esmalte se debe probablemente a factores intrínsecos tales como discracia sanguínea, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, resorción interna y drogas tales como la serie de tetraciclinas.*

#### d) Oclusión de las piezas.

En esta etapa del examen se pide al niño que cierre, el - dentista guía la mandíbula suave, pero firme, a la posición -- más retraída pero cómoda, de los cóndilos.

La interdigitación de molar y canino deberá ser comprobada cuidadosamente de manera bilateral. Al detectar mala oclusión en su etapa muy temprana se puede informar a los padres - que adelante será necesario consultar al ortodoncista.

#### e) Malformación de los dientes

Lesiones físicas e hipoplásticas del esmalte son las causas más comunes de dientes malformados.

Adicionalmente las piezas pueden estar:

- Laceradas
- Empequeñecidas
- Germinadas
- Fusionadas

Con entalladuras en forma de clavo causa de trastornos hereditarios, sistémicos o del desarrollo.

Las caries son causas de más destrucción de tejidos dentales, que cualquier otro tipo de afección.

#### F) Radiografía

La radiografía es la ayuda más importante para la acerta-da práctica de la odontopediatría.

La radiografía deberá emplearse para obtener la siguiente información:

- 1.- Lesiones cariosas incipientes.
- 2.- Alteraciones de la calcificación de las piezas.
- 3.- Alteraciones en crecimiento y desarrollo.
- 4.- Alteraciones en la integridad de la membrana parodontal.
- 5.- Alteraciones en el hueso de soporte.
- 6.- Cambio en la integridad de las piezas.
- 7.- Evaluación pulpar.

En el niño de edad preescolar puede aprender a tolerar las películas intrabucales.

Pueden usarse películas número 1.0 y 1.1

Puede hacerse un examen completo con 12 radiografías:

- Seis anteriores
- Cuatro posteriores
- Y dos mordida con aleta

Es importante que este examen muestre la dentadura caduca y los gérmenes de piezas permanentes en desarrollo.

#### g) Planeación del tratamiento

El tratamiento odontológico acertado se basa en diagnóstico acertado y cuidadoso y planeación del tratamiento.

Debe evaluarse tres consideraciones antes de llevar a cabo cualquier tratamiento:

- 1.- Urgencia
- 2.- Secuencia
- 3.- Resultados probables

Una secuencia bien organizada de tratamiento evita muchos falsos comienzos repetición de tratamiento y pérdida de tiempo, energías y dinero.

a) Planeación del tratamiento odontopediátrico

1.- Tratamiento médico

Envío a un médico general

2.- Tratamiento general

a) Premedicación

b) Terapéutica para infección bucal

3.- Tratamiento preparatorio

a) Profilaxis bucal

b) Control de caries

c) Consulta con ortodoncista

d) Cirugía bucal

e) Terapéutica de endodoncia

4.- Tratamiento correctivo

a) Operatoria dental

b) Prótesis dental

c) Terapéutica de ortodoncia

5.- Exámenes por recordatorio periódico y tratamiento de mantenimiento.

## C A P I T U L O 4

### ANALISIS DE RESULTADOS

"Existen dos corrientes psicológicas la de Erickson y Piaget que en su contenido analizan todos los factores, que de terminan el desarrollo psicoemocional del preescolar y que a su vez brindan al odontólogo una superación en la práctica odontológica del preescolar".

1). Podemos decir que las teorías que más se apegan a las necesidades de la odontología clínica son las siguientes:

Erickson, un conjunto de alternativas de esta edad, pero - El mismo dice que los años preescolares son un período rápido de fluctuaciones entre la dependencia y la independencia, la competencia y la ineptitud, la madurez y el infantilismo, la masculinidad y la femineidad entre la simpática afectuosidad y bruscos impulsos destructivos y antisociales.

Nielsen y Tomphson, definen las emociones como el resultado de la facilitación o frustración de una tendencia instintiva que se manifiesta en actividad del sistema nervioso vegetativo, a través del hipotálamo, ya sea como actividad glandular o como acción muscular.

Con cada tendencia instintiva hay expectativa (anticipación), y con cada conclusión placer o displacer.

El engrama hipotalámico es ganado por pautas de atención en el tálamo y desarrollo y embellecido por la participación de la corteza cerebral que le suministra el tono afectivo.

Si consideramos que la esencia de la vida es el mantenimiento de un estado de equilibrio individual, y a la vez, del individuo con el medio y si al mismo tiempo pensamos que tal estado de equilibrio constantemente se rompe y constantemente se restablece, veremos que es función esencial de los órganos vivos.

La adquisición de los elementos indispensables para que tal equilibrio subsista. La ruptura del equilibrio a la vivencia da necesidad que impulsa al sujeto hacia el objeto capaz de satisfacerle.

En el polo opuesto, el sujeto rehuye el contacto con los objetos susceptibles de perjudicar su equilibrio vital.

Piaget en base a su análisis y estudios realizados da una descripción detallada de la estructura del pensamiento en esta etapa, de los 2 a los 7 años (llamada por Piaget etapa preoperacional), en la cual el niño se ha identificado como persona separada.

Por lo que diremos que las teorías más afines al desarrollo psicoemocional del preescolar con relación al consultorio dental, son las anteriores.

2). Los factores que intervienen en la formación del desarrollo psicoemocional del preescolar son los siguientes:



*Desarrollo individual del preescolar; La imagen del mundo ante el preescolar; El medio ambiente en donde se desarrolló - el preescolar; La influencia de los padres sobre el desarrollo del preescolar; Métodos utilizados para la educación del preescolar.*

3). *El grado de dependencia que guarda la odontología -- clínica con respecto a la formación psicoemocional del preescolar:*

*Está en función a la psicopatología del preescolar; Psicosis de la infancia del preescolar y hábitos bucales infantiles del preescolar.*

## CAPITULO 5

CONCLUSIONES

- 1). *Las corrientes psicológicas que toman en consideración -- los factores que intervienen en el desarrollo psicoemocional del preescolar son las establecidas por Nielsen, -- Thompson, Piaget y Erickson.*
- 2). *Como se observó, conforme el niño va teniendo conocimiento de sí mismo el cual va encaminado hacia desarrollo físico, emocional y social, se va integrando su personalidad.*
- 3). *Con el niño en sí, debemos de despertar su confianza en -- nosotros antes de cualquier tratamiento, aplicando el sistema o procedimiento adecuado que requiere cada paciente.*
- 4). *Impedir los malos hábitos en el niño por medio de consejos de acuerdo con la edad.*
- 5). *Es importante también, recordar que el comportamiento de los niños puede variar, lo cual puede confundir tanto a -- los padres como al mismo odontólogo, por lo que deberá tener el criterio y el conocimiento suficiente, para manejar las diferentes reacciones de cada etapa, ya que cada una de ellas trae consigo características propias que dan lugar a reacciones inesperadas.*

- 6). De aquí, que el manejo del niño en el consultorio dental sea satisfactorio o no, dependerá del conocimiento, habilidad, rapidez y lenguaje apropiado que tenga el odontólogo acerca de estos problemas, podrá dar el tratamiento -- adecuado.
  
- 7). Por lo que un tratamiento dental inadecuado o no satisfactorio, durante la infancia, puede determinar un daño permanente en todo el aparato masticatorio, dejando al niño con muchos problemas dentales que son comunes en la población adulta actual.

## CAPITULO 6

RECOMENDACIONES

*Proponemos las siguientes alternativas para que el Cirujano Dentista tenga un conocimiento y a la vez un mejor desenvolvimiento de atención del individuo en edad preescolar.*

- 1). Incluir dentro del programa de educación del Cirujano Dentista módulos de psicología infantil dentro de la carrera de Cirujano Dentista.*
- 2). Incluir con mayor frecuencia información del desarrollo psicoemocional del preescolar en publicaciones de carácter odontológico.*
- 3). Ofrecer al Cirujano Dentista mayor información bibliográfica tanto en folletos como en publicaciones de carácter docente dentro de los planteles.*
- 4). Establecer campañas publicitarias dirigidas a los padres de aquellos niños de edad preescolar con la finalidad de que éstos tengan conciencia de la relación que guarda la atención odontológica con el desarrollo psicoemocional del preescolar.*

## CAPITULO 7

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

1. MORAGAS, J.: PSICOLOGIA DEL NINO Y DEL ADOLESCENTE. ED. LA BOR, MEXICO, 1970.
2. MIRA, E.: PSICOLOGIA EVOLUTIVA DEL NINO Y DEL ADOLESCENTE. ED. EL ATENEO, BUENOS AIRES 1977.
3. WATSON R.: PSICOLOGIA INFANTIL. ED. AGUILAR, MEXICO, 1977.
4. DE LA FUENTE, R. Y MUNIZ.: PSICOLOGIA MEDICA. ED. FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, 1980.
5. LEMKAU, P.: HIGIENE MENTAL. ED. FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, 1972.
6. LEBOVICE, S.: LOS TICS NERVIOSOS EN EL NINO. ED. LUIS MIRACLE, MEXICO, 1964.
7. FALKNER, F.: DESARROLLO HUMANO. ED. SALVAT, MEXICO, 1969.
8. WINER, I.B. Y ELKIND, D.: DESARROLLO NORMAL Y ANORMAL DEL- PREESCOLAR. ED. PAIDOS, MEXICO, 1976.
9. WTONE, J. Y CHURCH, J.: NINEZ Y ADOLESCENCIA. ED. PAIDOS, MEXICO, 1971.

10. RAPPOPORT, L.: LA PERSONALIDAD Y SUS ETAPAS ED. PAIDOS, - MEXICO, 1977.
11. MUJINA,: PSICOLOGIA DE LA EDAD PREESCOLAR. ED. PABLO DEL RIO, MEXICO, 1975.
12. DILL, J.: CHILD PSYCHOLOGY IN CONTEMPORARY SOCIETY. ED.- ALLYM AND BACON INC. BOSTON, LONDON SYDNEY TORONTO, 1978.
13. FINCH, S.: FUNDAMENTOS DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL. ED. - PSIQUE, MEXICO, 1962.
14. MICHAUX, L.: PSIQUIATRIA INFANTIL. ED. LUIS MIRACLE, MEXICO, 1965.
15. FINN, S.: ODONTOLOGIA PEDIATRICA. ED. INTERAMERICANA, MEXICO, 1976.
16. LEYT, S.: TEMAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA. ED. ODONTO, - MEXICO, 1966.
17. WEINWE, I. Y ELKIND, D.: CHILD DEVELOPMENT A CORE APPROACH ED. BY JHON WILEY & SONS INC. U.S.A. 1972.
18. HOGEBOM, F.: ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE ODONTOLOGICA. ED. HISPANO AMERICANA, MEXICO, 1958.
19. CHARLES. J.: ODONTOLOGIA PARA NIÑOS. ED. MUNDI, MEXICO, - 1955.

20. CHESSE, S.: INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA INFANTIL. ED. - PAIDOS, MEXICO, 1974.
21. RONCAL, P.: MANUAL DE NEURO-PSIQUIATRIA INFANTIL. ED. -- FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, 1940.
22. LEWIS, M.: DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NINO. ED. INTERAMERICANA, MEXICO, 1979.
23. WOLFF, W.: LA PERSONALIDAD DEL NINO EN LA EDAD PREESCOLAR. ED. EUDEBA, BUENOS AIRES, 1962.
24. MC. DONALD, R.: ODONTOLOGIA PARA EL NINO Y EL ADOLESCENTE. ED. MUNDI, BUENOS AIRES, 1975.
25. HARNDT, E. Y WEYERS, H.: ODONTOLOGIA INFANTIL, PATOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA DE LA BOCA Y DE LOS MAXILARES - EN LA NINEZ. ED. MUNDI, BUENOS AIRES, 1969.
26. VELASCO, R.: EL NINO HIPERQUINETICO. ED. TRILLAS, MEXICO, 1980.
27. MARTINEZ, J.: MANEJO DEL NINO EN ODONTOPEDIATRIA. REVISTA A.D.M. VOL. XXVII. Núm. 3 MAYO-JUNIO, 1980.
28. FRAGOSO, M.: PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA. - REVISTA A.D.M. VOL. XXXVI, NUM. 4 JULIO-AGOSTO, 1979.
29. PEINADO, J.: PAIDOLOGIA. ED. PORRUA, MEXICO, 1972.

30. JANEWAY, H.: *DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN EL NIÑO*. - ED. TRILLAS, MEXICO, 1971.
31. CASTILLO, R.: *PAIDOLOGIA SECRETARIA DE EDUCACION, MEXICO*, 1960.