



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

APLICACION DE LA PSICOLOGIA  
EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

MARTIN GARAY ANGELES

HECTOR FERNANDEZ MUNGUA



MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1990



## **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 está 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.

## APLICACION DE LA PSICOLOGIA EN ODONTOPEDIATRIA

Página

INTRODUCCION	1
TEMA I. ODONTOPEDIATRIA	
1.1 Definición	3
1.2 Objetivos	3
1.3 Importancia	4
1.4 Historia clínica	5
TEMA II. EVOLUCION PSICOLOGICA EN EL NIÑO	
2.1 Introducción	16
2.2 Definición de psicología	18
2.3 Consciente, Preconsciente e Inconsciente	18
2.4 Impulsos e instintos	20
- Instintos básicos	21
- La libido y la energía agresiva	22
- Catexia	22
2.5 Estructura de la personalidad	23
- El Id	23
- El ego	24
- El superego	25
2.6 Etapas psicosexuales del desarrollo	26
- Etapa oral	27
- Etapa anal	28
- Etapa fálica	29
- Etapa de latencia	32
- Etapa genital	32
TEMA III. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO	
3.1 Importantes para el diagnóstico psicológico	34
- Dolor	34
- Miedo	39
- Stress	43
- Llanto	46
3.2 En su comportamiento	51

-	Afecto exagerado	51
-	Protección excesiva	52
-	Demasiada indulgencia	52
-	Ansiedad excesiva	53
-	Autoridad excesiva	54
-	Desafecto	54
-	Rechazo	55
-	Hijo único	55
-	Niño adoptado	55

#### TEMA IV. CONDUCTAS PSICOLOGICAS DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

4.1	Cronología	57
-	Infancia y años de pininos	58
-	Dos años de edad	58
-	Tres años de edad	59
-	Cuatro años de edad	60
-	Cinco años de edad	60
-	Seis años de edad	61
-	De los siete a los once años de edad	61
-	De los doce a los catorce años de edad	62
4.2	Problemas específicos de cada grupo odontológico	
-	El niño sociable	63
-	El niño muy activo	64
-	El niño angustiado y retraído	66
-	El niño débil mental	67
4.3	Métodos de tratar al niño	
-	El de no hacer	68
-	De la aplicación frecuente del estímulo	69
-	Del ridículo	69
-	De la imitación social	70
-	De la readaptación o sustitución del placer	70
-	Técnica de decir-mostrar-hacer	70
-	Consideraciones Generales	73

TEMA V. INFLUENCIA DEL FACTOR AMBIENTE EN LA CONDUCTA DEL NIÑO	
5.1 Influencia ambiental	76
- Infraestimulación	77
- Sobreprotección	77
5.2 Familia	79
- Concepto	79
- El ambiente social	79
- Influencia de las conductas familiares en la conducta infantil	81
. Por influjos de la estructura familiar	
. Por influjos de las relaciones familiares	
5.3 Escuela	85
5.4 Televisión	88
TEMA VI. ACTITUD QUE DEBE TOMAR EL CIRUJANO DENTISTA CON LOS PADRES RESPECTO AL NIÑO (MOTIVACION)	
6.1 Motivación	90
- Desarrollo de la motivación	91
- Fuentes de la motivación	92
6.2 Papel del odontólogo	94
- Motivación del odontólogo	96
6.3 Factores que afectan las actividades paternas	98
- Edad	101
- Salud	102
- Estabilidad emocional	102
- Educación	103
- Estado civil	103
- Factores culturales y étnicos	104
- Factores socioeconómicos	105
- Motivación de los padres	107
TEMA VII. PROBLEMAS DENTAL Y PSICOLOGICO DEL NIÑO INCAPACITADO FISICA O MENTALMENTE	
7.1 Introducción	113

	Página
7.2 Odontología preventiva para el niño discapacitado	116
7.3 Aspecto odontológico de niños con problemas pediátricos específicos	117
- Parálisis cerebral	117
- Problemas de audición y visión	119
- Cardiopatías	121
- Hemofilia	123
- Retraso mental	125
- Epilepsia	126
- Síndrome de Down	127
- Labio leporino y paladar hendido	128
- SIDA	129
 BIBLIOGRAFIA	 132

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

Con el más firme deseo de aportar un material literario que sea de gran utilidad, tanto al odontólogo en general, al odontopediatra, a los padres de familia y personas que estén al tanto de la educación de un niño. Hemos llevado a cabo la realización de nuestra tesis tratando de reunir aspectos humanitarios y prácticos por lo general distantes, haciendo hincapié en un punto de vital importancia como lo es el aspecto psicológico del paciente infantil, que requiere de un manejo delicado para educar, instruir y dirigir la conducta del niño a una plena confianza con el Cirujano Dentista, y de esta manera destruir los antiguos y dañinos conceptos y comentarios que unicamente asocian la atención dental con sufrimientos y dolores, nunca con un tratamiento cuya única finalidad es mantener una adecuada salud bucal.

El odontólogo basándose en sus conceptos ético-profesionales, lejanos a los factores económicos debe buscar afanosamente integrar al niño al conocimiento de la actividad del Cirujano Dentista de una manera amable, paciente y colaboradora.

Incluimos para tales objetivos un conjunto de temas que abarcan definiciones, situaciones probablemente originadas por acciones y actitudes de los padres y el medio ambiente que repercuten en la conducta del niño y la manera en que el Cirujano Dentista debe capacitarse para revocar estas adversidades cuando

lleguen a presentarse. Ya que la psicología es en la actualidad indispensable como rama auxiliar en la mayoría de todas las ciencias actuales, desde luego sin excluir a la Odontología ya que ayudará a adentrar al paciente en la plena conciencia de la necesidad de un tratamiento odontológico.

Cabe mencionar que en todo momento se procuró llevar a cabo un lenguaje fácil de entender con la finalidad de que la presente tesis sirva de gran ayuda al odontólogo y también a las personas que les interese el tema principal de la presente.

## TEMA I

### ODONTOPEDIATRÍA

#### 1.1 Definición

La odontopediatría surgió a raíz de la necesidad de darle atención a la gran problemática del tratamiento infantil en el consultorio dental.

Teniendo de antemano en consideración que la odontología general es una ciencia dinámica, por ende, la odontopediatría se ve constantemente enriquecida con nuevos conocimientos terapéuticos, incluyendo entre ellos el factor psicológico.

El término odontopediatría tiene su origen en vocablo (s): del griego *Odous*, *Odontos*, diente, *pediatría*, país, *paidos*, niño, e *iatreía*, curación.

Una vez obtenido el origen etimológico de la palabra odontopediatría podemos decir que es una importante rama de la Odontología general que se dedica exclusivamente a la atención del paciente infantil, no solo abarcando la cavidad bucal sino también atendiendo factores psicológicos educativos, formativos, preventivos, patológicos y conductuales.

#### 1.2 Objetivos

Los objetivos de la odontopediatría tienen como finalidad otorgar al paciente infantil su completa atención basada en

conocimientos científicos actualizados, para llevar a cabo la educación dental del niño por medio de la formación de hábitos o costumbres para prevenir futuras patologías y la destrucción que éstas engendran y no vernos en la necesidad de requerir tratamientos restaurativos y dolorosos que originen una predisposición negativa del paciente infantil hacia el cirujano dentista. Dada la situación de que estos objetivos no se cumplan, tomar medidas correctivas.

### 1.3 Importancia

La importancia de la odontopediatría es inmensa porque tiene factores tanto preventivos como restaurativos del paciente infantil, que se verán reflejados en el futuro en una cavidad bucal en óptimas condiciones.

En el caso de factores preventivos se abarcará la educación y la corrección de los hábitos negativos.

En el área restaurativa se ocupa desde atender a las enfermedades de tejidos blandos y tejidos duros, así como la observación de los procesos eruptivos para que tengan un buen éxito en las funciones de la masticación, de la oclusión, de la fonación, de la estética y deglución.

#### 1.4 Historia clínica

La importancia de un examen bucal completo y la creación de un plan de tratamiento previo a abocarse a un programa de atención dental de un niño merecerá el mayor énfasis.

El examen minucioso es el requisito previo para un plan de tratamiento. Ningún odontólogo deberá estar tan forzado por una actividad demasiado intensa ni por las exigencias de los padres como para proporcionar energía en ellos, para no hacer odontología fragmentaria y aliviar solo los síntomas agudos sin brindar una atención completa y adecuada. No recibirá la remuneración adecuada en lo que a satisfacción se requiere y no proveerá el tipo más adecuado de servicio odontológico para su paciente.

A cada niño paciente se le debe dar la oportunidad de recibir una atención dental completa. El odontólogo no ha de intentar decidir lo que el niño y los padres aceptarán o podrán afrontar. Si los padres rechazan una parte, o todo un plan de tratamiento, el odontólogo por lo menos habrá cumplido su obligación si se tomó el tiempo para educar al niño y a los padres acerca de la importancia de los procedimientos que fueron previstos. Padres aún de medios moderados hallan habitualmente la manera de que se complete la atención dental si se les explica el hecho de que la salud futura del niño, y hasta su salud general, está relacionada con la corrección de los defectos bucales.

El examen de un niño, sea el primero, sea la citación periódica, debe ser bien completo. Como primera parte del examen han de revisarse los tejidos blandos, incluidos encía, tejidos vestibulares, piso de la boca, lengua y paladar. Después hay que examinar críticamente la oclusión y consignar las irregularidades de carácter óseo. Por fin, los dientes habrán de ser cuidadosamente examinados en busca de lesiones de caries. Complemento de todos estos pasos de examen es la radiografía.

#### Historia Preliminar Médica y Odontológica

Es importante que el odontólogo esté familiarizado con la historia médica y la atención dental pasada del niño. La asistente dental puede obtener información preliminar suficiente para proporcionar al odontólogo un conocimiento de la salud general del niño y alertar al profesional sobre la necesidad de requerir información adicional o aún de buscar la consulta con el médico del niño.

Se puede empezar con un formulario sencillo, el cual puede ser llenado por el padre. Sin embargo, es más eficaz que la asistente dental formule las preguntas de una manera informal y que después presente lo descubierto y dé sus propias observaciones y resumen del caso al odontólogo. Las preguntas incluidas en el formulario también proporcionarán información sobre los tratamientos dentales previos.

Si hubiera alguna indicación de enfermedad o anomalía general aguda o crónica, será prudente que el odontólogo consulte al médico del niño para informarse del estado actual de la afección, del pronóstico a largo plazo y de la terapéutica medicamentosa actual. Los problemas de conducta en el consultorio odontológico están a menudo relacionados con la incapacidad del niño de comunicarse con el odontólogo y de seguir las instrucciones, y su incapacidad puede estar relacionada con una baja capacidad mental. Los padres a menudo no dan voluntariamente información sobre el bajo C.I. del niño o de que es retardado mental. Un índice de retardo mental podrá ser obtenido, por lo general, por la asistente cuando formule preguntas sobre la marcha de los estudios del niño.

Hay que anotar si el niño estuvo hospitalizado previamente para procedimientos anestésicos y quirúrgicos generales. La hospitalización y la anestesia general pueden constituir una experiencia psicológica traumática para el pequeño preescolar y pueden sensibilizarlo para los procedimientos que encontrará más tarde en el consultorio dental. Si el odontólogo sabe de la hospitalización previa y del temor del niño a los extraños de blanco, puede planificar el tiempo y los procedimientos necesarios para ayudar al niño a superar el temor y presentar la odontología de una manera aceptable.

### Ficha de Exámen Odontopediátrico

La mayoría de los odontólogos crea una ficha de exámen que les resulta adecuada para sus procedimientos de consultorio o modifica las fichas existentes. La ficha ilustrada ha sido utilizada con éxito en la Clínica Odontopediátrica de la Escuela de Odontología de la Universidad de Indiana y puede ser algo modificada para la atención privada del niño y del adolescente.

Los datos pertinentes de la historia médica obtenidos por el asistente dental pueden ser transferidos a la ficha permanente. Si se necesita más espacio para registrar la historia médica, los datos adicionales pueden ser registrados en el área de observaciones. La historia dental previa del paciente debe ser resumida. Incluirá una constancia de la atención previa en el propio consultorio y el relato del niño y de los padres sobre lo acontecido en otro consultorio.

El estado de los tejidos blandos, la higiene bucal, la oclusión y las evidencias de hábitos bucales también deben quedar registrados antes de examinar los dientes en busca de caries. En la sección de observaciones se marcará cada diente que necesite restauración, endodoncia o extracción. Cuando el tratamiento haya sido efectuado se hará una tilde junto a cada diente.

A menudo es necesario remitir al paciente para un tratamiento especializado; se realizará una anotación que proporcionará al

odontólogo una constancia de la remisión cuando reemprenda tratamientos en un futuro.

El registro del temperamento y la conducta iniciales del niño ayudará a planificar las sesiones futuras y servirán también como constancia inicial cuando se efectúen comparaciones en el futuro.

También es importante que el odontólogo tenga consciencia del contenido de flúor del agua de consumo ingerida por el niño y por cuántos años tomó la misma. Si la familia toma agua de pozo, se puede enviar una muestra al departamento de salud para la determinación del contenido de flúor.

Si se anotan las fechas de las aplicaciones de fluoruro estañosos y del exámen de la dieta, el odontólogo y su asistente se ahorrarán un tiempo valioso al evitarse la búsqueda a través de todos los registros de tratamiento para saber cuándo fueron realizadas.

La corrección de las irregularidades menores en la oclusión en desarrollo es parte importante de la práctica ortodóncica. Después de haber evaluado la oclusión del niño y su necesidad de aparatos, se sintetizará la descripción de las técnicas de tratamiento. Aunque se presenten honorarios por el tratamiento completo, es aconsejable indicar qué parte de los honorarios fue

estimada para la corrección o prevención de irregularidades menores en la oclusión. Las anotaciones sobre tratamientos terminados y sus fechas se registrarán en hojas adicionales para tal efecto.

#### Exámen de la Boca y Registro Dentario Uniforme

En una revisión de los muchos sistemas de notación actualmente en uso, el Comité Especial sobre Notación Dentaria Uniforme, de la Federación Dental Internacional, halló que uno solo parece cumplir con los requisitos básicos que son:

1. Fácil de comprender y de enseñar
2. Fácil de enunciar en la conversación y el dictado
3. Fácilmente comunicable por impreso y por cable
4. Fácil de traducir a la alimentación de la computadora
5. Fácilmente adaptable a las fichas corrientes en la práctica general

De acuerdo con el sistema recomendado de dos dígitos, el primer dígito indica el cuadrante y el segundo dígito el diente dentro del cuadrante. A los cuadrantes se les asignan los dígitos 1 a 4 para la dentición permanente y 5 a 8 para la temporal, en sentido de las manecillas del reloj, comenzando por el cuadrante superior derecho; a los dientes de un mismo cuadrante se les asignan los dígitos 1 a 8 (temporales 1 a 5), desde la línea media hacia atrás. Los dígitos deben ser enunciados por

separado; así, los caninos permanentes son los dientes uno-tres, dos-tres, tres-tres y cuatro-tres.

#### Dientes Permanentes

Superior derecho	Superior izquierdo
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
<hr/>	<hr/>
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Inferior derecho	Inferior izquierdo

#### Dientes Temporales

Superior derecho	Superior izquierdo
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
<hr/>	<hr/>
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
Inferior derecho	Inferior izquierdo

El nuevo sistema está ganando popularidad en las instituciones educacionales de todo el mundo, en las fuerzas armadas y en la práctica privada.

## Historia Médica y Odontológica Preliminar

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

Tilde lo que corresponda:

Sí                      No

1. ¿Tiene el niño un problema de salud?                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
 2. ¿Está el niño bajo tratamiento médico?                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
 3. ¿Ha tenido el niño alguna de las siguientes afecciones?  
 (Si es "sí" marque donde corresponde)

**Afección del corazón**

Asma _____	Nerviosismo _____
Anemia _____	Diabetes _____
Alergias _____	Tuberculosis _____
Lesión del riñón o hígado _____	Problemas de Coagulación _____
Epilepsia _____	Fiebre reumática _____

4. ¿Manifestó el niño alguna reacción desfavorable a un medicamento como penicilina, aspirina o anestésico local?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. ¿Está tomando ahora algún medicamento?    Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 6. ¿Estuvo el niño hospitalizado alguna vez? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si así fué, dé la fecha y razón

Fecha \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

7. Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_

8. ¿Quién es el médico o pediatra de la familia? \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

9. Considera que el niño: (marque uno)

Está adelantado en sus estudios \_\_\_\_\_

Progresá normalmente \_\_\_\_\_

Le cuesta aprender \_\_\_\_\_

Observaciones (han de efectuarse anotaciones para cada una de las respuestas afirmativas precedentes):

10. Explique brevemente por qué trajo al niño al consultorio dental \_\_\_\_\_

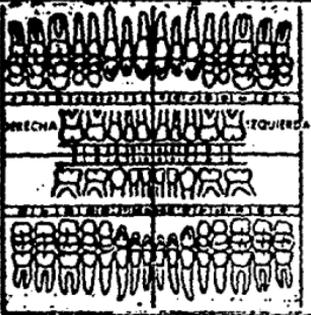
- |   | Si    | No    |
|---|-------|-------|
| 11. Es la primera visita de su hijo al dentista?              | _____ | _____ |
| Si "no" dé la fecha del último examen dental _____            |       |       |
| 12. ¿Tiene su hijo ahora un dolor de muelas?                  | _____ | _____ |
| 13. ¿Tuvo su hijo dolores de muelas?                          | _____ | _____ |
| 14. ¿Tiene su hijo con frecuencia aftas o "marcas de fiebre"? | _____ | _____ |

Observaciones (han de efectuarse anotaciones para cada una de las respuestas afirmativas):

Fecha \_\_\_\_\_

Padre o tutor \_\_\_\_\_

Relación con el niño \_\_\_\_\_

FICHA PAIDODÓNICA			
Nombre .....		Fecha .....	
Apellido                  Nombre		Fecha de Nacimiento .....	
Padres .....		Teléfono .....	
Calle y número .....		Ciudad .....	
Médico .....		Teléfono .....	
		(1) Historia médica resumida	
		(2) Historia dental resumida	
(3) Estado de los tejidos blandos	(4) Higiene bucal	(5) Oclusión	(6) Hábitos
Fecha .....			
(7) Observaciones			
Derecha		Izquierda	
			

- Ejemplo de ficha utilizable para registrar las observaciones bucales y el plan de tratamiento para el niño.

(8)		
Remitido a ..... para ..... Fecha .....		
Remitido a ..... para ..... Fecha .....		
Remitido a ..... para ..... Fecha .....		
Remitido a ..... para ..... Fecha .....		
Remitido a ..... para ..... Fecha .....		
(9) Temperamento	(11) Pruebas de actividad de caries	(13) Registro de tratamientos con fluoruro estético
(10) Conducta		1. Fecha ..... 4. Fecha .....
Fecha .....		2. Fecha ..... 5. Fecha .....
.....	(12) Contenido de flúor en el agua de consumo ..... ppm	3. Fecha ..... 6. Fecha .....
.....	Años que empleó el agua de consumo actual	(14) Registro de exámenes de la dieta
.....	.....	Fecha .....
.....		
(15) Técnicas de tratamiento		
(16) Observaciones		

**TEMA II****EVOLUCION PSICOLOGICA EN EL NIÑO****2.1 Introducción**

El psicoanálisis es un sistema de gran trascendencia en el desarrollo ulterior de la psicología; sus antecedentes se consideran dentro de la psiquiatría, ya que su estudio divaga y revoluciona a la vez los métodos anteriores.

Dentro de su desarrollo encontramos grandes ventajas y desventajas, ya que, aunque se contribuye a dar otras características para el desarrollo metodológico seguro y eficaz, porque al utilizar la introspección (método subjetivo) no se puede llegar a obtener datos precisos y objetivos. Sin embargo, tiene gran trascendencia, por tratar de romper con tabúes tan arraigados como el hablar de sexo; cosa que parecía una ofensa en contra de las buenas costumbres de la vida existente.

Sigmund Freud es de origen checoslovaco, su historia merece atención, ya que a través de sus experiencias vivenciales se fundamenta su concepción. Publicó artículos acerca de la anatomía, precursor de la Teoría de la neurona. Al lado de Breuer inició su estudio acerca del psicoanálisis. Al conocer a Charcot, se interesa en el estudio de la hipnosis y los estudios de la histeria.

El objetivo de la psicología del psicoanálisis, será el de extraer del inconsciente la experiencia que ha sido rechazada por el consciente y llevarla ante éste para que contemple el origen de su trastorno "real y objetivamente", de tal modo que cuando la impresión es aceptada por el consciente, se puede considerar aliviada la herida sufrida por la personalidad.

La concepción de Freud, sobre la sexualidad, se da al inicio de nuestra vida (niñez), y la específica como la atracción que un niño siente hacia su madre, o la atracción que una niña siente hacia su padre, llamándole al primer concepto Complejo de Edipo y, al segundo Complejo de Electra, denominados con este nombre, por la semejanza que encuentra con la tragedia de Edipo Rey.

#### Conceptos Principales de la Escuela Psicoanalítica

Como fundamento de todo el pensamiento de Freud se encuentra la hipótesis de que el cuerpo es la única fuente de toda experiencia mental. Esperaba el momento en que todos los fenómenos mentales pudieran explicarse en relación directa con la fisiología del cerebro.

#### Determinismo Psíquico

Freud inicia su concepción teórica suponiendo que no hay ninguna discontinuidad en la vida mental; afirmaba que nada sucedía al azar, ni aún en el menor de los procesos mentales. Hay una causa para cada pensamiento, recuerdo revivido, senti-

miento o acción. Cada suceso mental es causado por una intención consciente o inconsciente y está determinado por los eventos que lo han precedido.

## **2.2 Definición de psicología**

"Es el procedimiento para la investigación de los procesos mentales que de cierto modo son casi inaccesibles, es un método para el tratamiento de los trastornos nerviosos".

## **2.3 Consciente, Preconsciente, Inconsciente**

### **Consciente:**

"El punto de partida para esta investigación lo proporciona un hecho sin igual que desafía toda explicación o descripción: El hecho de la consciencia. Sin embargo, si alguien habla de estado consciente sabemos inmediatamente, desde nuestra experiencia más personal, lo que con ello se dá a entender". La consciencia es solo una pequeña parte de la mente; incluye todo aquello de lo cual nos damos cuenta en cualquier momento dado. Aunque a Freud le interesaban los mecanismos de la consciencia, estaba más interesado en aquellas áreas menos conocidas o exploradas, a las cuales denominó Preconsciente o Inconsciente.

### **Inconsciente:**

Cuando un pensamiento o un sentimiento parecen no tener relación con pensamiento o sentimientos precedentes, las conexiones se hallan en el inconsciente. "Llamamos inconsciente al

proceso psíquico cuya experiencia estamos obligados a suponer (por alguna razón como esa la deducimos de sus efectos) pero del cuál no sabemos nada".

Dentro del inconsciente hay elementos instintivos que nunca han sido conscientes y que nunca son accesibles a la consciencia. Además, hay material censurado y reprimido que ha sido apartado de la consciencia. Este material no se olvida ni se pierde, solo que no se le permite ser recordado.

Existe una perpetuidad y una proximidad con el material inconsciente. Los recuerdos que tienen décadas de antigüedad no pierden nada de su fuerza emocional cuando se liberan en la consciencia.

La mayor parte de la consciencia es inconsciente. Ahí están los principales determinantes de la personalidad, la fuente de la energía psíquica y de los impulsos o instintos.

#### Preconsciente:

Estrictamente hablando, el preconsciente es parte del inconsciente, pero es una parte capaz de volverse fácilmente consciente. Las partes de la memoria que son accesibles son parte del preconsciente. El preconsciente es como un vasto dominio donde están los recuerdos que la consciencia necesita para llevar a cabo sus funciones.

## 2.4 Impulsos e Instintos

Los instintos son las presiones que dirigen un organismo hacia determinados fines. Freud solía llamar necesidades a los aspectos físicos de los instintos; los aspectos mentales de los instintos pueden llamarse generalmente deseos. Los instintos son las fuerzas impulsoras que incitan al hombre a actuar.

Todos los instintos tienen cuatro componentes: una fuente, una meta, un ímpetu y un objeto. La fuente, donde surge la necesidad, puede ser una parte o todo el cuerpo. La meta tiene por objeto reducir la necesidad hasta que ya no se necesite más acción; sirve para dar al organismo la satisfacción que desea. El ímpetu es una cantidad de energía, fuerza o presión, que se utiliza para satisfacer o recompensar al instinto; esto está determinado por la fuerza o urgencia de la necesidad básica. El objeto es un instinto de cualquier cosa, acción o expresión que proporciona la satisfacción de la meta original.

Los instintos humanos solamente inician la necesidad de una acción; ellos no predeterminan la acción dada ni la forma en que se llevará a cabo. El número de soluciones abiertas a un individuo es la suma de su urgencia biológica del deseo mental (que puede ser o no consciente) y de una multitud de ideas anteriores, hábitos y opciones disponibles.

Freud supone que el patrón moral, saludable, conductual y mental está orientado para reducir la tensión a niveles previamente aceptables. Una persona que tenga una necesidad continuará buscando actividades que puedan reducir su tensión original. El ciclo completo de la conducta, desde la relajación hasta la tensión y la actividad, y una vez más a la relajación, se llama modelo tensión-reducción. Las tensiones se eliminan cuando el cuerpo vuelve al nivel de equilibrio que existía antes de que la necesidad se presentara. Sin embargo, hay muchos pensamientos y conductas que no parecen reducir la tensión; en realidad parecen crear tensión, ansiedad o stress. Tales conductas pueden indicar que la expresión directa de un instinto ha sido bloqueada. A pesar de que es posible enumerar una amplia serie de instintos, Freud trató de reducir esta diversidad a unos cuantos instintos básicos.

#### Instintos básicos

Freud describió de dos maneras los instintos básicos. En su primer modelo describe dos fuerzas opuestas: la sexual (o más generalmente la erótica que satisface físicamente) y la agresiva o destructiva. En sus descripciones posteriores (más globales), consideraba estas fuerzas como el apoyo a la vida o de estímulo a la muerte (y a la destrucción). Ambos postulados presuponen un par de conflictos básicos, biológicos, duraderos y sin solución. Este antagonismo fundamental no es necesariamente visible en la vida mental; esto se debe a que la mayoría de nuestros pensamien-

tos y acciones no son evocados por una de estas fuerzas instintivas en forma aislada, sino por una combinación de ambas.

### La Libido y la Energía Agresiva

Cada uno de estos instintos generalizados tiene su propia fuente de energía. La libido es la energía disponible para los instintos de la vida.

"Su producción, su aumento o disminución, su distribución y su desplazamiento, deben darnos la posibilidad de explicar los fenómenos psicosexuales observados".

Otra característica importante de la libido es su movilidad, con la que puede pasar de un área de tensión a otra.

La energía del instinto de agresividad o de muerte no tiene un nombre especial. Se supone que tiene las mismas propiedades generales que la libido, aunque Freud no dejó esto en claro.

### Catexia

La catexia es el proceso por el cual la energía libidinal disponible en la psique se une o está investida en la representación mental de una persona, de una idea o de una cosa. La libido que ha sido investida por la catexia deja de ser móvil y ya no se puede trasladar a nuevos objetos. Se ha arraigado en cualquier parte de la psique que se ha atraído y retenido.

La teoría del psicoanálisis se interesa por lograr entender donde la libido ha tenido una catexia inadecuada. Una vez que se ha liberado o que se le ha dado una nueva dirección, esta misma energía queda luego disponible para satisfacer otras necesidades actuales.

## **2.5 Estructura de la Personalidad**

Las observaciones hechas por Freud en sus pacientes, revelaron una serie infinita de conflictos y compromisos psíquicos. Se colocaba al instinto contra el instinto mismo; las prohibiciones sociales bloqueaban los impulsos biológicos y las maneras de competir, a menudo chocaban entre sí. El trato de poner en orden este aparente caos y propuso tres componentes estructurales básicos de la psique: el Id, el Ego y el Superego.

### **El Id:**

Contiene todo lo que se hereda, lo que está presente al nacer, lo que está cimentado en la constitución sobre todos los instintos que se originan en la organización somática y se encuentra una primera expresión física aquí (en el Id) en forma desconocida para nosotros. En la estructura original, básica y más dominante de la personalidad, abierta, tanto las exigencias somáticas del cuerpo como a los efectos del ego y del superego.

El Id es el depósito de energía para toda la personalidad. Casi todo el contenido del Id es inconsciente, incluye formas

mentales que nunca han sido conscientes, así como material que se ha encontrado inaceptable para la conciencia. Un pensamiento o un recuerdo que se ha excluido del consciente y que habita en las sombras del Id, todavía es capaz de influir sobre la vida mental de una persona. Freud insistía en que el material olvidado aún tiene poder para afectar al individuo con la misma intensidad, pero sin un control consciente.

#### El Ego:

Es aquella parte del mecanismo que está en contacto con la realidad externa. Se desarrolla a a partir del Id a medida que el niño se entera de su propia identidad para entender y calmar las repetidas exigencias del Id. Como la corteza al árbol protege al Id para extraer de él energía para cumplir con dichas tareas. Tiene el deber de asegurar la salud, la seguridad y el buen estado de la personalidad.

En esta forma, el Ego es creado originalmente por el Id al tratar de hacer frente a la necesidad de reducir la tensión y aumentar el placer. Sin embargo para llegar a esto, el ego tiene que controlar o modular a su vez los instintos del Id, de tal manera que el individuo pueda seguir enfoques menos inmediatos y más realistas.

### El Superego:

Esta última parte de la estructura no se desarrolla en el Id sino del ego. Actúa como juez o censor, respecto a las actividades o pensamientos de este. En el depósito de los códigos morales, los modelos de conducta y todas aquellas construcciones que constituyen las inhibiciones de la personalidad. Freud describe tres funciones del superego: la consciencia, la auto observación y la formación de ideales. Como consciencia, el superego actúa para restringir, prohibir o juzgar la actividad consciente. Pero también actúa inconscientemente. Las restricciones inconscientes son indiscretas y se presentan como compulsiones o prohibiciones.

El superego de un niño se construye en realidad con base en el modelo no de sus padres, sino del superego de estos: el contenido de él es el mismo, convirtiéndose en el vehículo de la tradición y de todos los juicios de valores duraderos que se han propagado así de generación en generación.

### Relaciones entre los tres subsistemas:

La meta más importante de la psique es mantener (y recobrar cuando se ha perdido) un nivel aceptable de equilibrio dinámico que maximice los placeres y minimice las molestias. La energía utilizada para operar el sistema se origina en el Id, que tiene una naturaleza primitiva e instintiva. El Ego que nace del Id, existe para tratar en forma realista los impulsos básicos de éste

éste último; también sirve de intermediario entre las fuerzas que operan sobre el Id y el superego y las exigencias de la realidad exterior.

El Superego que nace del Ego, actúa como un freno o contra fuerza moral para los intereses y prácticas de este, fijando una serie de pautas que definen y limitan su flexibilidad.

El Id es totalmente inconsciente; el Ego y el Superego lo son parcialmente. "En verdad, grandes partes del Ego y del Superego pueden permanecer inconscientes; de hecho son normalmente inconsciente. Esto quiere decir que el individuo no sabe nada de su contenido y que se requiere un gran esfuerzo para hacerlo consciente de ellos".

## **2.6 Etapas Psicosexuales del Desarrollo**

Cuando un infante se convierte en niño, el niño en adolescente y el adolescente en adulto, se efectúan grandes cambios en aquello que se desea y en la forma en que se satisfacen tales deseos. Las distintas formas de placer y las áreas físicas de satisfacción constituyen los elementos fundamentales en las descripciones que Freud hace de las etapas de desarrollo. Freud utiliza el término fijación para describir lo que ocurre cuando una persona no progresa normalmente de una etapa a otra y permanece demasiado apegado a una etapa determinada. Una persona fijada en una etapa determinada preferiría satisfacer sus

necesidades en formas más simples o infantiles y no en una forma más adulta que resultaría de un desarrollo normal.

#### Etapa oral:

Su satisfacción se concentra primordialmente en los labios, en la lengua y, un poco más tarde, en los dientes. El impulso del infante básico no es social ni interpersonal, es simplemente tomar los alimentos, calmar las tensiones del hambre y de la sed. Durante la alimentación, el niño también es acariciado, mimado, mecido y consentido. Al principio, el niño asocia el placer y la reducción de la tensión con el proceso de la alimentación.

La boca es la primer área del cuerpo que el infante puede controlar; la mayor parte de la energía libidinal de que dispone es dirigida o enfocada a esta única área. A medida que el niño madura, se desarrollan otras áreas del cuerpo, convirtiéndose en importantes zonas de placer. En los adultos existen muchos hábitos orales bien desarrollados y un interés en conservar los placeres orales. Comer, chupar, mascar, fumar, morder y lamer o chasquear los labios son expresiones físicas de estos intereses. Los que constantemente mordisquean algo, los fumadores o aquellos que suelen comer en exceso, pueden ser gente que ha quedado fijada parcialmente en la etapa oral, gente cuya maduración psicológica puede estar incompleta.

El final de la etapa oral después de que han salido los dientes, incluye la satisfacción de los instintos agresivos. Morder el pecho, lo cual causa dolor a la madre y que en realidad obliga al destete, es una clase de comportamiento. El sarcasmo, la burla y el chismorreo de los adultos se han considerado en relación con esta etapa del desarrollo.

Es normal retener cierto interés por los placeres orales, lo cual solo se puede clasificar de patológico cuando se trata de una forma dominante de satisfacción, es decir, si una persona depende en exceso de sus hábitos orales para calmar la ansiedad.

#### Etapa anal:

A medida que el niño crece se van despertando áreas de tensión y satisfacción. Entre los dos y los cuatro años de edad, los niños aprenden generalmente a controlar el esfínter anal y la vejiga. El niño presta especial atención a la micción y a la defecación. El aprendizaje en el retrete despierta un interés natural por el autodescubrimiento de que ese control constituye una nueva fuente de placer. Los niños aprenden rápidamente que al tener un mayor nivel de control atraen más la atención y los elogios de sus padres. Lo contrario también es cierto; la preocupación de los padres por dicho aprendizaje permite al niño exigir atención, tanto por el control que haya logrado como por los "errores" que cometa.

Las características adultas que tienen relación con la fijación parcial en la etapa anal son la meticulosidad, la parsimonia y la obstinación. Freud observó que estos tres rasgos generalmente se encuentran juntos y nos hablan del "personaje anal", cuya conducta está íntimamente ligada a las experiencias sufridas durante esta época de la niñez.

Ningún área de la vida contemporánea está tan cargada de prohibiciones y tabúes como el área que se relaciona con el aprendizaje en el retrete y los comportamientos típicos de la etapa anal.

#### Etapa fálica:

Apenas llega a los tres años de edad, el niño entra en la etapa fálica, la cuál se concentra en las áreas genitales del cuerpo. Freud sostenía que esta etapa se caracteriza mejor como fálica, puesto es el período en que el niño se da cuenta de que tiene pene o de que carece de él. Esta es la primera etapa en que el niño adquiere consciencia de las diferencias sexuales.

Las tesis de Freud respecto al desarrollo de la envidia de las niñas por el pene se han discutido ampliamente en los círculos psicoanalíticos y también fuera de ellos. Freud llegó a la conclusión de que durante este período, hombres y mujeres desarrollan ciertos temores hacia los temas sexuales.

El deseo de un pene y la correspondiente comprobación de las niñas, en cuanto a su "carencia" de algo, es una coyuntura decisiva en el desarrollo femenino. De acuerdo con Freud "El descubrimiento de que está castrada es un punto definitivo en el crecimiento de la niña. De ahí nacen tres posibilidades o posibles líneas de desarrollo: la primera lleva a la inhibición sexual y a la neurosis; la segunda a la modificación del carácter en el sentido del complejo de masculinidad y la tercera a la feminidad normal.

Freud trató de comprender las tensiones que un niño experimenta cuando siente una emoción "sexual", es decir, es un placer proveniente de la estimulación de las áreas genitales. Esa emoción proveniente de la estimulación de las áreas genitales, está ligada en su mente con la íntima presencia física de sus padres. Para el niño el anhelo por este contacto se vuelve cada vez más difícil de satisfacer; el niño lucha por la intimidad que sus padres comparten mutuamente. Esta etapa se caracteriza por el deseo que tiene el niño de acostarse con los padres y por los celos que siente respecto a la atención que sus padres se dispensan entre sí en lugar de presentársela a él.

Los niños reaccionan ante sus padres como si fueran amenazas potenciales para la satisfacción de sus necesidades. De esta manera, para el niño que desea estar cerca de su madre, el padre asume algunos de los atributos de un rival. Al mismo tiempo, el

niño aún desea el cariño y el afecto de su padre, considerando a su madre como un rival. El hijo se encuentra en la insoportable posición de desear y temer a ambos padres.

En el caso de los niños, Freud denominó a esta situación complejo de Edipo en relación con la tragedia de Sófocles. En la tragedia griega, Edipo mata a su padre, después se casa con su madre. Cuando finalmente supo a quién había matado y con quien había contraído matrimonio, Edipo se desfigura arrancándose los ojos. Freud creía que cada niño revive un drama interior semejante: que desea poseer a su madre y mata a su padre para lograrlo. El también teme a su padre y teme a ser castrado por él, reduciéndolo a la condición de un ser asexual e inofensivo. La ansiedad por la castración, el temor y el amor por su padre y el amor y el deseo sexual hacia su madre nunca se pueden resolver en forma total.

El problema es similar para las niñas, pero su expresión y solución toma un giro diferente. Ellas desean poseer al padre y consideran a la madre como el rival principal. En tanto que los muchachos reprimen sus sentimientos debido en parte a su temor a la castración, la necesidad que las mujeres tienen de reprimir sus deseos es menos severa, menos total. La diferencia de intensidad permite a la mujer "permanecer en la situación de Edipo durante un tiempo indefinido. Ellos lo abandonan mucho más tarde en su vida y en forma incompleta".

### Etapa de latencia:

Sin importar cuál sea la forma que realmente tome la resolución de la lucha, la mayor parte de los niños parecen modificar el apego a sus padres en algún momento después de los cinco años de edad y orientan sus relaciones hacia otros niños, hacia las actividades escolares, hacia los deportes y hacia otras habilidades. Desde los cinco o seis años hasta la pubertad, se conoce como período de latencia, época en la cuál los deseos sexuales irresolubles de la etapa fálica, no son atendidos por el ego y son reprimidos exitosamente por el superego. "De este momento en adelante, hasta la pubertad, viene el período denominado de latencia, en el cual normalmente la sexualidad no progresa; por el contrario, los apetitos sexuales les pierden fuerza y gran parte de lo que el niño practicó o sabía anteriormente, deja de existir y se olvida. En este período, después de que el florecimiento inicial de la vida sexual se ha marchitado, surgen actitudes del Ego tales como la vergüenza, la aversión y la moralidad, destinadas a hacer frente a las últimas tormentas de la pubertad y a dirigir el camino que deben tomar los deseos sexuales que acaban de despertar".

### Etapa genital:

La etapa final del desarrollo biológico y psicológico tiene lugar con el inicio de la pubertad y el consecuente regreso de la energía libidinal a los órganos sexuales. En este momento, hombres y mujeres se dan cuenta de sus diferentes identidades

sexuales y empiezan a buscar medios para satisfacer sus necesidades eróticas a interpersonales.

## TEMA III

## FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

## 3.1 Importantes para el diagnóstico psicológico

## Dolor

## Definición:

Es difícil definir el dolor, un médico o un odontólogo no pueden predecir la respuesta de un paciente al dolor, puramente por un conocimiento de la fisiología del paciente, o aún de su patología, en otras palabras se puede encontrar dolor sin ningún trastorno de tejido o de función y, al mismo tiempo se ven ocasionalmente importantes trastornos sin dolor. (En la experiencia de Becher menos del 25% de los hombres heridos en combate se quejaban de dolor suficiente como para ser necesario un analgésico. Cuando más adelante repitió su estudio con civiles hospitalizados para cirugía selectiva, encontró que más del 83% requerían narcóticos).

En términos profesionales el dolor ha sido definido en base a los estímulos que surgen de él y a las respuestas fisiológicas medidas para indicar su presencia, como una reacción relacionada con daño tisular real o inminente. Sin embargo el lenguaje o vocabulario para dolor de que se dispone el paciente puede tener un profundo efecto sobre su definición de la experiencia. En realidad el vocablo "dolor" deriva de dos palabras griegas y latinas muy similares, ambas significando pena o castigo.

Se ha sugerido que las quejas como el dolor, frecuentemente sirven, para legitimizar una necesidad interpersonal del paciente o para enmascarar un problema emocional subyacente. En realidad, los psiquiatras han notado que el alivio del dolor sin alivio de los conflictos psicológicos o tensiones subyacentes que pueden acompañar o causar el dolor, pueden precipitar la depresión y otros síntomas psiquiátricos.

Los investigadores han intentado distinguir entre la sensación de dolor original de un paciente y el proceso psíquico de esa sensación. Sin embargo, tal vez lo mejor sea no tratar de diferenciar arbitrariamente entre los componentes fisiológicos y psicológicos del proceso del dolor, sino tener en mente los aspectos multidimensionales de la experiencia total o de la respuesta, existen tres niveles de esta respuesta:

- 1) El nivel del umbral absoluto o sensación inicial
- 2) El nivel del umbral del dolor o el comienzo de dolor percibido
- 3) El nivel de tolerancia al dolor o el límite de la capacidad de soportar el dolor.

#### Efecto del Ambiente Clínico

Si hemos de comprender totalmente el dolor, es importante distinguir entre el dolor estudiado en el laboratorio y el experimento en el ambiente clínico.

Varios investigadores enfatizan que dolor, puede ser completamente comprendido solo en el ambiente clínico, puesto que los experimentos de laboratorio carecen de los elementos de ansiedad y de amenaza inminente.

#### Efecto de Ansiedad

Finalmente, resulta aparente que la ansiedad es una variable crucial en el estudio del dolor, un hecho largamente apreciado por el profesional.

Cuanto mayor es la ansiedad del paciente, menos será su tolerancia al dolor. Muchas de las técnicas utilizadas por los médicos y odontólogos para aliviar el dolor incluyen la reducción de la ansiedad y se ha dado noticia que la preparación realista de información y apoyo, parece dar al paciente a manejar una experiencia potencialmente menos provocadora de stress o dolor.

#### Manejo de Dolor

Los odontólogos saben que no importa lo competentes y técnicamente diestros que sean en diagnóstico, tratar exitosamente a un niño si no consigue su cooperación.

En este y en otros contextos, la "motivación del paciente" se ha convertido en una frase propiamente en la bibliografía odontológica reciente. Se trata de crear las condiciones en las

que la conducta deseada surja del propio sistema motivador del paciente.

El arte y la ciencia de inducir a alguien a cambiar ciertas conductas es realmente persuasión más que motivación

Por otro lado el stress, el dolor y el temor son indispensables en la situación clínica y, por lo tanto, todos deben considerarse en las técnicas del manejo del odontólogo. Es cierto que la mayoría de las técnicas psicológicas y afectivas en el control del dolor, parecen alterar directamente la tolerancia más que el umbral de aquel. Sin embargo, lo importante es que afectan indirectamente el umbral de dolor y también producen una conducta positiva, cooperadora en el sillón dental.

#### Enfrentamiento

Un mecanismo de enfrentamiento es la distracción o el desplazamiento de la atención fuera de la amenaza, frecuentemente, el paciente se esfuerza con espontaneidad para enfrentar esta conducta pensando en algo agradable o divertido.

En otros momentos, este mecanismo puede ser deliberadamente, fomentado; por ejemplo: el odontólogo puede distraer temporalmente la atención del paciente de un momento o procedimiento particularmente doloroso, hablando o haciendo una pregunta interesante. Esa técnica es empleada en otros campos las líneas

áereas brindan alimentos, bebida, películas para distraer a la gente de que la tierra está muy abajo.

Contar los temores es otra manera bien conocida de enfrentamiento. Desgraciadamente, para el paciente en un sillón dental, es a veces difícil comunicarlo cómo se siente uno si hay un dique de goma o un sostenedor de rollos de algodón en la boca.

El método repetitivo como decirse a sí mismo "tengo que relajarme" es otro mecanismo de enfrentamiento y por último la gente emplea con frecuencia un ensayo mental o el trabajo de preocuparse para enfrentar las situaciones potencialmente dolorosas o amenazantes, varios investigadores han demostrado la eficacia de este método de enfrentamiento con el stress de la cirugía médica y odontológica.

Todos estos procesos se producen a la luz de una amenaza psicológica y sirven como dispositivos normales e importantes de protección para el individuo.

Muchas de las técnicas empleadas por los médicos y odontólogos para minimizar la tensión y el dolor están basados en estos mecanismos normales de enfrentamiento. La amistosidad, el apoyo y el reaseguro son formas estimulantes de la confianza y el acercamiento; la explicación y la preparación parecen ayudar al ensayo del proceso mental; y el odontólogo que pregunta a su

paciente como está o si le duele, intenta estimular la verbalización y brindarle algún control de la excitación.

#### Naturaleza del Miedo

El miedo representa para el dentista el principal problema de manejo y es una de las razones por las que la gente descuida el tratamiento dental. Por esta razón, es bueno discutir esta emoción y la manera en que las influencias de los padres y del medio actúan para dar pacientes infantiles buenos o malos.

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la respuesta al sobresalto está presente al nacer y se pueden demostrar antes del nacimiento acciones, reflejas a estímulos. El lactante no está consciente de la naturaleza del estímulo que produce miedo.

A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma consciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente. Si el niño se siente incapaz de hacer frente a la situación y le es físicamente imposible huir, se intensificará su miedo.

#### Valor del Miedo

Contrariamente a lo que en general se cree, dirigido y controlado adecuadamente el miedo puede ser muy valioso. Puesto que los estímulos que lo producen pueden realmente dañar al niño,

el miedo es un mecanismo protector de preservación. La naturaleza misma de esta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico. Si el niño no teme castigo o la desaprobación de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad. Si no se le enseña al niño temor al fuego, las posibilidades que tiene de quemarse son mucho mayores.

Por lo tanto, el enfoque del entrenamiento dado por los padres no deberá tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo hacia los peligros que realmente existen, y evitarlo en situaciones donde no existe peligro. De esta manera, servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará comportamientos antisociales.

Debe enseñarse al niño que el consultorio dental no tiene porqué inspirar miedo. Los padres jamás deberán tomar la odontología como amenaza. Llevar al niño al dentista no deberá nunca implicar castigo, ya que emplearlo así crea indudablemente que le tenga miedo al odontólogo. Por otro lado, si el niño aprecia al dentista el miedo a perder su aprobación puede motivarlo para aceptar la disciplina del consultorio.

#### Tipos de Miedo

La mayoría de los temores evidentes en niños han sido adquiridos objetiva o subjetivamente.

### Temores Objetivos

Los temores objetivos son los producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales y generalmente no son de origen paterno.

Los temores objetivos son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable. Un niño que, ha tenido tratamientos dentales deficientes, que se le ha infringido dolor innecesario por fuerza desarrollará miedo a trabajos futuros. Cuando le hacen volver, el odontólogo debe comprender su estado emocional y proceder con lentitud para volver a establecer la confianza del niño en el dentista y en tratamientos dentales.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa, temores dentales pueden asociarse con experiencias no relacionadas. Un niño que ha sido manejado deficientemente en hospitales provocándole dolor; personas con uniformes blancos o el olor a ciertos medicamentos lo relacionará todo con un consultorio dental. El miedo también hace descender el umbral del valor, de manera que cualquier dolor producido durante el tratamiento resulta aumentado y lleva a aprensiones todavía mayores.

### Temores Subjetivos

Los temores están basados en sentimientos y actitudes que

han sido sugeridos al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente.

Un niño de corta edad es muy sensible a la sugestión. Un niño de corta edad y sin experiencia, al oír de una situación desagradable, o que produjo dolor, sufridas por sus padres u otras personas, pronto desarrollará miedo a esa experiencia. La imagen mental que produce miedo permanece en la mente del niño y con la vívida imaginación de la infancia se vuelve imponente.

En niños como en adultos, lo que más temor infunde es oír hablar a padres o amigos de experiencias desagradables en el consultorio dental.

Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido. Cualquier experiencia que sea nueva y desconocida les producirá miedo hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella.

Su miedo es un intento de ajustarse a una situación que temen sea dolorosa. Hasta que el niño esté convencido de que no existe razón para asustarse, persistirá el miedo.

Los temores sugestivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observe en otros, puede adquirir temores

hacia el mismo objeto o hecho tan genuinos como el que está observando en otros.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, y el padre puede hacer muestra de ello y el niño adquirirlo, sin que ninguno de los dos se de cuenta; son temores que ocurren regularmente y por lo tanto difíciles de eliminar. Una emoción, como por ejemplo: ansiedad, que se observa en el rostro del padre, puede impresionar más que una sugerencia verbal.

Los temores de un niño y la manera en que los maneja cambian con la edad. El comportamiento emocional, como cualquier otro comportamiento, sufre un proceso de maduración que depende del crecimiento total del individuo.

## Stress

### Concepto

De acuerdo con su uso común en el idioma inglés, el término stress equivale a carga o fuerza externa (en las ciencias físicas). El término en las ciencias biológicas, se refiere a la interacción entre ciertas fuerzas o estímulos externos.

Los estímulos que desencadenan la reacción del stress como se ha visto, pueden ser físicos como el frío y el calor intensos, traumatismos, infecciones o psicológicos como las emociones, miedo, ansiedad y conflictos. A través del síndrome general de

la enfermedad, aplicando técnicas: fisiológicas, bioquímicas, histológicas y psicológicas, surgió el concepto de stress.

Desde el punto de vista científico el stress, es una abstracción, es decir, no tiene una existencia independiente. El stress es el estado que manifiesta por el síndrome general de adaptación, dicho de otra forma, el stress es el precio del desgaste del organismo, cuando alguna actividad de la vida causa desgaste o extenuación, decimos que causa stress. El stress no sólo es un cambio en el estado de salud, la llamada vida normal causa cierto desgaste en el organismo en algunas ocasiones el stress tiene un valor terapéutico.

Existen tres reacciones que hay que tomar en cuenta:

#### Reacción de alarma

Es designada por la respuesta inicial, representa probablemente la expresión orgánica de un llamado general a las armas de las fuerzas que defienden al organismo, por una exposición continua a cualquier agente nocivo capaz de provocar esta reacción de alarma, si el agente nocivo fuere brusco y continuo, sin ningún cambio fisiológico en el organismo se provocaría la "muerte". En la reacción de alarma se moviliza todos los mecanismos para mantener la vida, extendiéndose la reacción a todo el organismo.

### Estado de resistencia o adaptación

Ningún organismo vivo puede mantenerse indefinidamente en estado de alarma, sino se enfrenta al agente dañino como un mecanismo de adaptación, si el estímulo es sumamente agresor la "muerte" puede sobrevenir ante mecanismos altamente resistentes.

### Estado de agotamiento

Se presenta después de una exposición prolongada a cualquier agente nocivo. La adaptación adquirida durante el estado de resistencia eventualmente se pierde y el organismo entra en una tercera fase: el estado de agotamiento cuyos síntomas son: aumento de la presión arterial, aumento en el riego sanguíneo de los tejidos, aumento en la actividad mental.

Hay stress en cualquier momento de estas tres reacciones aunque sus manifestaciones cambian a medida que el tiempo pasa, además no es necesario que se desarrollen las tres fases para se hable de Síndrome General de Adaptación sólo el stress más severo conduce al estado de agotamiento.

En el tratamiento dental debemos tener siempre presente el de no llevar a nuestros pacientes más allá del periodo de resistencia y buscar en ellos la adaptación correcta al tratamiento. Los elementos que producen stress (procedentes del medio ambiente o de la nutrición), puede originar trastornos funciona-

les, los cuales consisten en anomalías neurológicas, endocrinológicas y del movimiento, sin patología orgánica subyacente.

El funcionamiento desordenado de estos tres sistemas, es un factor principal de la patogénesis de enfermedades dentales degenerativas y sistémicas.

El tratamiento completo del paciente no puede sobreenfaticarse. Se pueden hacer las siguientes sugerencias:

- a) El tratamiento dental restaurador convencional, debe ser complementado con la terapia nutricional, para eliminar a la nutrición como productor de stress.
- b) Las condiciones patológicas dentales deben eliminarse en pro de salud sistémica óptima, así como para una conservación de la dentadura.

#### Llanto

El llanto es una manifestación del comportamiento del niño como paciente temeroso, y previsto generalmente como una molestia para el dentista. Usar la psicología más que forzar la cooperación del paciente para obtener resultados, es más satisfactorio que alcanzar simplemente éxitos de cavidad.

El paciente empezará su entrenamiento dental con entendimiento y confianza en vez de desarrollar temor y aprensión. Está en el análisis que el dentista puede utilizar el llanto del paciente.

El llanto como cualquier otra manifestación de la conducta humana, es un modo de expresión de la personalidad tratada individualmente. Por ejemplo: cuando un niño se está comportando malhumorado, entonces su llanto será malhumorado. La identificación de una clase de llanto provee al dentista con una herramienta muy importante para el diagnóstico.

#### Llanto Obstinado

Es caracterizado por su volubilidad. Es como una sirena maniática. Entre más rápido cambia el estado de ánimo, mas fuerte y agudo es el grito. Entre más agitado se vuelve el niño, más alto y fuerte será su llanto. Llanamente hablando, éste es un temperamento compuesto de patadas, mordidas, etc. Frecuentemente no existen lágrimas.

El llanto obstinado está hecho para el niño así formado. El puede desafiar la disciplina impuesta por sus padres y por otros. El grado de terquedad a tratar puede ser proporcional al grado de éxito acumulado u obtenido por los padres. De todas formas, aún el mejor comportamiento del niño con sus padres puede variar con

un extraño. En sentido inverso, a algunos no los controlarán sus padres, pero si serán dóciles con otros.

**Tratamiento.** El llanto obstinado es uno de los más difíciles de tratar por el dentista. El motivo es la ansiedad y ésta se va a presentar antes de la visita dental. Su manifestación terca es meramente su forma de defenderse. El siguiente paso es reconocer el mecanismo de la defensa para proveer al niño de información e indicarle que no hay nada de lo que se quiere defender.

El niño puede ser cargado para introducirlo al consultorio. En niños mas grandes nunca deberá emplearse la misma técnica ya que podrá ser humillado con tal tratamiento. Mientras se habla calmadamente, el dentista puede llevarlo firme pero gentilmente de la mano, lo suficientemente lento que aunque él sea introducido por la fuerza no se note.

Una vez dentro si él aún continúa llorando y sigue con la idea de permanecer en tal estado, el dentista lo sentará y le platicará en tono de autoridad temperada pero en forma convencible. Pero si aún llora, el dentista debe sujetar su mano sobre la boca del niño con el fin de que lo escuche mejor. La respiración del niño nunca deberá ser obstruida. Mientras el dentista continúa conversando le debe persuadir de que no hay nada a que

le tema, viéndole directamente a los ojos y colocándole sus manitas en cada uno de los extremos del sillón dental.

### Llanto Temeroso

El llanto temeroso puede ser identificado por sus abundantes lágrimas y sus constantes sonidos acechantes. La respiración es convulsiva, sollozante y áspera. Este llanto incrementa mas el rendimiento del corazón que el efecto grave en el oyente. De todas formas, esto no quiere decir que el volúmen sea desatendido. Este llanto tiende mas a la histeria que al temperamento agresivo.

El niño aterrado no está llorando para encontrar una salida, el miedo se ha apoderado de él y de su razonamiento. Siempre existe el elemento aprensión a lo desconocido, a lo no familiar. La confianza falta aquí, no la disciplina.

Tratamiento. Aunque el miedo motiva el llanto de ambos (obstinado y temeroso), existe una gran diferencia en los dos tipos de niños y por lo tanto, en su tratamiento.

En el niño obstinado tiende a perpetuar el berrinche para asegurar sus propios deseos. Con este niño como fue previamente determinado, la asistencia de la madre generalmente no es una ventaja. El llanto del niño temeroso, sin embargo, está basado mas en la emoción que en la razón. Sus padres serán de gran

importancia, ya que él necesita de todo el apoyo que ellos le puedan brindar.

La firmeza y la gentileza son mas efectivos con los pacientes jóvenes si su atención puede ser distraída lo suficiente para parar el llanto, la confianza y la explicación pueden obtener su cooperación. La fuerza es contradictoria todo el tiempo, solamente lo hará mas difícil.

#### Llanto Lastimoso

El llanto lastimoso puede hacerle falta enteramente el volumen o puede ser muy alto. Las lágrimas pueden ser solamente manifestación. Y si existe sonido, éste será parecido a gemido. La respiración podrá ser afectada si el niño la sostiene como si se asegurase él mismo en contra del dolor. Este niño necesita una pequeña explicación. Si el niño está llorando profundamente y en voz alta en el vencimiento del dolor, él simplemente va a ser un niño normal que reacciona a los estímulos del dolor. No es particularmente beligerante o temeroso. Si está tratando de olvidar su llanto, él esta haciendo una valiente cooperación a expensas de su propio confort.

Tratamiento. Lógicamente, la indicación para el tratamiento del niño con dolor, es eliminarle dicho dolor. Un poco mas de Novocaína puede ser suficiente. El niño que está tratando con

valor de cooperar, sin ni siquiera llorar, ayudará a todos los esfuerzos del dentista para hacerlo sentir a gusto.

### Llanto Compensatorio

El llanto compensatorio no es un llanto del todo. Es un sonido del paciente que aminora el ruido del aerotor. Generalmente no es fuerte pero es consistente cuando siente contacto con el aerotor. Cuando el ruido del aerotor para, el llanto cesa. No hay lágrimas ni sollozos, solamente constantes gemidos.

Como ya mencionamos este niño no esta llorando, solamente esta haciendo ruido para encubrir el sonido del aerotor. El está cooperando con la mejor de sus habilidades.

Tratamiento. Este pequeño llorón es el mas fácil de tratar. No debemos hacer ningún intento de parar su cólera con el aerotor. El no trata de interferir en su tratamiento.

### 3.2 En su comportamiento

#### Afecto Exagerado

El matrimonio tardío, el hijo único, el adoptado, el benjamín de la familia, pueden llevar a un cariño exagerado a demasiadas alabanzas y mimos, por parte de los padres. Esos niños tienen una preparación deficiente e inadecuada para ocupar

su sitio dentro de la casa o el colegio, y por consecuencia al visitar el consultorio dental manifiestan carencia de valor.

#### Protección Excesiva

Algunas madres insisten en monopolizar todo el tiempo a sus hijos, sin permitirle jugar con otros niños. Los síntomas notorios, expresan en un niño así, son tales como el rehuir a otros niños y una evidente irresponsabilidad. Generalmente quiere gobernar cada situación, y no se somete a cualquier autoridad, manifestándolo por medio de imprudencias, rabieta, fanfarronerías y la negación de jugar con otros niños en un pie de igualdad.

#### Demasiada Indulgencia

A veces los padres no le niegan al niño la menor cosa o deseo, desde luego limitandose a los márgenes de la entrada económica de la familia. Ni se les restringe en ninguna de sus actitudes. Cuando los padres y madres han tenido una infancia llena de penurias económicas y pocas satisfacciones tienden a ser frecuentemente demasiado indulgentes. Lo anterior también puede llegar a presentarse en los abuelos, prodigando favores especiales y regalos al niño.

Las situaciones de conflicto o las exigencias de la conducta dentro de la casa, por parte del padre, la madre o abuelos, conducen también a el niño a una actitud colérica.

El niño demasiado caprichoso, considerado como el niño "dañino", es exigente y se lleva mas con los otros niños y personas que no le dan el gusto. Un acceso de llanto o un arranque de mal humor, suelen ser comunes y ésta exhibición en el hogar, le recompensan en todo cuanto pide. Esta misma técnica será empleada en el consultorio dental, a la menor molestia.

Los arranques de mal humor, una manifestación de la ira, son comunes durante la edad preescolar.

El niño pateo, grita y puede retener su respiración hasta quedar cianótico. Tales exhibiciones son casi el doble mas frecuentes en los niños a quien les han resultado un medio provechoso para la realización de sus deseos.

#### Ansiedad Excesiva

Es expresada por el padre muchas veces cuando ha habido alguna enfermedad seria o muerte en la familia o cuando se trata de un hijo único. El padre manifiesta entonces un afecto exagerado y un exceso de protección y se opone generalmente a que su hijo alterne con otros niños. Se magnifican las enfermedades leves y se impide al niño concurrir a la escuela o cumplir su cita con el odontopediatra. Muy pronto el niño pasa a depender

de los padres por todo y responde con timidez, miedo, reserva y cobardía.

#### **Autoridad Excesiva**

En estos casos el padre suele ser indebidamente crítico y regañón y puede ser rechazante. El niño puede expresar negativismo, esto es; resistencia a los intentos de ponerle un plan de acción. El negativismo en el niño se manifiesta como tensión física y reiterada ante cualquier forma de acercamiento. Puede adoptar una actividad hermética que no se modifica ni por la razón o por la persuasión.

#### **Desafecto**

La indiferencia de los padres en la que queda poco tiempo para el niño, puede ser evidentemente por razones sociales o económicas. La incompatibilidad entre la madre y el padre; celos en el hogar, o cuando hay padrastros, pueden conducir a un sentimiento de inseguridad por parte del niño. Todo niño necesita el interés, estímulo y guía de sus padres. Todo niño tiene fracasos salvo que reciba cariño y protección, se descorazonará.

Los síntomas de la inseguridad son expresiones de poca consciencia. Es asustadizo, reticente, prefiere estar solo, es indeciso y tímido, vacila para decidirse y es propenso a llorar fácilmente. El niño puede desarrollar fácilmente varios hábitos,

como negarse a comer, morderse las uñas y negativismo. También puede estar malhumorado.

### Rechazo

Los niños son rechazados en algunas ocasiones a causa de los celos entre la madre y el padre, de cargas financieras, porque se le esperaba de otro sexo, o no era deseado o porque los padres son inmaduros y carecen de responsabilidad.

Un niño con rechazo generalmente se hace egoísta, resentido, vengativo, desobediente, levantisco e hiperactivo. Los arranques de mal humor, las mentiras y robos son frecuentes.

### El Hijo Unico

Con un solo hijo los padres se inclinan a ser demasiado cariñosos, ansiosos, protectores e indulgentes. El niño puede responder siendo tímido, miedoso y retraído.

Si bien las posibilidades recién mencionadas con respecto al hijo único, son bastante comunes, hay muchas familias que tienen un cariño hacia el niño que no muestra los síntomas característicos.

### El Niño Adoptado

La tendencia de los padres con un niño adoptado es ser demasiado cariñosos y considerados, no solo porque quieren

brindarle todas las ventajas de la vida, sino también por el posible comentario que pueden hacer amigos y vecinos. Un producto común es un niño tímido, miedoso y retraído.

## TEMA IV

### CONDUCTAS PSICOLOGICAS DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

#### 4.1 Cronología

El odontólogo que guía con éxito a los niños por la experiencia odontológica se dá cuenta de que un niño normal pasa por un crecimiento mental además del físico. Comprende además que el niño está adquiriendo constantemente hábitos dejándolos y modificándolos, este cambio es quizás una razón para que la reacción del niño pueda diferir en el consultorio entre una visita y otra. Es un hecho reconocido que cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento. No hay dos niños, ni siquiera en la misma familia, que sigan exactamente el mismo esquema. Todos los que trabajan con niños deben de comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica. Esta, en verdad no tiene importancia para el dentista. Sin embargo, en el diagnóstico de los problemas de conducta y también en la planificación del tratamiento, deben considerar ambas edades, fisiológica y psicológica.

A pesar de que la maduración está determinada por factores propios del individuo, el medio ambiente sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo, siendo así que cada ser es una personalidad separada, cuyas experiencias en la infancia son importantes para su conducta futura y sus relaciones con los semejantes.

## Infancia y Años de Pininos

Mucho del aprendizaje ocurre durante los dos primeros años de vida, sin embargo, el niño a esta edad tiene poca o ninguna capacidad de entender las necesidades de un exámen o un tratamiento de sus dientes, ni el odontólogo puede comunicarse eficazmente con él.

Ocasionalmente, es posible encontrar un chiquito de 15 meses que cooperara, aún en procedimientos restauradores, pero esto representa la excepción mas que la regla.

Aún sin cooperación los exámenes bucales y ciertos tratamientos pueden ser llevados a cabo en niños muy pequeños en forma eficiente y sin sedación.

## Dos años de edad

A los dos años de edad, los niños difieren mucho en su capacidad de comunicación, sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo de su vocabulario a esa edad. Según Gesell e Ilg, a los dos años el vocabulario varía entre 12 y 1000 palabras. Si el niño tiene un vocabulario limitado, la comunicación será difícil. Por esta razón, es posible terminar con éxito el trabajo de algunos niños de 2 años, mientras que en otros la cooperación será limitada. A menudo decimos del niño de dos años que está en la "etapa precooperativa". Prefiere el juego solitario, porque no aprendió a jugar con otros niños. Es

demasiado pequeño para llegar a él con palabras solamente y debe tocar los objetos para captar totalmente su sentido. A esta edad, el odontólogo debe permitir que el niño sostenga el espejo, huela la pasta dentrífica o sienta la tasita de goma, al hacerlo tendrá una mejor idea de lo que el odontólogo está intentando hacer. Al niño de dos años lo suele intrigar el agua y el lavado. Como a esta edad temprana el niño es tímido ante la gente, los lugares nuevos y le resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe de estar acompañado por uno de los padres en el consultorio.

#### Tres Años de Edad

Con el niño de tres años el odontólogo puede habitualmente comunicarse y razonar durante la experiencia odontológica. Tiene un gran deseo de consultar y a menudo disfrutará contando historietas al odontólogo y sus asistentes. En esta etapa, el personal odontológico puede comenzar a utilizar el acercamiento positivo con el niño. Sin embargo es bueno señalar los factores positivos antes que los negativos con niños de cualquier edad. En particular el más pequeño es el que tenderá a hacer las cosas que se le dice que no haga. Hymes informó que niño de tres años y menores, en situaciones de stress o cuando se les lastima están fatigados o asustados, automáticamente se vuelven a su madre o sustituto para consuelo apoyo o seguridad. Tiene dificultades para aceptar la palabra de otro para cualquier cosa y se sienten

mas seguros si se permiten que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien el personal y los procedimientos.

#### Cuatro Años de Edad

El niño de cuatro años por lo común escuchará con interés las explicaciones y normalmente responderá bien a las explicaciones verbales. Los niños de esta edad suelen tener mentes vivaces y pueden ser grandes conversadores aunque tienden a exagerar en sus conversaciones. En algunas situaciones, el niño de cuatro años puede volverse desatento y recurrir al empleo de "malas palabras". En general sin embargo, la criatura de cuatro años que ha tenido una vida familiar feliz con un grado normal de educación e indisciplina será un paciente cooperador.

#### Cinco Años de Edad

El niño de cinco años está listo para aceptar las actitudes grupales y la experiencia comunitaria. A esta edad de relaciones personales y sociales estan mejor definidos y el niño no suele temer dejar al padre en la sala de recepción. Si el niño de cinco años ha sido correctamente preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas como las relaciones con ir al jardín de infantes o al consultorio del médico o del odontólogo. Los niños de este grupo cronológico suelen estar muy orgullosos de sus pertenencias y sus ropas y responde bien a los comentarios sobre su aspecto personal. Los comentarios sobre sus vestidos

pueden ser empleados eficazmente para establecer comunicaciones con un paciente nuevo.

#### Seis Años de Edad

A los seis años, la mayoría de los niños se separa de los lazos estrechos con la familia, sigue siendo, sin embargo una época de Transición importante y ansiedad considerable. Gesell e Ilg, se refiere al de 6 años como un niño cambiado.

Las manifestaciones tensionales alcanzan un poco a esta edad que pueden incluir estallidos de gritos violentos, rabieta y golpear a los padres. A esta edad suele haber un marcado incremento en las respuestas temerosas. Muchos niños tienen miedo a los perros, a los elementos, aún a otros seres humanos. Algunos niños de esta edad temen los daños a su cuerpo. Por eso un ligero rasguño o la vista de sangre pueden producir una respuesta desproporcionada a la causa. Con la correcta preparación para la experiencia odontológica se puede esperar, sin embargo que el niño de seis años responde de manera satisfactoria.

#### De Siete a Once Años de Edad

Las observaciones de Gesell sobre niños de mas edad presentan mayores desviaciones. Los factores de maduración se hacen menos distinguibles de las influencias ambientales y son menos significativos con respecto al tratamiento dental. Sin embargo,

hay que reseñar que quizá la sociedad moderna intenta imprimir en el niño a una edad demasiado temprana la conducta externa que cabe esperar del adulto. La mayoría de los niños escolares mantienen con los adultos una actitud serena, segura y positiva, si bien en las situaciones de stress este "barniz cultural" desaparece, poniendo al descubierto sus reacciones inmaduras y primitivas.

#### De los 12 a los 14 Años de Edad

El pensamiento se hace más abstracto y va adquiriendo la capacidad de razonar y resolver problemas, sin enfrentarse a la situación concreta. Probando su capacidad para la comunicación social, el niño organiza su forma de mirar las cosas y adquiere habilidades lógicas. Durante el comienzo de la pubertad existe tendencia a la aparición de reacciones emocionales desequilibradas y es frecuente que el niño demuestre un escaso interés por la higiene y el orden. Al irse estableciendo la identidad personal durante la pubertad, a la vez que se van conociendo mejor las relaciones humanas, el joven se motiva cada vez mas por su propia salud y es también capaz de aceptar una responsabilidad por su futuro.

## 4.2 Problemas Específicos de Cada Grupo Odontológico

### El Niño Sociable

Desde el punto de vista de estar libre de problemas emocionales, el primer tipo de niño que podemos mencionar y el más conveniente quizá es el sociable. Ya desde los 2 años y hasta el comienzo de la pubertad este niño en edad normal tiene deseos de relacionarse con quienes se ponen en contacto. La interacción se produce fácilmente, con verse pronto, muestra un alto nivel de curiosidad respecto al odontólogo de lo que piensa realizar y de como lo hará. Es fácil de tratar y de responder a sus preguntas, pues generalmente son pertinentes y no están motivados por el temor y la angustia, a este niño se le puede mostrar los instrumentos, como actúan y cuál es su propósito, todo esto para reforzar la relación que se intenta establecer con él.

El exámen se convierte en una aventura grata. No es raro que este niño quiera mirar la boca de su dentista para "ver como es por dentro". Como cada nueva tarea es para él una especie de aventura y una experiencia en su aprendizaje se le puede delegar parte de la responsabilidad por su cuidado dental. Hasta el caso de pasar por algún procedimiento ligeramente doloroso. Este niño está muy dispuesto a comportarse como un joven colaborador.

### El Niño muy Activo

A falta de mejor nombre, el niño que vamos a describir se le puede denominar "muy activo". Su presencia en la sala de espera no necesita ser anunciada por la asistente dental. Cuando llega, es notorio su arribo. Su conducta en el consultorio es exploradora, investigadora, siempre expresándolo todo y tocándolo todo. Si el odontólogo llega a ser de tipo obsesivo compulsivo, este tipo de niño de quien la madre, típicamente, declara "no puede hacer nada con él" muy a menudo se resiste a entrar en el consultorio y en especial, a cualquier trabajo en la boca. Cuando se observa esta constelación familiar, se ve que quien dispone es el niño.

Esto no explica porque el niño es tan activo y al parecer no cooperador. Una mejor apreciación psicológica de la situación nos dirá que se trata de un niño a quien los padres no pusieron límites definidos y experimenta una intensa angustia. Al ver las teorías de la personalidad apreciamos que parte de la manera de evitar la angustia proviene de contar con una serie muy definida de límites. El niño que no tiene límites no sabe donde detenerse o que le esté permitido hacer.

Sin límites se angustia y puede manifestarse una exagerada actividad. La mayor parte de esta hiperactividad motivada por la angustia podría aliviarse si se le fijara límites adecuados. Como se sale con la suya en su hogar puede esperar que suceda una

situación similar en el consultorio odontológico. Casi todos estos niños, cuando se les recibe planteándoles una frustración mínima y ciertos límites, recurren a todos los medios de que se valieron con los padres. Pueden tener ataques de rabia, gritar, llorar o entregarse en cualquier forma de comportamiento pueril.

La conducta negativa y desadaptada de estos niños debe hallar aprobación en el consultorio odontológico. Como recurso expeditivo para evitar que estas respuestas sean aprobadas, es imperioso que los padres no estén con él durante el examen preliminar ni en las visitas subsiguientes. Gran parte de su pasada teatralidad tiene por objetivo provocar cierta respuesta de los padres. Si estuvieran presentes habría una tendencia a utilizar los recursos destinados a llamar la atención.

Muy rara vez podrá el odontólogo actuar como educador de los padres. Pero con frecuencia podrá comenzar con ellos acerca de la conducta del niño y comentar algunos medios para que se pueda controlar mejor esa conducta en el consultorio. Muy a menudo surge de esas conversaciones que el niño no está actuando así por su propio temor al consultorio, sino por el de sus padres. Casi todo odontólogo que haya ejercido algunos años quisiera tener un dólar por cada madre ansiosa que le dice a sus hijos "ahora no vas a tener miedo ¿no es cierto?". Esta actitud de parte de la madre le sembró la idea de que existe algo de qué tener miedo en el consultorio odontológico.

## El Niño Angustiado

Presenta un problema mas serio el niño tímido, retraído, angustiado, que se somete al exámen con penas. Es el mismo niño cuyos maestros lo consideran callado y complaciente, que nunca da trabajo. Es también el niño que con casi toda seguridad va a sufrir un alto grado de stress a lo largo de todas las etapas de crecimiento, es casi como si irradiara miedos y preocupaciones. Quizá esa preocupación tenga por base experiencias previas con odontólogos o médicos. Pero con mayor frecuencia deriva del tipo de indisciplina paterna. Cómo este niño parece modificar conducta ante las amenazas, se convierten estas en el método principal de disciplina. Es sabido que entre las formas que tienen estos padres de intentar corregir a sus hijos es posible hallar declaraciones sorprendentes como: "Si andas mordiendo a la gente, te llevaré al dentista para que te saque todos los dientes"; "si no comes como es debido tendremos que llevarte al hospital"; "si no tomas las vitaminas, el doctor tendrá que dártelas en inyección". Para este niño la vida es una interminable asociación de temores. La escuela puede llegar a ser para él la misma pesadilla que su vida en el hogar. En razón de los muchos temores y preocupaciones de estos niños, tienen especial importancia conversar cada paso por realizar. El niño debe estar bien informado de todo lo que el cirujano dentista hará y el porqué de estas acciones. También necesita, si puede hacerlo, expresar todas las preocupaciones que se pueden haber ido formando en su mente. Aunque simpatía y comprensión sea un buen

comienzo son insuficientes para aliviar los temores y tensiones de este niño. Lo que más se necesita y lo que iniciará más fácilmente su conversación es que se reconozcan en el transcurso de la conversación los sentimientos que él experimenta.

Muchas veces los problemas de este niño temeroso y angustiado están fuera del alcance de la capacidad del odontólogo. Algunas veces se podrá obtener el tratamiento necesario de un psicólogo o psiquiatra. Estos problemas, por ejemplo, podrían ser a consecuencia de una práctica religiosa demasiado estricta en su hogar; el niño no puede vivir a la altura de lo que se espera de él y desarrolla intensos sentimientos de culpa. Otras formas hay de stress o lucha en el hogar que son capaces de generar esta conducta. Cuando estas situaciones llegan a interferir demasiado con el tratamiento odontológico, lo apropiado podría ser que el odontólogo sugiera una mayor investigación de los problemas emocionales.

#### El Niño Débil Mental

Todos los niños de lento aprendizaje constituyen un problema que debe tratarse en cada caso particular. Generalmente se caracterizan por la lentitud con que siguen las indicaciones. Se procurará manejarlos de acuerdo al grado o etapa de debilidad mental. El odontopediatra deberá valorar si su tratamiento se efectuará bajo anestesia local o general.

### 4.3 Métodos de Tratar al Niño

Para manejar psicológicamente al niño, existen diferentes métodos empleados por los odontopediatras. Todos ellos están destinados en último término a sobreponerse y a desarraigar las respuestas de miedo previamente condicionadas.

#### El Método del no Hacer

Esta técnica se caracteriza por la demora y la postergación. Es cuando el niño es traído al consultorio, pequeño aún, con necesidad de la intervención dental. Empieza a llorar tan pronto como se sienta en el sillón dental. El odontopediatra, algo confuso e ignorante de como manejar la situación, despacha al niño a modo de disculpa, diciéndole a la madre que regrese con el niño cuando sea un poco mayor. A los seis meses vuelve y se repite el mismo patrón de comportamiento que la vez anterior. Puesto que en los niños pequeños los temores subjetivos no decrecen por su propia cuenta, los temores y el comportamiento subsiguiente no han mejorado. La verdadera realidad es que el temor a la odontología pueda haber aumentado, puesto que una imaginación vivida exagera la necesidad fundamental de huir. La postergación de las situaciones así puede proseguir indefinidamente con pésimas consecuencias para los dientes.

El niño por naturaleza es perspicaz, por lo cual comprenderá que el odontopediatra teme hacer su trabajo, debe existir alguna razón para la demora, por lo tanto el temor del niño ha crecido

juntamente con el miedo del odontopediatra. Todo motivo no explicado generará temor en el niño.

#### El Método de la Aplicación Frecuente del Estimulo

Este método puede exigir frecuentes visitas al odontopediatra antes de que la intervención dental sea realmente necesaria. Puesto que los niños tienen un gran temor a lo que no les es familiar, son aprensivos y no están preparados para afrontar una nueva situación, como lo es la visita al consultorio dental antes de iniciar el tratamiento, puede familiarizar lo desconocido y mitigar cualquier necesidad futura de huir. Este método da buen resultado con los niños de edad preescolar y no con los adultos.

#### El Método del Ridículo

Este método se caracteriza por la adopción de una actitud de mofa hacia el niño, con el fin de avergonzarlo para que adopte un buen comportamiento. Este método no es muy eficaz, ya que no tiene ningún valor. No solo es inadecuado sino peligroso cuando se le aplica a los niños. El niño que se sienta en el sillón dental desea ganarse la aprobación del odontopediatra. Sin embargo, si el mecanismo del miedo es tan fuerte que hace imposible la cooperación, su comportamiento resulta indeseable. El ridículo social puede producir frustración y resentimiento en el niño.

### El Método de la Imitación Social

A los niños les agrada hacer lo que otros niños o personas hacen. El observar a un hermano mayor le inspirará mas confianza al niño que si se tratara de un extraño. Si el niño ve que el trabajo se hace sin ningún dolor evidente, con frecuencia se sentirá deseoso de que se emprendan los mismos procedimientos con él. A menudo se subirá al sillón sin que siquiera se lo pidan. Si el niño no observa expresión alguna de dolor en la persona que lo ha precedido, pero descubre, para sorpresa suya que al sentarse en el sillón se le lastima, su entusiasmo se puede transformar en desilusión y puede perder la confianza total en el odontopediatra. Si la intervención será siquiera un poco dolorosa, es mejor advertirselo al niño y conservar su confianza, que dejarle pensar que se le ha defraudado.

### Método de la Readaptación o Sustitución del Placer

En este método el niño se readecúa para poder disfrutar los procedimientos dentales mediante la forma de acercamiento con la guía del odontopediatra. Pierde su miedo a la odontología porque aprende que lo desconocido no significa peligro para su seguridad.

### Técnica Decir-Mostrar-Hacer

Su objetivo es luchar con el temor de un niño de los objetos y personas extrañas que lo rodean. El odontólogo puede reducir este temor, primero diciéndole al niño sobre la nueva situación y

lo que va a hacer en ella, luego, mostrándole el nuevo ambiente (mientras se le vuelve a hablar sobre él) y finalmente, haciendo lo que se le dijo que se haría (mientras se le habla nuevamente sobre ello). Este proceso de decir, mostrar y hacer, deberá ser continuo desde la entrada del niño al consultorio a través de todos los procedimientos involucrados en el tratamiento.

A medida que se presenta cada nueva persona, instrumento o procedimiento al niño, debe usarse el decir-mostrar-hacer, para orientarlo gradualmente a los estímulos que provocan ansiedad, de manera tal que sea capaz de enfrentar la situación.

En el empleo de este método, deberá tenerse un cuidado especial de usar un lenguaje y conceptos que el niño pueda comprender. Un bosquejo de algunas de las fases críticas en las que emplear el decir-mostrar-hacer, y ejemplos de la terminología apropiada van a continuación:

Introducción: "Hola María, yo soy el Dr. Pérez y ésta es mi ayudante, la Srta. Gómez; nos gustaría conocerte para que podamos ser tus amigos y ayudarte".

Consultorio: "Este es mi consultorio, donde te limpiaremos los dientes. Tiene una silla especial que se mueve, de modo que puedas sentarte muy cómodamente. Te mostraré los botones que hacen que la silla se mueva y tú puedas girarla

por mí. Hay también una luz brillante para iluminarte los dientes de modo que podamos verlos a todos. Este es el interruptor que prende la luz ¿podrías por favor prenderla? Gracias. Tenemos muchos cajones, como en la cocina de tu mamá. Te mostraré algunos de los limpiadores de dientes más tarde."

Radiología: "Esta es una cámara especial que sólo toma fotos de tus dientes. No te tocará. Solo estará cerca de tu mejilla. Colocamos un pequeño trozo de papel -muestra el papel a la niña-, en tu boca y la cámara especial tomará una foto de tus dientes. Antes, pondré un trozo de papel en la boca de la Srta. Gómez y la cámara cerca de su mejilla-ejecuta dicha acción- para mostrarte en unos pocos minutos como tomaremos una foto de tus dientes."

Exámen: "Tengo un contador de dientes para contar los dientes. Primero lo usaré para contarte los dedos. Uno, dos, tres.... Bien. tú tienes diez dedos, ahora contaré los dientes."

Profilaxis: "Voy a usar este cepillo eléctrico y un dentrí-fico especial para limpiarte los dientes." Es a menudo útil "limpiar" la uña del niño como una introducción al procedimiento.

**Anestesia Local:** "Voy a dormir tus dientes para que nada los moleste. Usaré pasta dormidora y agua dormidora en una máquina especial para ayudar a tus dientes a dormirse. ¿Te has dormido alguna vez viendo televisión? Después que te dé el agua dormidora, tus dientes se dormirán y se sentirán como tu mano cuando se duerme. Sólo se dormirán tus dientes, aunque tú estarás despierta para hablar conmigo."

**Dique de goma:** "Colocaré un impermeable especial en tu diente para que el agua que usamos no lo moje. Pondré el impermeable sobre una percha y usaré un botón de plata para mantener el impermeable sobre tu diente. Este es el impermeable ¿Te gustaría ayudarme a ver si eres lo suficientemente fuerte como para hacer los agujeros en el impermeable donde pasarán tus dientes?"

**Restauración:** "Voy a usar una sirena de agua para limpiarte la caries y los microbios malos de tus dientes. Luego, te arreglaré el diente con una pasta plateada para hacerlo fuerte nuevamente."

#### Consideraciones generales

- 1.- A partir de los tres años los niños no entrarán al consultorio dental acompañados de sus padres.

- 2.- Si el niño no quiere entrar, debemos salir con él.
- 3.- Si llora, lo dejaremos llorar un rato.
- 4.- Después se le dirá que no se le permite llorar dentro del consultorio, empleando una actitud firme y a la vez amable, explicándole el tratamiento.
- 5.- Si grita se hará alguna maniobra no agresiva para impedir que siga gritando, puesto que si no establecemos comunicación con él no podremos realizar ningún tratamiento.
- 6.- Realizar siempre algún tratamiento o maniobra.
- 7.- Valorar posibles excusas, como en el caso del niño que quiere ir al baño. Solamente lo dejaremos ir una vez. El problema de náuseas se resolverá tapando siempre con dique de hule.
- 8.- Respetarlo, no engañarlo sobre lo que se le va a hacer, pero sí utilizar otros términos evitando así asustarlo.
- 9.- Dejar que crea que él es quién maneja la situación. Se le dirá: "Coloca tu brazo izquierdo sobre el brazo del sillón de manera que descansa sobre él. Si en algún momento sientes molestia, levántalo y en ese momento detendremos

todo lo que estamos haciendo y nos explicarás cuál es el problema. Pero recuerda que solamente debes levantar el brazo cuando haya un problema".

**TEMA V****INFLUENCIA DEL FACTOR AMBIENTE EN LA CONDUCTA DEL NIÑO****5.1 Influencia Ambiental**

Durante el siglo XX se ha observado un importante cambio en la actitud general con respecto a la actitud de los niños. Los antiguos conceptos "autoritarios" que, quizá fueran la única forma de que la humanidad lograra sobrevivir a las limitaciones de los viejos tiempos se basaban en una disciplina firme y determinaban demandas fijas en los niños. El niño era castigado si no cumplía esas demandas, lo que en muchos casos condicionaba en él sentimientos de negativismo e inseguridad. Como reacción a estos métodos surgieron las teorías de la "educación libre", que tenían como objetivo dar un mayor valor a las características individuales del niño. Esta filosofía educativa ha sido con frecuencia mal interpretada, particularmente por los padres inmaduros o ignorantes que de algún modo han confundido la "educación libre" con la "libertad de educación". Esta actitud provoca niños centrados en sí mismos e inseguros con poca capacidad para adaptarse a las demandas sociales de la convivencia. La educación ideal está a medio camino de esos dos extremos. El objetivo de la educación del niño no debe ser solo el desarrollo de sus cualidades de su personalidad, sino su integración en la red social, enseñándole a considerar a los demás. Los mejores resultados son los que consiguen los padres que conviven con sus niños y les dan un buen ejemplo, además de servirles como

guias en un momento en que todavía no son capaces de tomar sus propias decisiones. Los niños tienen una necesidad fundamental y de amor y cuidado, es decir, de sentir seguridad ternura y un contacto personal cálido así como ser estimulados emocional e intelectualmente.

### Infraestimulación

Un ambiente negativo o infraestimulante es el creado por aquellos padres que no pueden cumplir dichos requisitos como consecuencia de su propia inmadurez, incapacidad o conflictos personales. Los niños que viven en estas circunstancias tienden a encontrarse aislados y se muestran recelosos hacia los adultos. También pueden reaccionar desesperadamente para atraer la atención ya que para ellos, la atracción de un adulto aburrido es mejor que la falta absoluta de atención.

### Sobreprotección

El ambiente sobreprotector es el que se encuentra con mayor frecuencia en torno a hijos únicos, largamente deseados, enfermos o con padres o tutores de edad avanzada. En esos ambientes el niño no se acostumbra a responder a ninguna demanda y suele manifestar una conducta "arruinada" el niño no ha aprendido a ser un buen perdedor porque sus padres han eliminado de su entorno cualquier obstáculo o dificultad.

Los niños infraestimulados y sobreprotegidos se comportan inicialmente de forma similar y son considerados problemáticos y de contacto difícil. Sin embargo es importante que el dentista reconozca la causa, de esa forma ajuste su acercamiento al niño.

Los niños sobreprotegidos deben ser tratados con firmeza pero amablemente. Tras un período inicial de promesa se sentirán muy tranquilizados al verse apoyados por un determinado adulto. Con los niños infraestimulados se consiguen mejores resultados mediante una actitud paciente de amabilidad e interés, puede llevar bastante tiempo convencer al niño acerca de nuestro propio interés personal, pero en este grupo se ganan muy buenos amigos.

Las observaciones hechas sobre la conducta de los niños durante sus visitas dentales han demostrado que no representa una demanda excesiva para un niño que alcanza un nivel de inteligencia equivalente a 30 meses de edad, pedir su cooperación durante una exploración dental o un procedimiento operatorio sencillo, sin embargo, los padres, los maestros y los adultos en general, al hablar con los niños no logran evitar frases y expresiones reminiscentes de su propia experiencia infantil hacia una odontología anticuada y quizás "de mano dura". Los compañeros del niño suelen también exagerar sus propias experiencias dentales, lo cual contribuye a la triste aura del odontólogo.

El ambiente consiste en la suma total de estímulos que el niño recibe desde el momento de la concepción hasta el de la muerte. Estos estímulos influyen ya en el ser en el periodo prenatal y continúan a lo largo de su vida. Para el canalizador preescolar la mayor parte de los estímulos ambientales vienen canalizados a través de la familia, escuela y medios masivos como la televisión, las revistas, etc.

## 5.2 Familia

### Concepto de Familia

La familia se puede considerar desde dos puntos de vista. De un modo amplio, familia sería el grupo de personas con las cuales el niño establece contacto inmediatos, íntimos y continuos; así considerados es la que Bossard y Boll llaman "familia de orientación". Y la que formarían parte como miembros los padres; todos los hijos; los parientes; los amigos íntimos, los sirvientes.

La familia es un instrumento a través del cual se transmiten los valores y el comportamiento de una determinada clase social.

### El Ambiente Social

El ambiente cultural de la familia y del medio en que ésta se mueve, incide en el niño sobre todo en el punto clave de la conquista del lenguaje. Está comprobado experimentalmente que los niños de familias con nivel cultural bajo tiene menor

vocabulario y se expresan peor que los niños de clase mas culturizada donde abundan padres con profesiones liberales. Este déficit lingüístico va a influir en el desarrollo intelectual y en los aprendizajes de la lectura y escritura.

En el medio cultural y aún cuando no siempre puedan correlacionar con él, va incluida la transmisión de valores como pueden ser los ético-religiosos que se van pasando de padres a hijos y que hacen al niño desde sus primeros años.

El nivel socio-económico en que se desenvuelve la vida del niño marca también pautas en su conducta. En medios económicamente débiles una enfermedad, una privación de trabajo, un salario insuficiente, producen un transtorno familiar que repercute en el niño. Pero además la escasez continuada de medios hace que su alimentación sea inadecuada y dé lugar a desnutriciones y retrasos en el desarrollo o a estados indefensos del organismo.

La vivienda insuficiente, pequeña y con pocas condiciones económicas, contribuye también a poner trabas a este desarrollo. Pero además, esta precariedad de medios repercute en el aspecto psíquico, creando en el niño lo que se llama "endurecimiento" que es como una especie de defensas de las condiciones hostiles del medio aislándose de él.

Esta influencia se suaviza o se agrava según sea la reacción de la familia a la situación adversa: conformidad, deseos de superación o franca agresividad. En cualquier caso el niño se sentirá inseguro, irritable o resentido.

En el extremo opuesto de la escala socioeconómica, los niños de familias muy acomodadas, presentan también en muchas ocasiones problemas de conducta. Las carencias afectivas se dan con frecuencia en familias económicamente fuertes y el niño las detesta.

#### Influencia de las Conductas Familiares en la Conducta Infantil

Es necesario indicar la existencia de una clara y casi definitiva influencia del ambiente familiar en el desarrollo de la personalidad del niño preescolar. Esta influencia la advierte la parvulista en la conducta del niño, tanto en lo que se refiere a las relaciones con sus compañeros como ella misma, como en lo que refiere a sus capacidades adaptativas a las diversas actividades del programa preescolar.

#### Por Influjos de la Estructura Familiar

Los hijos de familia numerosa son cooperadores, decididos y saben resolver las dificultades por sí mismos. Si procede de una familia bien organizada, su conducta es también disciplinada y su adaptación social, buena. Esto se dice, naturalmente, de un modo general, indicando las conductas que predomina. Tanto en este

caso como en los que siguen, se dan por supuestas las excepciones por uno u otro motivo.

El hijo único, sobreprotegido, suele tener dificultades en conectar con otros niños, ya que le ha faltado la interacción con los hermanos, muy importante para el ajuste social y emocional. Tiene pues, pocos amigos, habla y se comporta por moldes parecidos a los de los adultos y tiene tendencia al perfeccionismo, al egoísmo y a la suficiencia.

El puesto que el niño ocupa entre los hermanos también es significativo para explicar su conducta: El primero suele ser mas autoritario; el segundo rebelde o abrumado por el primero; el tercero mas original, perezoso o fantástico.

El niño que procede de un lugar democrático manifiesta un comportamiento amistoso y cooperativo, aceptando pequeñas responsabilidades.

Los de familias autocráticas, ya sean matriarcales o patriarcales, se manifiestan como tensos y nerviosos. Pueden ser agresivos, desobedientes y poco responsables. Si es el padre el que domina y éste es fuerte y viril y la madre abnegada y cariñosa, los niños desarrollarán un caracter masculino.

Si al contrario la madre es dominadora y el padre pasivo, las conductas de los niños tienden a ser feminoides.

Los niños procedentes de hogares desavenidos presentan todos los síntomas de inestabilidad emocional, angustias, fobias y estados agresivos. Se sienten inseguros y desgraciados. Se avergüenzan de sus padres y tienen síntomas regresivos: chuparse el dedo, enuresis, terrores nocturnos, etc.

Los de familias rotas, añaden a estos síntomas todos los que denuncian una carencia afectiva: inhibición, aislamiento, deseos de llamar la atención, etc. Si la carencia afectiva es muy acusada pueden darse síntomas neuróticos y claro estado de regresión.

#### Por Influjo de las Relaciones Familiares

Los niños rechazados son los frustrados y como tales se comportan. Prestan entre otras una actitud jactanciosa de alarde, como queriendo llamar la atención sobre ellos. Este es un modo inconsciente de pedir el cariño que les falta y que tanto necesitan. Junto a esto una acusada y continuada agresividad como si quisiera lograr por la fuerza la seguridad emocional que le falta. Su angustia interior puede llevarles a tendencias psicopáticas y por supuesto a una inestabilidad emocional, son niños hiperactivos, extremadamente inquietos. A veces, estos niños rechazados, por un mecanismo de defensa, adoptan actitudes

extremas de su misión que los hace impopulares ante sus compañeros lo que contribuye a aumentar la situación interior de rebeldía y desdicha. Puede también refugiarse en una timidez extrema que les impele a rehuir los contactos y participar en actividades colectivas.

El niño sobreprotegido se puede manifestar con modelos de conducta inadecuada, de mala educación, muy juiciosos para su edad, habla como persona mayor y apenas sabe jugar con los otros niños. Es emocionalmente inmaduro con rasgos muy infantiles de periodos anteriores de desarrollo, tales como enuresis, balbuceo, huida de las dificultades con lloriqueos, etc. Suelen ser egoistas, pedigueños, tiránicos, exigiendo atención constante y respondiendo con explosiones emocionales a las normas de la clase o grupo. Suelen tener un buen coeficiente de rendimiento siendo a veces sabiondos.

El niño con padres excesivamente autoritarios y la rigidez con que es tratado le produce estados angustiosos que repercuten en trastornos orgánicos: mala digestión, anorexia, vómitos y abulimia, según los casos. Sentimientos de ansiedad que se traducen en inhibiciones o agresividad contra sí mismos fondos de resentimientos y evasión que les hace soñar despiertos refugiándose en un mundo irreal, de fantasía, lejos de la exigencia familiar. Son niños de personalidad frágil inseguros, con

sentimientos de inferioridad. Son también sumisos, tímidos y temerosos respecto al grupo.

El niño con padres perfeccionistas. Su conducta se parece en parte a la anterior. El alto nivel de aspiraciones que les inculcan, les pone frente a frecuentes fracasos que les traen sentimientos de inferioridad y de inseguridad con tendencias obsesivas y aires de preocupación y desdicha. Y por supuesto, estos estados angustiosos les impiden un rendimiento normal en las actividades preescolares, lo cual exaspera la tendencia perfeccionista de los padres.

El niño de padres indulgentes, su influencia sobre el hijo suele dar lugar al niño mimado con todas sus conocidas características: dominancia, tiranía, capricho; poco esfuerzo y actitud negativista y amenazante para conseguir lo que desean incluso la simulación de enfermedades y trastornos que no existen, que desaparecen apenas han conseguido sus deseos. El niño mimado, a que le den todo resuelto, es un niño claramente desadaptado.

### 5.3 Escuela

Los adultos esperan de los niños que consideren la escuela como una especie de muestrario de nuevas experiencias y emociones donde van a hacer descubrimientos vitales y donde personas especializadas van a ocupar sobre ellos para guiarlos. Esperan igualmente que el contacto con estas experiencias desarrolle sus

aptitudes personales y los haga adquirir una suma de conocimientos que serán base para posteriores situaciones de aprendizaje.

#### Factores que Influyen en la Escuela

La adaptación del niño al nuevo ambiente depende de tres factores: su personalidad, su vida anterior, lo que la escuela puede ofrecerles, distinguiéndose entre factores internos y externos. Los primeros son los que tienen su origen en el sujeto mismo: en su edad cronológica, en su proceso evolutivo, y su ritmo de maduración, en su constitución temperamental y en su capacidad de integración. Y los factores externos son aquellos que actúan desde fuera del niño influyendo positiva o negativamente en el desarrollo de su actitud.

También podemos señalar acerca del Profesor y su actitud hacia el niño, dependerá en gran manera que el ingreso en la escuela sea favorable. Podemos señalar cuatro tipos de profesores entre los varios posibles:

- 1) La profesora sustituta de la madre: sus actitudes son semejantes a las de la madre del niño especialmente cuando ambas pertenecen a la misma clase social: atención, cuidados, ternura que le hacen al niño sentirse mas cerca de su hogar y de su madre.

- 2) La profesora temerosa que se siente siempre a la defensiva. Su actitud insegura se transmite al niño, dificultando su integración.
  
- 3) La profesora dominante, autoritaria, turbulosa que provoca en el niño conductas agresivas y resistentes que tampoco ayuden a su integración.
  
- 4) La profesora serena y controlada que muestra espontaneidad iniciativa y actitudes sociales constructivas: saben alentar a los alumnos para que participen activamente en el proceso de aprendizaje y llevan la clase con una disciplina razonable.

Para bastantes niños es una dura prueba para ellos pasar de ser el único centro de atención general a ser uno mas entre muchos amigos y compañeros de clase con los cuales tendrá que competir aun cuando todos se muestren amistosos, lo cual no es probable el niño que ingresa en un centro tiene que esforzarse por relacionarse con los compañeros a base de tomar él la iniciativa, pues el grupo como tal, dado el bajo nivel de sociabilización en estas edades, no hace nada, por integrarle. Casi instintivamente, el niño va imitando los gestos y los comportamientos de los niños que ya son líderes desde el parvulario y así pueden ir demostrando poco a poco a los demás, su destreza en los juegos, su habilidad, su cordialidad, todo lo

cual le conseguirá la aceptación del grupo. Si pese a todo, no lo consiguen carecerá de un apoyo emocional casi indispensable para aceptar el conjunto de la situación escolar, será evidente: No cabe duda que la situación conflictiva del niño nuevo en la situación escolar se alivia o se empeora notablemente según como sea el "clima" con que va a encontrarse. La creadora de este clima ha de ser sin duda la maestra. Ella puede hacer que todo sea acogedor, familiar, cordial, ordenado y estimulante para el niño o que sea tenso, rígido, aburrido o caótico. Todo dependerá de su ajuste personal y profesional, de su amor a los niños y de su auténtica vocación de maestra.

#### 5.4 Televisión

La televisión se emplea para proporcionar informaciones permitiéndoles estar en contacto mas estrecho con los lugares tanto si estan cerca como lejos. Es un procedimiento que ofrece posibilidad de dar a conocer las mejores creaciones culturales (del teatro a la danza y de la música a la ciencia), constituye un poderoso factor de educación de adultos y familiariza al niño de edad preescolar con un mundo enteramente nuevo, en el que tienen cabida tanto los hechos como la fantasía. Se usa también para la enseñanza en el sentido mas académico, formando parte de la instrucción escolar, secundaria y universitaria, como medio para enseñar, tanto a muchachos como a adultos y como instrumento para las instituciones docentes.

La familia y la escuela llevan una importante acción educativa, pero también los medios de difusión es decir, el radio, los periódicos y las revistas, el cine y la televisión que ejercen una influencia en las creencias, actitudes y conductas de grandes sectores de la población. Especialmente en las ciudades, gran número de familias recibe en sus hogares los programas y anuncios de la televisión que diariamente llevan mensajes positivos o negativos para la mamá, el papá y los hijos.

Los medios masivos, en muchas ocasiones muestran al cirujano dentista y al consultorio un lugar en donde van a sufrir, y estos factores, perjudican psicológicamente al paciente y los hacen ser mas negativo, aumentando también su ansiedad, stress y susceptibilidad al dolor que es hasta cierto punto "imaginario".

**TEMA VI**  
**ACTITUD QUE DEBE TOMAR EL C.D. CON LOS PADRES**  
**Y EL NIÑO**

**La Motivación**

La motivación está vinculada a la fuerza impulsora que determina nuestras acciones o conducta. Hay muchas fuerzas internas, así como externas, que afectan lo que hacemos, sentimos y pensamos. Pueden ser denominadas nuestras necesidades. Estas diferentes necesidades van desde los impulsos básicos, como hambre, sed, sexo y liberación de aflicciones, hasta necesidades que se originan en situaciones sociales altamente complejas, como aceptación, reconocimiento, conducción y compañerismo. Todas estas fuerzas sirven como motivaciones en la satisfacción de nuestras necesidades o en el alivio de las tensiones.

Como resultado de muchos años de estudio de las fuerzas motivadoras, los psicólogos concuerdan en que toda conducta es motivada. Hay una fase que reviste interés especial para los odontólogos: la investigación motivacional, ha estado dedicada principalmente a las implicaciones psicológicas de los deseos, impulsos, temores y ambiciones, ocultas e inconscientes que motivan a las personas para comprar, o no, ciertos productos o servicios. Combinan las ciencias relacionadas entre sí, psicología y sociología, en un marco psicoanalítico.

No dedicaremos mucho tiempo a explorar las teorías de la motivación ni a estudiar profundamente las investigaciones de los psicólogos que se dedican a ella. No es necesario aceptar una teoría totalmente Freudiana ni psicoanalítica, para extraer principios importantes de la labor efectuada en la investigación motivacional. Las técnicas desarrolladas hablan por sí. Tendría valor con una posición teórica que las apoye o sin ella.

#### Desarrollo de la Motivación

Una comprensión de todo el proceso de la motivación se puede identificar fácilmente en cuatro factores o elementos principales de motivación:

1. Una necesidad o impulso
2. Una actividad o acción del individuo
3. Un objetivo o incentivo por cumplir
4. Alguna forma de satisfacción

Si faltara cualquier paso en el proceso, este se interrumpiría. Si un paciente, por ejemplo, llega a su consultorio quejándose de un "dolor de muelas", tienen necesidad de que se le alivie el dolor. Ya ha iniciado el segundo elemento (acción o actividad) al llegar al consultorio en busca de sus servicios. Se ha presentado ante usted con un problema con la esperanza de que usted pueda ayudarlo a lograr su objetivo, el alivio a su dolor. Pero su ciclo motivacional no estará completo en tanto

que no obtenga alguna satisfacción. De tal manera, usted podrá haber hecho cuanto estaba a su alcance por darle esa satisfacción, pero no fué posible aliviarle el dolor y además conservar su concepto de sí mismo salvando el diente al mismo tiempo.

Cada día se presentan problemas así a todos los dentistas. A menos que tengan consciencia del proceso motivacional y además la capacidad para percibir las motivaciones de las demás personas, podrían socavar o amenazar su ejercicio profesional con actos bien intencionados, pero carentes de percepción. Los odontólogos, como otros profesionales, pueden existir sólo cuando son capaces de satisfacer las necesidades. No sólo se debe prestar servicio al público, sino además hacerlo en forma agradable. La investigación motivacional es un método que pueda proporcionar al odontólogo el conocimiento de las necesidades del público. Hay que establecer las necesidades que mueven a las personas y las maneras de introducir necesidades en las personas que no están motivadas.

#### Fuentes de Motivación

Motivos fisiológicos. Los motivos o fuentes de motivación mas imperiosos son los fisiológicos, nacidos en el seno del organismo. Están orientados hacia el mantenimiento de nuestro cuerpo en un nivel óptimo de eficiencia, con todos sus sistemas en correctas condiciones de trabajo. Se ha denominado homeostasis a este proceso de sabiduría corporal que busca el manteni-

miento de su equilibrio. Cuando estamos adoloridos o cuando los tejidos orgánicos han sido dañados, el sistema moviliza sus energías para compensar las agresiones que está experimentando el cuerpo. Cuando el odontólogo trata con un paciente cuyos motivos están actuando en este nivel, cuando el dolor es la fuerza que está detrás de su conducta, hay poca dificultad en satisfacer sus necesidades. Pero si el odontólogo propone objetivos mas abstractos, la dificultad acrece, objetivos como una correcta higiene bucal no ofrecen una recompensa inmediata para el paciente.

#### Motivos Sociales

Muchos de nuestros motivos fisiológicos experimentan una modificación social. Aprendemos distintas maneras de satisfacer las necesidades e impulsos fisiológicos. También desarrollamos una serie de preferencias personales que así mismo son modificaciones de esos motivos. Estos cambios se adquieren a través del aprendizaje. Podemos aprender estas formas socialmente aprobadas de responder por nuestros amigos, parientes y padres o en las escuelas.

El enfoque ideal, claro está, es establecer los hábitos adecuados de salud dental en la niñez. Si entonces quedan bien asentados, casi invariablemente se mantendrán a lo largo de la edad adulta. Se atribuye esto a un proceso denominado autonomía funcional. Esto significa sencillamente que ciertos hábitos bien

aprendidos en un período de la vida se tornan tan automáticos que pueden mantenerse mucho después de desaparecida la razón original para su desarrollo.

Lamentablemente parece que los niños aprenden sus hábitos dentales de observar a los padres y de seguir sus indicaciones. Y la proporción de adultos que siguen esquemas estrictos de cuidados dentales es reducida. Lamentablemente, la mayoría de los miembros de cada generación deberá adquirir hábitos dentales correctos a cierta altura de la vida posterior a la niñez. Esto requiere una forma diferente de motivación y un enfoque encaminado no solo a atraer la atención, sino además a modificar los hábitos indeseables establecidos en la infancia. Es difícil obtener ese cambio y podría requerir un largo y paciente esfuerzo por parte de los odontólogos que esperan educar al público. Deberán aceptar muchos fracasos y tentativas infructuosas antes de que sus esfuerzos tengan éxito. Tal es la suerte de cualquier persona que intente modificar algún aspecto de la conducta humana.

## **6.2 Papel del Odontólogo**

La mayoría de los autores están de acuerdo en que el afecto por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito en el consultorio odontológico y ese amor por las criaturas debe ser evidente en todo momento.

Es muy importante que un odontólogo comprenda la conducta de un niño. Sólo con una comprensión y un conocimiento activo de la conducta infantil podrá comprender su propia conducta y sus propias reacciones ante los problemas del consultorio dental. Al estudiar la conducta del niño captará que el control del pequeño o su orientación durante la situación odontológica se desvía del esquema fijo. Es difícil o hasta imposible, para un odontólogo decirle a otro como debe proceder ante un determinado problema de conducta. Las reacciones de un niño diferirán y por cierto, el enfoque del odontólogo diferirá de vez en cuando. Es importante que éste comprenda que si pierde el control de la situación, no necesariamente ha de ser un reflejo de sí mismo. Puede no haber tenido tiempo suficiente para diagnosticar la etiología de la conducta anormal. El fracaso en una instancia puede no significar más que el odontólogo debe reconsiderar el problema o que debe emplear un enfoque distinto.

Es sumamente importante que el odontólogo aprenda a enmascarar su reacción emocional ante una determinada situación. Hasta el niño más pequeño puede captar rápidamente la indecisión o la angustia. Al aumentar la comprensión del odontólogo, se reflejará en el niño. El odontólogo no debe mostrar jamás ira, cualquiera sea la provocación. De hecho, será útil que puede enmascarar cualquier tipo de involucración emocional y que cree una atmósfera de comprensión, al parecer controlada.

### Motivación del odontólogo

Los niños están en constante cambio, tanto físico como emocional; requieren algo más que los conocimientos comunes, necesitan atención y cuidados, además de un trato especial.

La motivación es un punto clave para el odontólogo en general y especialmente el odontopediatra, ya que es lo que hace a un niño actuar de una manera o de otra.

Un grado bastante fuerte de motivación es necesario para poder llevar al niño a través del tratamiento dental. El deseo del paciente de llevar a cabo el tratamiento deberá de ser suficiente como para que se desarrolle satisfactoriamente y sin problemas, ya que todo el tratamiento dental tiene partes lentas, desagradables, difíciles y angustiosas, pudiendo ser un proceso arduo y de larga duración.

La motivación del niño se puede lograr a través de la personalidad y aspecto del odontólogo, con una conversación amena que no se refiera en lo más mínimo al tratamiento, nunca debe mencionarse la palabra dolor, ya que podrían llegar a sentirlo sólo por lo que la palabra implica y dificultar sin necesidad el desarrollo del tratamiento. Se puede mencionar que habrá ciertas molestias pero que serán soportables.

El personal auxiliar puede también cooperar para la motivación del niño con su comportamiento, pudiendo llegar a ser vital para el éxito del tratamiento. De la misma forma, la motivación se puede lograr con la apariencia que da el consultorio y con las circunstancias que rodean a la consulta.

El instrumental y todo el equipo que se encuentra en la sala de tratamiento, es una fuente importante de motivación, que ayuda a disminuir el miedo y estimula el interés del niño. Se le puede enseñar cada aparato e instrumento, indicándole con paciencia su utilidad para despertar su cooperación y llenarlos de gozo.

Además de lograr la motivación, al explicar al niño como funciona cada pieza, se obtendrá que se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio.

Otro aspecto de motivación, que el odontólogo debe cuidar es la apariencia del consultorio, para infundir confianza y seguridad al niño: con colores pastel, decorarlo con posters infantiles, música suave, revistas infantiles, cuadernos para iluminar, juguetes, un televisor, una pecera, folletos de educación dental, etc.

El odontólogo no debe vestir de blanco puesto que puede asociarlo con hospitales, médicos, jeringas, evitar olor a medicamentos, evitar que vean sangre. Que los niños que se

encuentren en la sala de espera no escuchen llantos o gritos puesto que se puede infundir miedo.

Es bueno premiar a los niños con buenos calificativos en forma verbal, hablar bien de ellos, quizá como en la escuela colocar estrellas en la frente para motivarlos. Pero no es muy recomendable dar premios u obsequios porque se les acostumbraría y habría un intercambio de conducta-premio restringiendo ellos condiciones.

Demasiados odontólogos en el apuro del cotidiano laborar, son impacientes y no desean informar a cada uno de sus pacientes los fundamentos de lo que estan haciendo y por qué lo hacen, la debida educación del paciente comienza con cada detalle y luego es desarrollado para alcanzar las consideraciones mas amplias generales del programa del tratamiento.

Sin duda alguna el paciente informado es mas feliz que el mantenido en la obscuridad, aunque se debe tener en cuenta que dichas explicaciones no sean exhaustivas, por que se les puede fatigar o confundir, con explicaciones adecuadas cultiva su capacidad para que la comunicación sea provechosa.

### **6.3 Factores que Afectan las Actitudes Paternas**

Si queremos tener buenos pacientes infantiles, primero tenemos que educar a los padres. El dentista que no lo haga no

está usando todos los medios disponibles para realizar un tratamiento adecuado en el niño. Es el padre no el niño, quien con frecuencia en realidad se convierte en el principal problema para la conducción exitosa de una práctica con niños. Ejercer odontología para niños sin evaluar al padre, sin la participación del padre y sin su confianza, sólo puede conducir al fracaso.

Cuando el dentista esté en posición de aconsejar a los padres sobre la preparación psicológica adecuada de sus hijos, el mismo tiene que comprender la naturaleza del miedo y estar consciente de como las actitudes de los padres pueden modificar los diferentes tipos de comportamiento del niño. Debe estar enterado de la formación de la personalidad y como se desarrollan ansiedades. Debe tener también diplomacia y tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuada. Si el dentista aconseja clara e inteligentemente, en la mayoría de los casos será aceptado de buena gana y a veces incluso con avidez. Si el dentista va a ser un miembro respetado de la profesión ocupada de la salud, es necesario que sea competente para discutir problemas relacionados con su profesión.

Se observa claramente que los problemas de manejo son mucho mas importantes para el dentista, que puede ver niños bajo tensiones emocionales muy fuertes, sin embargo, los dentistas pocas veces dan consejo a los padres sobre comportamiento

infantil. Ha llegado la hora de que el odontólogo actual tome consciencia de todas sus responsabilidades como profesional.

Los padres a su vez, aplicarán estos conocimientos a sus hijos quienes mirarán al dentista favorablemente en vez de con miedo irracional. Estos conocimientos ayudarán tanto al niño como al dentista.

La información anteriormente descrita se aplica no tan solo a los pacientes infantiles, sino también a los adultos, ya que, si comprendemos los problemas emocionales de los niños comprendemos también los de los adultos. Las ansiedades que experimentamos en la madurez se originaron en la infancia. En los adultos, los miedos y las ansiedades tienen mayor duración y se encuentran generalmente latentes y escondidos. Sin embargo, existen fobias marcadas de los adultos hacia los tratamientos dentales y estas son responsables de que una buena parte de nuestra población evite tratamientos odontológicos.

La ansiedad en los padres tiene distintos orígenes, entre ellos la experiencia odontológica personal previa. Además, su aprensión puede influir sobre la respuesta del niño en el consultorio odontológico. Otras consideraciones son la ansiedad por el bienestar de su hijo, las consideraciones financieras potenciales y los sentimientos de culpa por haber demorado demasiado tiempo el tratamiento. Los padres ansiosos pueden

mostrarse distraídos, sin poder absorber la información que se les presenta. Por lo tanto, podrían no ser receptivas para las recomendaciones formuladas en ese momento.

**Edad.** Las respuestas de los padres pueden verse influidas por su estado de madurez. En los primeros años inquietos las presiones indebidas solo los padres influirán sobre sus respuestas a los cuidados recomendados. Más aún, un padre preocupado puede engendrar un niño inseguro, con lo cual reduce la posibilidad de lograr la atención odontológica. Por el contrario, los padres jóvenes que hayan creado un ambiente estable para su hijo pueden mostrarse muy receptivos al ideal en odontología. Los que tienen hijos en etapas más avanzadas de la vida en general caen dentro de tres categorías: primero, están quienes tienen otros niños, mucha experiencia y gran adaptación. Con frecuencia, tienen buena educación odontológica y están muy interesados en seguir los pasos odontológicos correctos. Después, están los padres que tienen varios hijos y este es el último. Ahora pueden estar en mejor posición para proveer más para el hijo más pequeño que cuanto le era posible antes y están muy dispuestos a aceptar lo mejor. Finalmente están los padres que esperaron mucho para iniciar una familia. Con frecuencia se trata de un hijo único y los padres suelen ser protectores y permisivos. A menudo estos niños tienen dificultades para enfrentar la situación odontológica con independencia.

Salud. Los problemas médicos pueden influir sobre la capacidad de atención de los padres a las necesidades dentales de los hijos. La concentración se convierte en un problema. La hospitalización puede convertirse en un factor que invariablemente altere a toda la familia. Otros miembros de la familia deben sostener toda la vida familiar durante los tiempos difíciles. Arreglar los horarios de sesiones requiere una planificación y con frecuencia deben ser programados según las horas de trabajo del otro padre. Las respuestas de un niño pueden estar alteradas si hay tensión en el hogar. La ausencia temporaria de un progenitor puede engendrar inseguridad, es difícil establecer un buen programa de cuidados bucales en el hogar y las expectativas del odontólogo pueden tener que ser modificadas hasta que se resuelva la crisis.

Estabilidad emocional. La salud mental, igual que la física, debe estar bien si no ha de afectar las actitudes paternas y de los hijos. La inestabilidad suele ser el resultado de una incapacidad para superar las tensiones de la vida normal. Tal padre, enfrentado con un diagnóstico dental que incluya múltiples problemas bucales puede dar respuestas que oscilen del llanto a la hostilidad hacia el personal odontológico y sus recomendaciones. Otros simplemente pueden elegir ignorar los problemas. Una gran parte de la sociedad sufre grados diversos de enfermedad y se requiere su consideración en la mutua relación con los padres.

**Educación.** En general, se supone que cuanto mas educada la persona, mayor consciencia odontológica y mayor exigencia de una salud bucal. En cambio, puede haber un mayor grado de resistencia a las recomendaciones, pues el orgullo personal puede impedir que estas personas admitan su falla de consciencia odontológica. La persona menos educada será mas receptiva al consejo profesional por un respeto básico a la educación. Aunque la mayoría de los padres confían en el profesional, puede darse una desconfianza en quienes no hayan disfrutado los beneficios de una educación superior. En tales casos, es esencial establecer una base para la confianza antes de proseguir con las pautas normales de la atención odontológica.

**Estado civil.** Puede tener efectos de largo alcance. Para los padres solteros la gama de responsabilidades suele ser amplia. Los padres solteros suelen estar empleados con horario completo y están separados de sus hijos durante un periodo significativo del día, lo que crea dificultades de supervisión de la conducta y pautas alimentarias. Como buena parte del tiempo de los padres solteros en el hogar involucra tareas domésticas, hay superposición con el tiempo potencial para las consideraciones de salud dental. Estos padres suelen tener dificultades para programar las sesiones odontológicas y suelen presentarse agotados y distraídos en los periodos de tiempo libre. También las finanzas constituirán una consideración que influirá sobre la respuesta a la tensión odontológica sugerida. Los hijos de tales

padres suelen mostrarse indisciplinados o inseguros. a causa del reducido grado de contacto con los padres.

Factores culturales y étnicos. Probablemente constituyen las consideraciones que mas influyen sobre los padres. El lenguaje puede crear problemas de comunicación que comprometan el tratamiento recomendado. Asimismo, la falta de familiaridad con las normas sociales puede crear alguna dificultad entre el odontólogo y los padres. Ambas partes pueden desconocer lo que se acepta como atención odontológica en el medio cultural del otro. Las pautas dietéticas pueden diferir notablemente entre los diversos grupos étnicos y las recomendaciones de higiene bucal pueden tener que ser adaptadas a las circunstancias individuales. Algunas culturas alientan un grado mayor de participación de los abuelos, quienes por cierto tienen la palabra final en cuestiones de familia. Si los abuelos viven en el mismo hogar, pudiera ser necesario incluirlos en las consultas para asegurarse un enfoque uniforme de los cuidados dentales en el hogar. En algunos grupos étnicos, a los niños se les trata benignamente en los primeros años. A menudo se les concede demasiado en el aspecto dietético. Esto puede dar por resultado mas caries dentarias y puede ser difícil corregir el problema, pues requiere modificar las pautas aceptadas de atención odontológica en ese grupo cultura. El niño que toma la mamadera durante un periodo muy prolongado suele producir caries precoces.

Pero esa pauta social aceptable para esa familia puede ser difícil de modificar.

En resumen, muchos factores pueden crear un clima de desconfianza y a menudo, contradicen las normas sociales aceptadas. Hay grupos culturales que no conceden importancia a la atención dental del niño y que preferirán visitar al odontólogo sólo por emergencias, lo cual torna bastante difícil proveerles atención integral.

**Factores socioeconómicos.** En muchos sentidos, se compara con la situación educacional, con personas de grupos socioeconómicos elevados que buscan atención odontológica de alta calidad. Sin embargo, la experiencia demuestra que personas en posición financiera menos estable con frecuencia sacrificarán otras cosas para proporcionar a sus hijos la mejor atención médica y odontológica. Por lo tanto, los problemas de atención odontológica deben ser adaptados para permitir la participación de todos los interesados en la consecución de la salud dental para sus hijos. Se pondrá cuidado en no perjudicar la capacidad o voluntad de la persona para proseguir con la odontología.

#### En el consultorio dental

El niño nunca va a ver al médico por su propia iniciativa para que examine su persona o sus problemas, siempre hay algo que

lo lleva, generalmente la madre, a veces ambos padres y ocasionalmente otro adulto.

El hecho de tratar con niños implica que deberán ir acompañados de sus padres para que nos faciliten la información requerida para el caso, así como para proporcionar al niño la seguridad que da el estar acompañado aunque sea desde la sala de espera, de alguien que los quiere.

La dificultad es la de un niño expuesto por el informante. No es un simple relato de lo que le molesta al paciente sino que representa el informe y la evaluación del adulto de las cosas del niño que lo preocupan y lo fastidian a él; es decir, es una valoración de los padres de lo que está ocurriendo al niño.

Muchas veces las palabras elegidas para la descripción de la situación por parte de los padres, ofrecen cierta visión del contenido emocional ya sea del niño o de los padres, pudiendo ser palabras cargadas de sentimiento o que pueden dar una impresión demasiado ligera.

También nos podemos encontrar con padres demasiado aprensivos, a los que hay que tratar, tal vez con más cuidado que a los propios niños.

El odontólogo que trata de entender, enfrentar y resolver los problemas de conducta de los niños, se encuentra desde su inicio con que también tiene que resolver problemas de otras gentes, es decir, se enfrenta a un grupo, que está formado por el informante y por el paciente sobre quien se informa.

El odontólogo debe poner todo de su parte para manejar correctamente a ambos y poder llevar a cabo satisfactoriamente para todos el tratamiento dental.

#### Motivación de los padres

Una de las premisas mas importantes que debe tener en mente el odontólogo es que: debe considerar a cada padre independiente del otro. Se hará un gran favor a los padres y a los niños, aconsejarles a los primeros unas reglas que deberán seguir antes de llevar a los niños por primera vez al odontólogo o bien cuando se encuentren dentro del consultorio. Los consejos podrán darse en escala masiva, por diversos medios o individualmente, y éstos son algunos de ellos:

1. Indicarle a los padres que no expresen sus temores personales enfrente de los niños, la causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales ante el odontólogo. Además de no mencionar sus propias experiencias desagradables pueden evitar el miedo explicando de manera agradable y sin darle mucha importancia

que es la odontología y lo amable que va a ser el odontólogo. El temor que ya tiene, apreciará mas la odontología generalmente se encuentra en dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos en el niño. Los padres también deben ocultar sentimientos de ansiedad, especialmente en expresiones faciales cuando llevan a su hijo al odontólogo.

2. Pedir a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al odontólogo, este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a un peligro. Se entiende que la mejor aprobación de sus padres y la muestra a que tiene derecho por haber logrado algo no siempre es fácil o grato.
3. Aconsejar al padre que nunca utilice a la odontología como amenaza de castigo, pues el niño de esta manera adoptará siempre una actitud negativa hacia sus dientes.
4. Debe instruirse a los padres para que nunca traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas o ridiculizando los servicios odontológicos. En el mejor de los casos tan solo crea resentimientos hacia el odontólogo y dificulta sus esfuerzos.
5. Los padres no deben asegurar al niño lo que hará o no hará el odontólogo. El odontólogo no debe ser colocado en una

situación comprometedora donde se limita a lo que pueda hacer para el niño. Tampoco no deberán prometer los padres al niño que el odontólogo no le va a hacer daño. La mentira solo lleva a decepciones y desconfianza. A sus preguntas, que se suceden con frecuencia, deberán contestar preguntándole a su odontólogo.

6. Explique a los padres que si muestran valor en asuntos odontológicos éstos ayudarán a dar valor a sus hijos. Existe una constelación entre los temores de los niños y los de sus padres.
7. Hacerles notar el valor del cuidado dental, no solo desde el punto de vista de la conservación de los dientes, sino por la formación de buenos pacientes. Desde el punto de vista psicológico, el peor momento para traer a un niño al consultorio es cuando sufre un dolor de dientes.
8. Pedir a los padres que se familiarice con sus hijos y con la odontología, llevándolos al odontólogo para que se acostumbre al consultorio y para que empiece a conocerlo, explicarle que el odontólogo, como el médico y el maestro, son personas que se preocupan por la salud física, mental y por su educación y que han estudiado para ello.

9. Varios días antes de la cita, debe instruirse a los padres, que comuniquen al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al odontólogo. Y no deberán reforzar al niño este tema ni mostrar un exceso de simpatía, ni demostrar un temor o recelo en su voz y su conducta. Hágalo tranquilamente, sin darle trascendencia.
  
10. El padre deberá confiar al niño al cuidado del odontólogo, una vez que ha llegado al consultorio, no solo para la resolución o prevención de los problemas dentales de su niño, sino también para el manejo de su conducta durante el tratamiento, el padre no debe entrar a la sala de tratamiento a menos que así lo solicite el odontólogo. Una vez dentro deberá actuar nada mas como simple espectador; favorezcalo con su actitud y confie en el profesional.
  
11. Cuando el padre acompañe a su hijo a la sala de tratamiento, procurar que no intervenga en la conversación del niño con el odontólogo. El niño se confunde cuando hablan varias personas. El padre debe permitir que el niño se desenvuelva solo.
  
12. El padre no debe inquietarse si su hijo llora. El llanto es una forma normal de reaccionar en el niño ante situaciones desconocidas o que teme. No se debe decir que no tiene

porque llorar, el niño es un ser humano que puede estar muy asustado, respetemos su temor, ya trataremos de aliviarlo.

13. En caso de haber utilizado un método brusco para callar al niño (como taponarle la boca) hacerle saber a su padre que hubo necesidad de eso, y decirle enfrente del niño, de otra manera el niño tiende a exagerar.
14. En el consultorio se atiende a los niños en citas convenidas previamente, única forma de realizar un servicio correcto. Le rogamos puntualidad para beneficio de todos, si usted no pudiera concurrir, estimaremos nos lo comuniqué con la adecuada anticipación para poder disponer de ese tiempo.

Después de la plática previa con los padres, preguntaremos a éstos si estuvieron de acuerdo con los consejos y reglas para lograr el éxito de la primera visita generalmente su respuesta es afirmativa aunque en ocasiones hay necesidad de aclarar algunas dudas de éstos.

Cuando tratamos de ayudar a los padres a identificar los problemas dentales presentes y futuros del niño, necesitamos mucha habilidad. La adquisición de la habilidad para ayudar a la gente es un reto. Hay que inculcar a los padres que la mejor manera para conseguir algo del niño es con la verdad, y si nos dirigimos nosotros los odontólogos a las verdaderas necesidades

del niño ayudamos al padre a comprender nuestro interés primordial de su hijo.

Daba el odontólogo adoptar una actitud y una habilidad adecuada para conducir razonablemente al padre, la madre o la persona responsable del niño; a aceptar con paciencia las veces que sea necesaria la presencia del niño en el consultorio ya que el tiempo es un factor importante a que hemos de afrentarnos profesionalmente.

**TEMA VII**  
**PROBLEMAS DENTAL Y PSICOLOGICO DEL NIÑO INCAPACITADO**  
**FISICA O MENTALMENTE**

**7.1 Introducción**

En otros tiempos, los padres de un niño disminuido frecuentemente se veían tan envueltos en los problemas médicos o sociales y familiares de criar al niño que no lograba apreciar la importancia de la atención odontológica. Algunos padres informaron que les fue imposible encontrar un odontólogo dispuesto a tratar a su hijo o que se les dijo que era poco lo que se podía hacer por los dientes del niño. Hoy, la profesión médica y la odontológica cuentan con el aporte sumado de grupos de la comunidad, padres de asociaciones de salud nacionales para la educación médica y la odontológica de la población. Esto es válido en especial para el niño disminuido.

Al considerar las necesidades odontológicas se puede dividir a los niños disminuidos en dos grupos. El primer grupo incluye niños con problemas odontológicos disminuyentes como anomalías congénitas de las estructuras, mal oclusión esquelética del tipo grave, labio y paladar fisurados y los muchos síndromes que incluyen defectos de la cavidad bucal. El tratamiento odontológico de estos niños requiere de un equipo de rehabilitación médico y odontológico organizado y bien adiestrado. El segundo grupo incluye los niños con problemas pediátricos específicos,

pero su disminución médica o física podría complicar el tratamiento odontológico.

El niño disminuido puede inicialmente presentar un problema al odontólogo. Sin embargo, con comprensión, paciencia y un auténtico deseo de ayudarlos, el manejo de estos niños puede llegar a ser una experiencia gratificante. Casi todos estos niños pueden ser tratados en el consultorio privado, aún cuando requieran algunas consideraciones médicas específicas. Algunos objetivos, técnicas y precauciones para el manejo clínico de estos niños han sido organizados para alentar al odontólogo a que proporcione tratamiento en su práctica a los niños disminuidos.

El personal odontológico puede a menudo prever la conducta del niño al observar la relación mutua de padres e hijos en la sala de espera antes del examen. Si el niño tiene que ser trasladado por el padre, si esta en silla de ruedas o presenta una conducta atípica, inicial. Idealmente, los padres deben acompañar al niño al consultorio para que el odontólogo pueda seguir observando la relación mutua.

Aún cuando la mayor parte de los padres sean muy realistas respecto del problema pediátrico de sus hijos, muchos no aceptan la realidad de la situación que aqueja a sus hijos. A veces, los padres mostrarán actitudes de protección exagerada y hostilidad y serán muy exigentes. El odontólogo deberá compartir espiritual-

mente los problemas disminuyentes del niño y el efecto que tengan sobre la familia. Escuchará las frustraciones y ansiedades enunciadas por los padres, aún cuando a menudo no existan unas soluciones satisfactorias.

El odontólogo debe tener una impresión previa de la conducta del niño según la entrevista inicial. Si el niño siguió la sugerencia y se relacionó bien con la nueva experiencia, no hay razones para sospechar que aparecerán problemas durante el examen o el tratamiento. Cuando la conducta del niño sea inmadura, abierta u obviamente retardada, podría ser necesario trasladar o ayudar físicamente al niño a la sala de examen. La conducta inmadura tiene que ser controlada a nivel de entendimiento del niño. Si el niño fuera notoriamente retrasado en su conducta o expansiva, podría ser necesario ejercer cierta firmeza o restringirlo físicamente. El paciente niño pudo tener antes una experiencia desagradable, lo cual precipitará un problema de conducta. Si las técnicas usuales del manejo de conducta resultaran ineficaces y se hiciera necesario recurrir a restricciones, se deberá realizar todos los esfuerzos por llevar a cabo el examen lo más rápido y minuciosamente posible y con la menor incomodidad para el niño. Los niños aceptarán el examen bucal si se les encara con cariño y firmeza. Suele ser solamente el niño retardado o el muy pequeño el que no puede ser controlado con las técnicas de manejo de conductas normales.

## 7.2 Odontología Preventiva para el Niño Discapacitado

El programa preventivo odontológico que se establezca para el niño discapacitado es la consideración más importante en el afianzamiento de una buena salud dental. La responsabilidad del odontólogo consiste en comunicar la importancia de la prevención y bosquejar un programa eficaz para cada niño, individualmente. Los padres deberán ser asesorados cuando el niño tenga entre nueve y doce meses. Hay que explicarles el desarrollo dental y los cuidados preventivos bucales antes de la erupción de los dientes temporales, de modo que los mayores comprendan su papel en el cuidado bucal temprano de los chicos. Hay que poner énfasis en los siguientes cuatro puntos de la prevención:

- 1) Cuidados hogareños. Los padres serán factores motivantes del cuidado hogareño. Se les debe enseñar a cepillarse los dientes a los pequeños hasta que puedan hacer un trabajo eficaz por si mismo. El cepillo eléctrico, los dispositivos de limpieza, los abre bocas y otras ayudas mecánicas deben ser alentadas cuando sean aplicables. Utilizar un dentrífico que contenga fluoruro estañoso. También hay que considerar por su efecto tóxico, los buches o las pastillas de fluor.
- 2) Dieta. La dieta debe ser parte importante del planeamiento preventivo familiar. Muchos niños discapacitados reciben una dieta rica en hidratos de carbono, y algunos están

sujetos a dietas especiales. Se ha de consultar al pediatra o el médico familiar si fuera necesario modificaciones en la dieta.

- 3) El papel del paciente. Una medida eficaz para reducir las placas microbianas en el niño debe ser iniciada en edad temprana.
  
- 4) Supervisión profesional. La coordinación profesional es de suma importancia en un programa odontológico preventivo, consistente de exámenes periódicos, profilaxis y tratamiento preventivo restaurador, realizado regularmente. Los exámenes pueden variar entre dos veces por año a frecuencias de cada dos a tres meses, si no se puede mantener un adecuado programa de salud dental.

### **7.3 Aspecto Odontológico de Niños con Problemas Pediátricos Específicos**

#### **Parálisis cerebral**

La parálisis cerebral abarca una gran cantidad de disfunciones neromusculares, resultantes de una lesión cerebral. Estas lesiones no suelen ser progresivas y pueden provenir de defectos cerebrales congénitos, traumatismos, anoxia o infecciones, o su etiología puede ser desconocida.

La espasticidad (40%) es el resultado de lesiones de la corteza cerebral. Se caracteriza por reflejos hiperactivos, presencia de reflejos por estiramiento y una dureza general en las partes afectadas.

La atetosis (40-45%) es el resultado del ganglio basal. Estos pacientes tienen movimientos involuntarios sin propósito.

La ataxia (10%) es el resultado de lesiones del cerebelo. Las personas aquejadas demuestran un defecto o una falta total en el equilibrio y una marcha inestable.

La rigidez (5%) es el resultado de lesiones del ganglio basal. Las personas afectadas muestran un endurecimiento muscular al intentar movimientos.

El temblor (5%) es el resultado de una lesión también del ganglio basal. Los individuos así afectados pueden mostrar temblores "intencionales o no intencionales" según el grado de involucración.

Los niños que presentan características de mas de un tipo de parálisis cerebral dicese que tienen parálisis cerebral mixta; por ejemplo, un atetoide espástico mixto. Suelen hacerse las siguientes referencias a la zona de involucración de parálisis:

- Monoplejía.** Involucración de un miembro,
- Hemiplejía.** Involucración de la mitad del cuerpo.
- Cuadriplejía.** Involucración de los cuatro miembros.
- Paraplejía.** Involucración de las piernas solas.

A menos que uno haya tenido experiencia con niños con parálisis cerebral, el nivel de inteligencia puede engañar por culpa de problemas de habla, oído, babeo excesivo y posición facial y física. Los problemas dentales específicos se enumeran: maloclusión, briqueo, hipoplasia adamantina, problemas parodontales, caries y respiración bucal.

#### Problemas de Audición y Visión

La atención dental del niño sordo puede ser muy gratificante para el odontólogo si recuerda que ese niño debe aprender a través de los demás sentidos. El preescolar sordo puede ser más difícil de abordar, pues no ha sido adiestrado aún en la comunicación. Sus experiencias pueden ser las relacionadas con el medio familiar. Después que el niño entra en la escuela y aprende a comunicarse con las personas, la odontología puede ser explicada sobre una base de "ver, tocar, gustar".

Muchos niños son capaces de leer los labios y de asociar gestos y expresiones faciales con significados de palabras. Si se les deja tocar y sentir los instrumentos odontológicos, el niño sordo se mostrará más receptivos a los procedimientos

habituales. Si el niño es retardado y requiere un extenso tratamiento odontológico, la conducta podrá ser controlada con premedicación o anestesia general. Después de utilizar estos recursos, se procurará establecer un programa por el cual el tratamiento futuro pueda ser realizado de la manera correcta. No existen problemas dentales específicos en un niño sordo.

En cambio, el niño ciego puede ser mas fácil de abordar por el odontólogo, pues está acostumbrado a la comunicación verbal, a tocar y a gustar. El preescolar ciego o el mayor retrasado no cooperarán y requerirán premedicación. Rara vez estos niños necesitan anestesia general. Como el niño sordo, cada procedimiento debe ser explicado con un lenguaje o descripción que sea adecuado para la edad mental. Después de crear una imagen verbal se procurará que el niño sienta y toque los objetos involucrados. Después se permitirá que el paciente sienta el objeto en la cavidad bucal. Esto puede referirse al gusto o a la vibración. Las primeras pocas sesiones con el niño ciego pueda no parecer que se logre algún avance, si se les mide por la cantidad de tratamiento realizado; sin embargo un toque educativo lento paga sus dividendos. Como el niño asocia su voz y sus maneras con los procedimientos, la confianza en su capacidad no permitirá realizar los trabajos odontológicos usuales en un tiempo normal.

Cualquier niño con un defecto sensorial debe ser tratado

lentamente hasta que pueda percibir el tratamiento y comprender su importancia.

### Cardiopatías

Antes de tomar la responsabilidad del tratamiento odontológico de un niño con cardiopatía, es esencial la historia minuciosa de la afección específica del paciente y una discusión con el pediatra, el médico de la familia o, preferentemente con el cardiólogo.

Las cardiopatías congénitas provienen de una etiología desconocida, y abarcan nueve defectos de todas las malformaciones cardíacas. Por comodidad, clasificó esos defectos en tres grupos, cada uno con tres anomalías.

Cardiopatía acianótica. Los niños con esta afección tienen una desviación izquierda-derecha y no son cianóticos. Su anomalía la corrige habitualmente la cirugía. Los ejemplos de cardiopatías acianóticas incluyen: defectos del tabique ventricular, ductus arteriosus y defecto del tabique arterial.

Cardiopatía cianótica. Los pacientes se presentan cianóticos con el ejercicio y su defecto provoca una desviación derecha-izquierda, se les puede reparar quirúrgicamente. Ejemplos son: Tetralolía de Fallot, trasposición total de las grandes arterias y corazón izquierdo hipoplásico.

Malformación cardiaca obstructiva. Los niños con este problema suelen ser acianóticos y sus malformaciones, en lo que respecta a la cirugía, deben ser diagnosticados. Los ejemplos de malformación cardiaca incluyen: la estenosis de la pulmonar, y estenosis de la aorta.

La preocupación principal del odontólogo al tratar niños con cardiopatías es la prevención de la endocarditis bacteriana, la eliminación de las enfermedades dentales y el mantenimiento de una buena higiene dental. Los pacientes cardiacos suelen tener malos hábitos dietéticos e higiénicos, y no es raro hallar caries avanzadas a temprana edad. La caries dental y la infección deben ser diagnosticadas y tratadas antes de la cirugía cardiaca.

Se han efectuado las siguientes observaciones clínicas:

- 1) Los niños cianóticos son mas bajos y presentan una mayor incidencia de maloclusiones del tipo de insuficiencias del arco en longitud.
- 2) Se ha observado que los niños con la forma clásica de estenosis aórtica supravalvular tienen microdoncia, dientes cónicos y morfología atípica de los molares temporales. También la insuficiencia de longitud de la arcada inferior, con los premolares en versión lingual.

- 3) La mayoría de los niños con cardiopatías rara vez experimentan dificultades súbitas. Pueden ponerse más cianóticos con aumento del pulso por miedo, pero rara vez precipitará esto un trastorno cardíaco respiratorio. No se recomienda en estos pacientes las técnicas de restricción.

El odontólogo no debe rehusarse a tratar al niño con una cardiopatía si no desea cargar con la responsabilidad de su atención, su deber es remitirlo a alguien que pueda darle la atención adecuada.

#### Hemofilia

La hemofilia es una enfermedad sanguínea que se caracteriza por un tiempo de coagulación prolongado y tendencias hemorrágicas. Esta enfermedad es hereditaria; el defecto está en el cromosoma X y es transmitido como rasgo recesivo mendeliano ligado al sexo, la hemofilia se da solo en hombres pero es transmitida por una hija no afectada a un nieto. Los hijos de un hemofílico son normales y no portan el rasgo; las hijas heterocigotas transmiten el efecto a la mitad de hijos y estos a su vez como un rasgo recesivo a la mitad de los suyos. La presencia de hemofilia es teóricamente posible en una mujer homocigota.

Puede producirse sangrado en cualquier lugar pero es más común en músculos, riñones, boca y articulaciones de la rodilla en niños que apenas empiezan a caminar.

**Manifestaciones bucales.** Aunque los niños hemofílicos no sufren enfermedades dentales especiales, cualquier tratamiento dental que se planea realizar en ellos es grave ya que existen enormes riesgos.

Nunca podrá darse demasiado énfasis a los consejos que deben darse para un buen cuidado dental, ya que el tratamiento preventivo en estos niños minimizará el tener que recurrir al tratamiento restaurativo que podrá resultar muy arriesgado.

El odontopediatra deberá tomar precauciones cuando se trate de niños hemofílicos para evitar laceraciones tisulares. Al rebajar y pulir en reducciones de estructura dental subgingival y adaptaciones de bandas matrices deberá ejercerse extremo cuidado para mantener la integridad de los tejidos parodontales. Si se presentaran hemorragias menores, generalmente podrá controlarse con apósitos quirúrgicos junto con agentes hemostáticos.

En estos niños se contraindica el empleo de anestesia local excepto cuando sufren fuertes dolores, en cuyo caso deberá emplearse en cuidado extremo. Debe evitarse el bloqueo mandibular porque esta forma de inyección puede causar hemorragia en los espacios faríngeos laterales, donde es difícil aplicar medidas de control.

Deberán observarse extremas medidas de precaución en todos los pacientes que sufren algún trastorno hemorrágico por ejemplo en los denominados pseudoemofílicos, que pueden ser hombres o mujeres con periodos de sangrado característicamente prolongados por lo que para extracciones o cirugías deberá hospitalizarse previniendo cualquier complicación.

#### Retraso mental

El retraso mental afecta a más niños que cualquier otra enfermedad y es un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio originando un impedimento en la conducta de adaptación. La etiología puede incluir: infección, intoxicación, agentes traumáticos o físicos, trastornos del metabolismo, crecimiento o nutrición, tumores o influencias desconocidas prenatales y postnatales.

El odontólogo debe evaluar la conducta del niño y el grado de retardo para planificar el programa de restauración y prevención odontológica ya que las necesidades odontológicas varían muchísimo en estos niños y deben ser examinadas y planificadas sobre una base individual de la atención preventiva y el manejo del paciente ya que de esto dependerá el éxito en el tratamiento.

El odontólogo con estas familias suele establecer una relación prolongada que a menudo le plantea grandes exigencias.

## Epilepsia

Epilepsia y transtorno convulsivo recidivante pueden utilizarse indistintamente y designan un variable complejo sintomático de inconsciencia o alteraciones de la consciencia con sucesión o no, de espasmos musculares tónicos o clónicos, si la causa de la epilepsia no puede hallarse se le designa ideopática o criptogénica, si es originada por una anomalía cerebral entonces se trata de una epilepsia orgánica o sintomática. El odontopediatra deberá reconocer dos de las manifestaciones epilépticas:

Ataque del pequeño mal que se caracteriza por episodios de pérdida irrepentina del conocimiento, el niño adquiere cara inexpresiva y suspende cualquier tipo de actividad iniciada anteriormente y se puede acompañar de sacudidas rítmicas de cabeza y brazos, los ataques duran 10 segundos, el niño se recupera rápidamente y no presenta gran dificultad.

Ataques del gran mal es mucho mas violento, típicamente los ojos giran en las órbitas, se dilatan las pupilas, la cara enrojece o palidece, hay pérdida del conocimiento, el cuerpo sufre un espasmo tónico, el niño se torna cianótico, a los 10 ó 30 segundos sigue una fase crónica de mayor duración los músculos se contraen violentamente, hay salivación profusa, sudor y evacuaciones.

Las contracciones musculares se vuelven menos violentas y cesan, después del ataque el niño permanece estuproso y caen en un sueño profundo, al despertar pueden presentarse dolores de cabeza y signos de inquietud, durante un ataque de gran mal, el odontopediatra deberá insertar una ayuda bucal de caucho o plástico para evitar que se muerda la lengua y deberá colocar al paciente en una posición en la que no pueda lesionarse.

#### Síndrome de Down

También llamado mongolismo se caracteriza por:

Estatura menor a la promedio de su edad

Regordetes

Andar pesado e inclinado hacia adelante

Dedos cortos

Piel seca y áspera

Cabello fino y delgado

Puente nasal amplio

Orejas dobladas

Lengua geográfica

Maxilar superior pequeño

Estómago prominente

Extremidades cortas

Ojos rasgados

Cara ancha y achatada

Los padecimientos orgánicos más frecuentes de este tipo de personas son:

Alteraciones cardíacas

Trastornos de la tiroides

Propensos a infecciones

Enfermedades respiratorias

Los niños Down se comportan generalmente afectuosos contentos y traviosos. El cariotipo de estos pacientes muestra un cromosoma supernumerario 21 llamado Trisomia 21, la causa parece ser una falta de disyunción semejante a la producida en los cromosomas 21 y 15, en lugar de tener 46 cromosomas presenta un total de 47, la rehabilitación del sujeto será solo parcialmente y nunca total.

Las madres de edad avanzada son mas propensas a tener hijos con síndrome de Down.

**Labio leporino y paladar hendido**

Las fisuras faciales pueden producirse a lo largo de muchos planos de la cara, como resultado de fallas o defectos del desarrollo o la maduración de los procesos embrionarios. El labio leporino inferior es una anomalía que se produce en la línea media del labio inferior y se debe a una falla en la unión y no se da lugar a la formación del arco mandibular, ni la persistencia del surco central de la protuberancia mandibular,

solo afecta el labio pero puede llegar también al maxilar inferior.

En el caso del labio leporino superior se debe a la penetración mesodérmica y a la obliteración de los surcos ectodérmicos que constituyen la protuberancia facial.

El paladar hendido representa la fusión anormal de las protuberancias palatinas, por falta de fuerza, interferencia de la lengua o disparidad de tamaño de las partes afectadas.

La salud dental de niños con paladar fisurado o fisura palatina ha sido muy descuidada y a menudo hay daño irreparable para los dientes, a veces se vacila en realizar siquiera el trabajo usual por temor a interferir en los procedimientos quirúrgicos.

#### SIDA

Sus siglas significan Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Es una enfermedad mortal. En la actualidad no existe ninguna forma de curarla, ni vacuna para prevenirla. Su etiología es un virus llamado VIH, anteriormente conocido como HTLV/III ó LAV, se contagia a través de relaciones sexuales, el virus se encuentra en el semen, líquidos vaginales y en la sangre, por lo que se pueden contagiar a través de alguna herida en la piel, por

usar jeringas anteriormente utilizadas o en transfusiones de sangre.

En lo que se refiere a niños pueden contagiarse si la madre del niño adquiere el virus, se embaraza y contagia a su bebé durante el embarazo o el parto.

Desde el punto de vista odontológico, un niño con SIDA -no es muy común que se presente en el consultorio dental- puede tener el virus en el cuerpo mucho tiempo, incluso algunos años, sin que la enfermedad se manifieste; por lo que los padres nunca deben ocultar lo que padece el niño porque si no se ha manifestado, puede provocarse y el paciente tendrá problemas, ya que si existe una laceración en los tejidos blandos de la cavidad bucal o algún tratamiento quirúrgico que produzca un sangrado durante el acto operatorio disminuirán las defensas del organismo y puede provocar que penetren bacterias al organismo y se lleguen a alojar en el corazón por la circulación u otros órganos delicados del cuerpo.

El odontólogo puede atender al paciente tomando las debidas precauciones, utilización de guantes, campo de trabajo esterilizado, reducir en lo posible la utilización de instrumental cortante, una vez terminado el tratamiento se deberá tener la siguiente precaución: colocar el instrumental en un recipiente con desinfectante, como una disolución 1:10 de una solución al

5.25% de hipoclorito de sodio y agua; posteriormente todo el instrumental se lava y se esteriliza, por ser un trabajo delicado, se debe explicar a los padres la situación y decidir donde se le deba atender si en el consultorio dental o a nivel hospitalario, bajo la supervisión de especialistas.

El pronóstico de vida del paciente con SIDA es desfavorable, por lo que para prevenir problemas a nivel dental futuro, se debe hacer un minucioso aseo bucal después de los alimentos evitando así dientes con caries.

Es responsabilidad de los padres, de los niños con o sin problemas sistémicos o psicomotores, limpiar los dientes con una gasa estéril después de sus alimentos, cuando los niños son muy pequeños, y también en el caso de niños mayores que no sepan cepillarse aún bien.

## BIBLIOGRAFIA

- McDonald Ralph.  
Odontología para el Niño y el Adolescente.  
Editorial Mundi, Segunda Edición y Cuarta Edición.  
1987 de la edición americana "Dentistry for the Children and Adolescent".
- Bengt O Magnusson.  
Odontopediatría Enfoque Sistemático.  
Editorial Salvat, Impreso en España.  
Edición original 1985 de la obra Pedodonties Asystematic Approach.
- William R. Cinotti, Arthur Grieder.  
Psicología Aplicada en Odontología.  
Editorial Mundi.  
Edición Primera, 1970, Impreso en Argentina de la obra original "Applied Psychology Denstistry" 1964.
- Sarramona Jaime.  
Biología, Psicología, Sociología del niño en edad preescolar.  
Editorial CEAC, S.A.  
Edición Tercera, 1980.
- Henry R. Cassirer.  
Televisión y Enseñanza.  
Editorial Solar/Hachette.  
Edición Primera.
- Lous W. Ripa y James T. Barenie.  
Manejo de la Conducta Odontológica del Niño.  
Editorial Mundi  
Edición Primera, 1984, de la obra inglesa original Management of Dental Behavior in Childrens.
- F. Dorsch.  
Diccionario de Psicología.  
Editorial Herder.  
Edición Primera, Barcelona, 1976.
- Sidney B. Finn  
Odontología Pediátrica.  
Editorial Interamericana.  
Edición Cuarta, México 1983.  
De la Edición original en inglés Clinical Pedodontics.

- **Braham Raimond**  
Odontología pediátrica  
Editorial Médica Panamericana.  
Edición Primera, Argentina 1984.  
De la edición original Text Book of Pediatric Dentistry.
- **Sigmund Freud.**  
Obras Completas.  
Editorial Biblioteca Nueva, 1973.  
1856-1939, Madrid España.
- **Dr. Emilio Rosenstein.**  
Diccionario de Especialidades Odontológicas.  
Editorial PLM.  
Edición Segunda.
- **B. Woolman**  
Psicología y Sistemas Afines.
- **C. Gilbert**  
Psicología General.
- **Dr. E. Dabout**  
Diccionario de Medicina.  
Editora Nacional.
- **Durante Avellanal**  
Diccionario Odontológico.
- **Ramón García.**  
Pequeño Larousse.  
Editorial Larousse.