



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PSICOLOGIA EN
ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ALMA LUZ NEGRETE LAMADRID

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

INFLUENCIA PSICOLOGICA DEL MEDIO AMBIENTE

- I.1. Concerto General de Medio Ambiente
- I.2. Medio Ambiente Terapéutico
- I.3. Principales Factores Ambientales
- I.4. Consultorio Dental

CAPITULO II

DINAMICA DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

- II.1. Relación Médico-Paciente
- II.2. Orientación a los Padres
- II.3. Detección de las Necesidades del Paciente

CAPITULO III

PERSONALIDAD

- III.1. Estructura de la Personalidad
 - III.1.1. El Ello
 - III.1.2. El Yo
 - III.1.3. El Superyo
- III.2. Etapas del Desarrollo
 - III.2.1 Infancia
 - a) Período de la lactancia ó etapa simbiótica
 - b) Período ó etapa de la niñez

III.2.2. Adolescencia

III.2.3. Adulta

III.2.4. Senil

CAPITULO IV

ODONTOPEDIATRIA DE LA CONDUCTA

IV.1. Concepto de Conducta

IV.2. "Miedo" Factor Principal

IV.3. Naturaleza del Miedo

IV.4. Miedo y Crecimiento

CAPITULO V

INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

V.1. Protección Excesiva

V.2. Rechazo

V.3. Ansiedad Excesiva

V.4. Dominación

V.5. Identidad

V.6. Hijo Unico ó Adoptado

CAPITULO VI

TERAPEUTICAS EN ODONTOPEDIATRIA

VI.1. Terapéutica Dietética

VI.1.1. Dieta Normal

VI.1.2. Dieta Líquida

VI.1.3. Dieta Blanda

VI.1.4. Dieta Hiperprotéica

VI.2. Terapéutica Médica

VI.2.1. Tratamiento Conservador

- a) Instrucciones sobre la higiene de la cavidad bucal
- b) Visitas periódicas al odontólogo
- c) Aplicación de flúor

VI.2.2. Exámen de la Cavidad Bucal

VI.2.3. Tratamiento Protésico y Ortopedia Maxilar

VI.2.4. Tratamiento Quirúrgico

VI.3. Terapéutica Medicamentosa

VI.3.1. Fármacos Usados en Odontopediatría

- a) Analgésicos narcóticos
- b) Analgésicos no-narcótico
- c) Sedantes
- d) Anestésicos

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

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

La Universidad Autónoma de México, presenta como requisito principal para obtener el título de Cirujano Dentista, la realización de una tesis en la cual estén plasmadas las inquietudes y experiencias recabadas de la práctica clínica en el servicio se-
cial. Considerando lo anterior y al analizar los -
diferentes problemas y opciones de solución a las -
cuales se enfrenta el Odontólogo en el campo profe-
sional, la presente tesis está orientada hacia el -
análisis, dentro del aspecto psicológico, de la pro-
blemática presentada en el tratamiento odontológico
de pacientes pediátricos.

El tratamiento odontológico es uno de los más
comunes, que provee mayor temor e desconfianza en
los pacientes, ya sean niños e adultos, debido a la
falta de conocimiento y orientación de la profesión
de odontología en la sociedad.

Anteriormente, al aspecto psicológico del paciente no era muy tomado en cuenta en la práctica odontológica, pero conforme a avanzado el tiempo y la tecnología, éste aspecto va cobrando mayor importancia, haciéndose indispensable que el odontólogo, cuente con los conocimientos y la práctica necesaria para afrontar éste problema en el ejercicio de su profesión, principalmente en los pacientes pediátricos.

Cada niño debe encontrarse bien orientado para aceptar con menor resistencia el tratamiento necesario.

La preparación psicológica del niño en odontología como para otras experiencias con las cuales se enfrenta en su infancia, hace necesaria una orientación, la cual lograremos con la ayuda de sus padres.

Una de las responsabilidades del odontólogo es orientar adecuadamente a los padres del niño, sobre las actitudes que deben tomar para con éstos; mediante éstas, podemos modificar el comportamiento del niño, y a la vez lograr una mejor aceptación pa

ra con nosotros.

Por lo anteriormente expuesto, creemos que es de suma importancia que de la primera impresión que el niño tenga del odontólogo, dependerá el éxito o el fracaso de la función de éste.

CAPITULO I

INFLUENCIA PSICOLOGICA DEL MEDIO AMBIENTE

I.1.- Concepto General de Medio Ambiente

El medio ambiente es la suma de los elementos físicos, sociales y psicológicos del ambiente, los cuales influyen en las personas y a su vez éste es influido por éstas.

Por consiguiente, el ambiente de un paciente - afecta su manera de verse a sí mismo y de percibir tanto su situación en la vida, como su papel en un momento dado.

I.2.- Medio Ambiente Terapéutico

El medio ambiente terapéutico, es el que ayuda al paciente a mejorar y recuperar la salud; es una

atmósfera en la que el individuo se ve reforzado en la percepción de sí mismo como persona de estima.

El medio ambiente terapéutico adecuado, será proporcionado en base a las necesidades detectadas en el paciente. En semejante medio, los pacientes se ven estimulados a participar activamente en su atención, en la medida en que puedan hacerlo. La independencia psicológica resulta favorecida, con las siguientes medidas:

— Animando al paciente a que participe en su propio plan de atención.

— Ayudándole a desarrollar los tipos de respuesta a los estímulos dolorosos compatibles con la salud física y psicológica.

— Ayudándole a desempeñar los papeles que le están socialmente asignados en el seno de su familia y de la comunidad.

— Ayudándole a percibir las limitaciones dentro de cuyo marco ha de actuar.

— Ayudándole a planear de una manera real el tratamiento a seguir para recuperar su salud.

I.3.- Principales Factores Ambientales

Los factores relacionados con las condiciones atmosféricas, que influyen en la salud son: Temperatura, Humedad, Ventilación e Iluminación.

El método para controlar las condiciones atmosféricas se conoce como "acondicionamiento del aire" en el cual se toman en cuenta la circulación del -- aire, su pureza y la regulación de su temperatura y humedad.

— Temperatura.— Como quiera que los indivi-- duos difieran en su reacción a las condiciones at-- mosféricas, no se ha establecido una temperatura pa-- ra el interior de las habitaciones que pueda consi-- derarse ideal para todas las personas. Para cada - persona la temperatura de la habitación más agrada-- ble, es aquella que es lo bastante templada para e-- vitar la sensación de frío, pero sin ser tan calien-- te que ocasione diaforesis. La temperatura que --- oscila entre 20° a 23° C suele ser la mejor adapta-- da para la mayoría de las personas.

Las temperaturas por encima de 27° C son desa-- gradables, porque el calor excesivo disminuye las - energías naturales de la persona, causa diaforesis

y da lugar a una sensibilidad anormal al frío.

— Humedad.— A medida que la humedad (la can tidad de agua en el aire) está aumentada, la evapo ración de la piel se retarda; por lo tanto, el indi víduo sufre más en las temperaturas extremas.

Cuando una cantidad de aire dada a una tempera tura determinada, contiene todo el vapor de agua -- que puede soportar, se dice que la humedad es de -- 100 %. Una humedad de 40 a 60 %, se considera tole rable por la mayoría de las personas.

En algunos estados patológicos como el asma, - una humedad relativa, bastante baja es de 10 a 20%, es más cómoda para el paciente.

— Ventilación.— Una habitación con ventanas en ambos lados puede ventilarse abriendo una venta na de la parte de arriba y la otra de la parte infe rior. En la habitación que sólo tiene una ventana, puede lograrse la ventilación abriendo la ventana - tanto arriba como abajo de manera que el aire pueda circular libremente; el aire caliente se eleva y sa le por la parte de arriba a medida que el aire frío penetra por abajo.

El aire caliente pesa menos que el aire frío, y por ésta razón, tiende a elevarse. El movimiento del aire por corrientes de variables temperaturas, tiene un efecto tonificante.

El abrir las ventanas y puertas de un cuarto proporciona suficiente movimiento de aire para renovar dentro de la habitación. Si no es posible ventilar una habitación abriendo las ventanas y puertas durante el tiempo frío, se hace por medio de un cuarto adyacente, para así permitir que entre en la habitación donde se requiere la ventilación, sin formar corrientes directas.

En habitaciones muy encerradas que carezcan de ventanas, o también en las localidades con clima cálido, se recomienda el uso de aparatos de aire acondicionado y extractores de aire.

El acondicionamiento de aire, consiste en hacerlo casi igual al aire libre tonificante dentro de el consultorio dental, hogares, etc.

Las impurezas usuales encontradas en el aire -

son gases, partículas de polvo y microorganismos. - Las enfermedades respiratorias son las más frecuentes, por lo que es indispensable proteger al paciente de una contaminación; ésto hace necesario el llevar a cabo ciertas técnicas de asepsia médica, entre las que podemos mencionar: el uso de cubre boca, manejo de material estéril, lavado de manos, y desinfección concurrente del medio ambiente.

— Iluminación.— Durante el día, la luz natural debe ser uniforme para toda la habitación, de manera que proporcione bastante iluminación en los rincones distantes y el fondo general de la habitación.

En el ejercicio de nuestra profesión, es indispensable el uso de la iluminación artificial a través de lámparas volantes de alto voltaje y lámparas de pie, teniéndose en cuenta las precauciones necesarias, como son: que la luz no de directamente a los ojos del paciente, pues ocasionaría molestias y produciría irritabilidad nerviosa.

I.4.- Consultorio Dental

El aspecto de un lugar, generalmente causa una impresión bien determinada, que puede ser agradable o desagradable, intensa y perdurable.

La sala de espera, por ejemplo, debe ser agradable, luminosa y amueblada de manera que resulte atractiva para el niño, puede contener cuadros interesantes, muebles que no difieran mucho de lo normal, mesitas de trabajo con sillas pequeñas pintadas de colores, algunos juguetes para los niños menores, flores, libros y revistas infantiles, incluyendo otro tipo de revistas para las personas adultas.

El tiempo de espera deberá ser lo más breve posible; la sala de espera deberá estar aislada de los ruidos del consultorio.

El aspecto del consultorio no deberá diferenciarse mucho del aspecto de una habitación común, -- por ejemplo; las cortinas y paredes de colores sedantes, debe estar bien iluminado, con algunas plantas etc.; ya que el consultorio de un color generalizado, puede provocar en algunos niños la sensación de encontrarse atrapado y éste ocasionaría un

estado de stress; el cual bloquearía nuestro trabajo.

El sillón dental deberá ser confortable, con muebles y aparatos necesarios para un tratamiento normal, de ser posible, no sobrecargados de instrumentos innecesarios, porque podrían atemorizar al niño.

En los consultorios no se colocarán más de dos unidades dentales; de ser así, deberán estar separadas con subdivisiones, esto nos ayudará a respetar la individualidad del paciente y evitar distracciones; facilitando el trabajo del odontólogo.

CAPITULO II

DINAMICA DE LA RELACION MEDICO PACIENTE

II.1.- Relación Médico-Paciente

La relación entre médico y paciente, es una relación de dos personas, condicionada por la estructura social que los envuelve. Es por lo tanto, importante analizar los valores, creencias, actitudes y comportamiento del paciente y del médico que en ella intervienen.

Detrás del paciente se encuentran representaciones colectivas de la enfermedad (familia, amigos etc.), pero su comportamiento está más ligado a los modelos culturales y valores que proceden directamente de su clase social o comunidad a la que pertenece.

Detrás del médico se encuentra un grupo profesional al que pertenece. El comportamiento del médico está definido por normas bien precisas, que -- proceden de la institución médico-profesional.

Ningún aspecto de la relación médico-paciente tiene mayor importancia que la entrevista clínica. -- Es precisamente por medio de la entrevista que se establece, la calidad de la relación de la cual se obtiene información suficiente para hacer una valoración minuciosa del problema del paciente, y consecuentemente la canalización del mismo. La conducta adecuada para una entrevista y las técnicas necesarias para obtener información válida, no son intrínsecas de nuestra vida social, por lo que hay que aprenderlas. Ninguna habilidad del profesionalista médico necesita atención tan cuidadosa, como la de saber desarrollar una entrevista clínica adecuada; tomando en consideración las siguientes normas:

— La principal responsabilidad del entrevistador en el contacto inicial con el paciente es proporcionarle tranquilidad y bienestar.

— Debe presentarse a sí mismo al paciente, -

definir su participación en el equipo médico, si conviene, y explicar lo que hará y porqué es importante.

— El ambiente de la entrevista debe proporcionar la comunicación abierta sin ansiedad. Por ésta razón debe procurar que la entrevista sea hecha en la forma más privada posible; si hay visitantes o acompañantes se les pedirá que se retiren, -- con firmeza pero con cortesía, pues una persona puede tener dificultades en la comunicación cuando permanezcan visitantes (incluso parientes íntimos).

— La entrevista debe ser hecha con la debida consideración de la comodidad y respeto del paciente.

— Si el paciente tiene dolor o necesita acudir con urgencia al baño, hay que atender sus necesidades antes de seguir con la entrevista, pues ello puede ser molesto para el paciente y el entrevistador. A menudo el paciente tratará de expresar su necesidad con actitudes no verbales que indican claramente la necesidad de ir al baño. Si surge la necesidad, se le brindará la oportunidad de satisfacerla por sí mismo.

— El médico debe permitir al paciente que se

expresé sin trabas, teniendo en cuenta las características culturales del mismo.

— El entrevistador debe conocer sus propios sentimientos y aptitudes.

— El entrevistador debe captar la comunicación no verbal y aprender a reconocer gestos que expresen defensa, hostilidad, confianza, impaciencia, y otras.

— El médico debe aprender a comunicarse en una forma que concuerde con el nivel de comprensión del paciente.

— El médico debe terminar el interrogatorio de manera apropiada, con la convicción de que el paciente ha comprendido casi todos los puntos considerados.

Por lo anteriormente dicho se debe tener en cuenta que al tratar con niños, hay que ser razonables y realistas, no condenar a un niño porque esté asustado, tener simpatía por él, tratando de entender el porqué de su comportamiento. Se deben respetar sus emociones y si no están de acuerdo a lo conveniente, se procurará modificarlo.

El odontólogo nunca debe permitir ceder a la cólera. Al igual que el miedo, la ira es una res-

puesta primitiva e inmadura, es una señal de derrota, aceptando de ésta manera que el niño ha tenido éxito; si el odontólogo pierde su autodomínio, sólo lo logrará asustar al niño y hacer que su adaptación sea cada vez más difícil.

Se debe averiguar cuales son los gustos del niño en particular, y hablar acerca de ellos. Por -- ejemplo; con las niñas podemos hablar de lo bonito de su vestido o sus zapatos, su muñeca preferida, -- etc.. Con los niños, sobre su animal preferido, -- sus juegos, que tan divertidos son éstos, etc.; después de un rato la charla con el niño resultará más natural.

También se le puede dar la oportunidad al niño de que participe en los procedimientos para su tratamiento; si se le pide que sostenga un rollo de algodón o ayudar en otros menesteres pequeños, sentirá que es parte del servicio que se le brinda, se -- interesará y colaborará.

No se debe considerar al niño como un adulto -- en miniatura, ya que su psicología, entendimiento y emociones son distintas.

De todos los problemas asociados con la odontología infantil, el de su manejo es probablemente el más importante, pues de la adecuada relación entre el odontólogo y su paciente, dependerá que las intervenciones dentales o tratamiento en general, sean menos difíciles para ambos.

II.2.- Orientación a los Padres:

La comunicación, es un componente esencial en el trabajo de la mayor parte de las personas y un proceso social básico.

La comunicación, es el proceso por el cual se envía y se recibe un mensaje. Si el mensaje no se recibe, no ha ocurrido comunicación. Son cinco los elementos en el proceso:

1.- Remitente; persona que desea transmitir un mensaje.

2.- Mensaje; pensamiento, sentimiento o idea que el remitente desea comunicar.

3.- Conducto; medio por el cual se transmite el mensaje.

4.- Destinatario; persona que debe de captar el mensaje.

5.- Efecto en el destinatario; conducta del su
jeto que pone de manifiesto que ha recibido el men-
saje.

La comunicación efectiva, es aquella en la que
el mensaje que el remitente quiere transmitir al --
destinatario llega a esta persona, que éste sujeto
lo capta, lo interpreta en forma correcta y es ca--
paz de reaccionar en alguna forma para poner de ma-
nifiesto que lo recibió. El proceso de la comunica-
ción puede entorpecerse en cualquiera de éstas eta-
pas.

Per lo tanto, en la orientación de los padres
y del paciente interviene de hecho un proceso de co
municación, el cual si no es llevado adecuadamente,
puede variar positiva o negativamente el tratamien-
to.

A menudo las reacciones del niño frente al tra
tamiento odontológico, está determinado por diferen-
tes factores entre los que podemos mencionar la ac-
titud de los padres, de la familia y de la comuni--
dad, ya que de hecho en la mayoría de los casos i--

dentificamos que carecen de una orientación adecuada acerca del tratamiento odontológico; por lo tanto, no pueden orientar al niño sobre las dudas que éste pueda y como consecuencia, tendríamos que el niño adquiriera mayores temores o angustias ante una situación desconocida.

Por ejemplo: generalmente los padres exhortan a los niños a cepillarse los dientes diciendo que entonces no habrá necesidad de ver al dentista, el niño entiende la alternativa de "cepillarse los dientes o dentista", pero debe aclararse que son dos componentes inseparables del cuidado dental, o sea higiene de la boca y visita regular al dentista.

Ante todo, debemos concientizar a los padres de que ellos mismos deben deshacerse del miedo al dentista, pensando que si por la conservación de los dientes y al mismo tiempo de la salud, valdría la pena tolerar alguna molestia.

II.3.- Detección de las Necesidades del Paciente

Conocemos como concepto de necesidad la falta o carencia de algo, cuando la necesidad no es satis

fecha, ésta se convierte en un problema el cual como profesionistas integrantes del equipo de salud - tenemos que orientar al paciente en la resolución - de éste.

Encontramos que las necesidades del niño se -- clasifican en: físicas, afectivas y educativas; por lo tanto, para poder proporcionar un cuidado inte-- gral al paciente debemos tomar en cuenta estos tres aspectos.

Entre las necesidades físicas podemos mencio-- mar las siguientes: alimentación, higiene, descanso etc.

Afectivas: seguridad, arraigo, afecto, apoyo, auto- estimación, etc.

Educativas: dado que el niño necesita aprender a vi vir, tiene que ser guiado por sus padres en su a--- prendizaje. Esta necesidad se satisface mediante - el ejercicio de alguna forma de autoridad por parte de ellos.

Es conveniente distinguir, siguiendo a E. From entre dos formas primordiales de autoridad sustan-- cialmente diferentes: La autoridad racional y La -

autoridad irracional.

— La ~~autoridad~~ autoridad racional de los padres se funda en la necesidad que tienen los seres humanos durante su inmadurez, de ser orientados y dirigidos — en su aprendizaje; es válida únicamente en tanto — que el niño necesita de ella, representa una situación provisional que tiende a decrecer conforme el niño adquiere experiencia y capacidades críticas y discriminativas. El propósito de la autoridad racional, es favorecer el despliegue de las potencialidades del niño y fortalecimiento de su voluntad.

— La autoridad irracional, por lo contrario, tiene un carácter de permanencia; su propósito es — mantener al niño supeditado a los intereses de sus padres y para ello es necesario impedir el desarrollo de su voluntad, haciéndole sentir al máximo su debilidad y su impotencia. Se trata de una forma — de autoridad que no sólo no favorece el desarrollo, sino que interfiere con él y lo limita.

La historia clínica es el instrumento mediante el cual el odontólogo puede hacer la identificación de las necesidades del paciente siempre y cuando é

ta reuna los requisitos indispensables para poder -
hacerlo.

Nuestra experiencia nos ha dado a conocer que las historias clínicas en odontología, carecen del aspecto principal que es la contemplación de las necesidades psicológicas del paciente; considerando - por lo tanto, que si se descuida éste aspecto cae--mos en la generalidad de tratar al paciente sólo en el aspecto físico, sin darle mayor importancia al - sentir del paciente con respecto a sus éxitos o fracasos, motivación insentivos etc.; influyendo de namera importante en el tratamiento.

Si nosotros intentamos tomar a nuestro paciente como unidad bio-psico-social el tratamiento tendrá un mayor éxito, ya que de hecho pensamos que si nosotros nos ganamos la confianza del niño, éste facilitará y colaborará mejor en el tratamiento impuesto por nosotros de acuerdo al problema que se presente.

CAPITULO III

PERSONALIDAD

III.1.- Estructura de la Personalidad

La personalidad puede definirse como ese particular conjunto formado por los modelos de conducta y tendencias relativamente permanentes, que son característicos de un individuo.

En general, actualmente se sigue el concepto de estructura de la personalidad propuesto por Freud, quién postuló tres segmentos psíquicos. Aunque éstas divisiones estructurales son hipotéticas, ofrecen una clasificación útil del sistema de impulsos coercitivos. Muchos de los términos que se usan al describir sus interrelaciones dinámicas son puramente simbólicos.

III.1.1.- El Ello (id)

Es un nombre colectivo que se usa para nombrar los impulsos biológicos primitivos; representa la parte innata de la personalidad. Se piensa que los impulsos coercitivos cuyas determinantes fisiológicas son la necesidad de aire, alimento, agua, y otras sustancias nutritivas, la necesidad de mantener la temperatura corporal y la integridad física, son funciones del ello. Se piensa también que los anhelos de dependencia, las tendencias a la agresión y a la huida, la rabia y la sexualidad son impulsos coercitivos y afectos del ello.

III.1.2.- El Yo (ego)

Es la parte del ser que evalúa la realidad, es la parte o función de la personalidad que establece una relación con el mundo en que vivimos.

Es la porción de la personalidad que controla al individuo de manera conciente. Contiene los aspectos de la personalidad que forman evaluaciones, juicios, avenencias, soluciones y defensas.

Podemos ver al "yo" como agencia integradora

y ejecutiva de la personalidad, ya que se encarga - de funciones tan importante como la percepción, la memoria, la evaluación y la comprobación de la realidad, la síntesis de la experiencia, es el interme_{diario} entre el mundo interior y exterior del individuo.

III.1.3.- El Superyo

Es el tercer segmento o sea la parte que se -- conceptualiza como la que observa y evalúa el fun-- cionamiento del yo, comparándolo con un estandar ideal, un ideal que se deriva de las normas de con-- ducta que se perciben durante años en los padres, - los maestros y otros individuos importantes para el niño que crece. El ideal del "yo", o sea la imagen internalizada de lo que uno desea llegar a ser y ha_{cia} la cual convergen los esfuerzos del yo, provee una dirección para las aspiraciones y las exigen-- cias de éxito dentro de cada personalidad.

El superyo actúa como supervisor del yo y de - las tendencias interiores inconcientes; por lo tan- te, es la parte represera de la personalidad.

En la persona bien adaptada, la conducta satig

face en forma simultánea y con éxito las exigencias del ello, del yo, del superyo. Por otra parte, la conducta del neurótico, del psicótico y del individuo con personalidad patológica con desajustes sociales graves y repetidos, puede concebirse como el resultado de un trastorno en los engranajes dinámicos y en los equilibrios del ello, el yo, y el superyo.

III.2.- Etapas del Desarrollo

Desde el momento en que se funden las células germinales masculina y femenina hasta que alcanza la madurez, cada organismo pasa por un proceso de desarrollo, el cual para su estudio se ha dividido en cuatro etapas principales que son: Infancia, Adolescencia, Adulta y Senil.

III.2.1.- Infancia

a) Período de lactancia o etapa simbiótica (desde el nacimiento hasta los 18 meses aproximadamente).

Durante toda ésta etapa, el crecimiento orgá-

nico o físico tiene singular importancia para lograr avances en el plano motriz social, afectivo e intelectual.

La madre dará la confianza básica necesaria para que el lactante pueda separársele mas adelante. Todo el ambiente familiar es importante en el resultado de esa convivencia.

En ésta primera etapa el niño conoce el mundo por medio de sus sentidos y sus movimientos, siendo la boca, la principal zona gratificante.

b) Período ó etapa de la niñez

Consideramos que la niñez comienza con la capacidad de hablar, y poder sostenerse de pie por sí mismo, a veces entre el final del primer año y el segundo hasta los diez a doce años aproximadamente.

Para la mejor comprensión de éste período lo hemos dividido en tres etapas que son:

1.- Etapa de separación-individuación.- Dos acciones que surgen paralelas ini-

cion ésta etapa; Una se refiere a la función de caminar, y cuando el niño ya tiene conciencia de que los objetos en su entorno tienen autonomía y poseen cualidades propias.

La otra función es la simbólica, que consiste en representar algo por medio de un significante diferenciado.

El lenguaje se construye mediante signos que son arbitrarios o convencionales, que el niño recibe por imitación de modelos exteriores y tiene que acomodarlos y aceptarlos para poder socializarse.

En el juego simbólico, el niño no se adapta a lo real, sino que lo transforma; generalmente va acompañado de objetos contruidos y adaptables a los deseos del propio niño.

Durante ésta etapa, el niño se ve obligado a adaptarse continuamente al mundo social adulto; él debe cumplir, por ej.: con los horarios para comer, dormir, jugar, etc.

El control de esfínteres, marca un paso decisivo en el desarrollo del yo. Su entrenamiento produce la sensación de dominio y delimitación de límites

corporales que establece una separación definitiva entre el individuo y el mundo externo.

Esta etapa es de lucha por la autonomía, el niño establece un mejor contacto con la realidad y puede distinguir entre "yo" y "tu", "mío" y "tuyo"

En el primer intento de separación, el infante oscila entre actitudes agresivas y hostiles para poder hacer lo que quiere, y actitudes tiernas y cariñosas para asegurarse del cariño de sus padres.

La etapa de separación-individuación es de radical importancia para estructurar la personalidad ya que en ese primer momento es donde se genera la autonomía en contraposición con la vergüenza y la duda.

2.- Etapa de identificación primera. En ésta etapa el niño está ya capacitado para establecer relaciones con otros niños. Generalmente es el período en que ingresa al jardín de niños, lo que significa un paso importante en la socialización.

A ésta edad el niño es egocéntrico por lo que

interpreta los fenómenos únicamente en términos de los eventos o procesos que haya experimentado (visión mágica).

Al enriquecer su yo, el niño deja de tenerse a sí mismo como el centro de atención y se desplaza su energía a nuevos hechos y actividades.

El interés que tiene el pequeño por explorar y conocer el medio que lo rodea, así como el avance en el desarrollo de su lenguaje, le permiten plantear una serie de inquietudes y curiosidades. Esto explica que algunos autores llaman a ésta etapa "la edad de los ¿por qué?".

En éste período se siguen fortaleciendo los esquemas iniciados en la etapa anterior. El juego simbólico está en su apogeo y manifiesta diversos intereses del niño, tanto a nivel consciente como inconsciente.

El dibujo se convierte en el niño, una forma de expresar la manera como él vé al mundo y aquello que imagina; el lenguaje a la vez sigue evolucionando en relación con el modo de razonamiento.

Toda ésta etapa es de organización y prepara--

ración para la siguiente, en la que el niño entrará a la escuela y utilizará las llamadas operaciones concretas.

3.- Etapa escolar.- Esta etapa se caracteriza por un gran desarrollo del área social e intelectual.

El niño, en el plano cognoscitivo, pasa a las operaciones concretas y es capaz de establecer relaciones y combinaciones al lograr transformar los objetos; además adquiere y consolida, entre otros, la noción de conservación, seriación, clasificación, - cantidad y medida.

Su pensamiento pasa de mágico, a realista y lógico y organiza la realidad con lo que existe y es demostrable.

La escuela constituye una oportunidad de ampliar horizontes y de confrontar normas, valores y conductas familiares, con las de los maestros y compañeros.

Nota: El enfocarnos más específicamente y ampliamente en la niñez es el motivo principal de nuestra tesis.

III.2.2.- Adolescencia

La adolescencia es un período de transición - entre la infancia y la edad adulta; el individuo necesita formar una identidad propia, para ello él requiere separarse emocionalmente de sus padres y poner en tela de juicio lo que antes aceptó sin réplica; normas, valores, creencias y modelos familiares

La adolescencia es un proceso de adaptación -- que reviste formas variadas. Su duración varía en ser según la sociedad y cultura a la que pertenezca incluso se presentan diferencias significativas según los grupos, los sectores y las subculturas de - una nueva sociedad.

Tomando en cuenta los elementos biológicos, -- psicológicos y sociales, puede entonces definirse - la adolescencia como: una etapa de transición de la vida infantil a la vida adulta durante la cual el - joven busca las pautas de conducta que respondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo, y a los requerimientos socio-culturales de ese momento.

Por otra parte, es muy importante distinguir - pubertad de adolescencia.

Con el término pubertad se designa a una serie

de cambios biológicos, tanto en la esfera de crecimiento físico como en el de la maduración sexual; - en ella los órganos sexuales alcanzan su plenitud y aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Se puede afirmar que la pubertad es el componente biológico de la adolescencia y puede terminar antes o después de la misma.

III.2.3.- Adulta

Aunque legalmente se reconozca la edad cronológica como signo de madurez responsable, esto no es garantía del crecimiento emocional del individuo.

El adulto es una persona capaz de asumir responsabilidades personales cuando es necesario y también aceptar las decisiones de otras personas con autoridad competente respecto al bienestar general; persigue en forma independiente sus propios objetivos, reconoce sus limitaciones; es capaz de mantener y disfrutar sus relaciones personales con otros y con una tolerancia comprensiva acepta en cierto grado los déficit de los demás.

El adulto "sano", se encuentra absorto y satisfecho en los éxitos que se relacionan con su fami--

lia, su vocación, sus pasatiempos, y no en actos de autoritarismo personal.

III.2.4.- Senil

Existen criterios más o menos generales para -- considerar a una persona como anciana (o senil), algunos de ellos son la edad, la cual la sitúan entre los 50 y 60 años como inicio de la misma; otros se basan en el rendimiento de algunas habilidades del individuo, ó el funcionamiento de algunos órganos -- del cuerpo, etc.

Se dice que la ancianidad es inexorable, inevitable y universal, sin embargo, pocas veces nos ponemos a reflexionar lo que éstas palabras significan en su interior.

En lo que respecta a los aspectos sociales, en general se desaprovechan los conocimientos y experiencias de los ancianos, pues aunque encontramos -- que muchos grandes hombres como Sócrates, Pitágoras Platón, etc., han realizado algunos de sus mejores logros en una edad bastante avanzada considerada -- como ancianidad, la gran mayoría de la población -- anciana, tiene negadas por el conjunto de los cuerpos sociales, sus posibilidades de realización personal.

CAPITULO IV

ODONTOPEDIATRIA DE LA CONDUCTA

IV.1.- Concepto de Conducta

En el hablar diario, el término es empleado en el mismo sentido que "comportamiento", y se define como toda actividad humana que sea observable por otra persona, o en forma más sencilla, toda actividad motora. Por ejemplo: correr para alcanzar el ómnibus, contestar una pregunta, una palabra susurrada o el acto de levantar las cejas, etc.

IV.2.- "Miedo" Factor Principal

En cualquier situación, el modelo de comportamiento de un niño está regido por su herencia física y mental, y a medida que se desarrolla; por interacción dinámica con el medio ambiente. La herencia no se puede alterar, excepto dentro de límites

muy estrechos; no puede evitarse.

El comportamiento consecuencia del medio sí - puede alterarse; se puede controlar y desarrollar - de manera que el niño crezca y llegue a tener una - personalidad bien encajada, adecuada para la socie- dad en que se desarrolla. Las ansiedades que expe- rimentamos en la madurez se originaron en la infan- cia. 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 den- tales, y éstos son responsables de que un sector de nuestra población evite tratamientos odontológicos.

El miedo representa para el odontólogo el prin- cipal problema de manejo; por ésta razón es imper- tante discutir ésta emoción con los padres del niño así como también valorar las influencias del medio ambiente, con el objeto de lograr una mejor colabo- ración por parte del paciente.

IV.3.- Naturaleza del miedo

El miedo es una de las primeras emociones que se experimentan después del nacimiento, aunque la -

respuesta al sobresalto está presente al nacer.

A medida que el niño crece y aumenta su capacidad mental, toma conciencia de los estímulos que le producen miedo y puede identificarlos individualmente. El niño trata de ajustarse a éstas experiencias aisladas por medio de la huida, si no puede resolver el problema se siente incapaz produciendo -- que el miedo se intensifique.

El miedo y la ira son respuestas primitivas -- que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia.

La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita muy poca integración cortical. -- Este lo ilustran muy bien los movimientos sin inhibiciones de un animal descortizado.

Sin embargo, en el hombre las descargas del hipotálamo pueden ser modificadas por interferencias corticales, de manera que puede hasta cierto grado controlar sus emociones, a través de racionalización y determinación.

Contrariamente a lo que generalmente se cree, --

dirigido y controlado adecuadamente el miedo, puede ser muy valioso.

La naturaleza misma de ésta emoción puede utilizarse para mantener al niño alejado de situaciones peligrosas, ya sea de tipo social o físico. Si el niño no teme castigos o desaprobación de sus padres, su comportamiento puede volverse una amenaza para la sociedad.

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.

Llevar al niño al dentista no deberá nunca implicar castigo, ya que emplearlo así crea 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.

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

Los temores objetivos son producidos por estimulación física directa de los órganos sensoriales

y generalmente no son de origen paterno. Son reacciones a estímulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y son de naturaleza desagradable.

Un niño que anteriormente ha tenido contacto con un dentista y ha sido deficientemente, desarrollará miedo a los tratamientos dentales.

Los miedos objetivos pueden ser de naturaleza asociativa. Por ejemplo: Un diente doloroso puede asociar, dolor con la odontología; también un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital ó el olor característico de ciertos compuestos químicos, asociados anteriormente con situaciones desagradables, puede causar temores aparentemente injustificados.

Los temores subjetivos están basados en sentimientos y actitudes que han sido sugeridas al niño por personas que le rodean, sin que el niño los haya experimentado personalmente.

Los seres humanos en general (niño) tienen un intenso miedo a lo desconocido, hasta que obtienen pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ello.

Una emoción, como por ejemplo: ansiedad, que se observa en el rostro del padre, puede impresionar más que una sugerencia verbal.

Una madre que teme ir al dentista y que siempre va presa de gran tensión emocional, transmite inconscientemente ese miedo a su hijo que observa.

Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar fuertemente la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento, y lo que significa puede ser suficiente para que el niño sospeche y empiece a sentir miedo.

IV.4.- Miedo y Crecimiento

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. Por lo tanto, la edad es un factor determinante e importante de lo que produce o no miedo al niño. El padre y el dentista deben estar conscientes de estas variaciones con la edad, e interpretar todas las reacciones a estímulos con-

siderando la edad emocional y cronológica del niño.

El momento adecuado de llevar al niño ante la presencia del odontólogo es cuando tienen aproximadamente tres años, es importante estudiar los estímulos de origen dental que producen miedo, desde esta edad hasta los 10 ó 12 años aproximadamente. (en odontopediatría).

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido. Por ejemplo: el ruido y vibración de la fresa y la presión que se ejerce al utilizar instrumentos de mano en la preparación de cavidades producen miedo en un niño de corta edad. A menos -- que el dolor sea intenso, teme más al ruido de los procedimientos dentales que al dolor que lo acompaña.

Muy a menudo en la mente del niño se asocia el miedo al dolor con el ser malo, ya que en alguna ocasión, cuando el produjo dolor a un tercero, fue -- perjudicado con algún castigo diciéndole los padres que eso es malo.

Puesto que el dentista puede causarle alguna --

molestia durante el tratamiento, el niño puede interpretar su visita al consultorio como un castigo por haber sido malo.

A ésta edad, (entre 2 y 4 años) el niño está desarrollando miedo a su propia consciencia, que se está formando con la disciplina correctiva de los padres. Los "si" y los "no" se vuelven parte de él y probablemente, si la disciplina ha sido defectuosa puede llevarlo a estados de ansiedad; o puede conducirlo a un buen comportamiento también, si la disciplina a sido moderada y justa.

De los 4 a 6 años el niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. El niño está en inquietud constante entre su yo en evolución y su deseo de hacer lo que se le pide. A medida que su ego se desarrolla, se vuelve suficientemente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables y suprimirlas hasta que pueda lograr satisfacción.

A ésta edad, la válvula de seguridad la fantasía es importante, y el dentista puede usarla como instrumento para manejar a niños de corta edad. In

cluso en estas edades, el niño no está seguro de su capacidad para hacer frente a peligros potenciales y tiende a ser algo tímido, aunque los niños de esta edad obedecen órdenes con mayor prontitud que los que tienen tres años.

A los 7 años el niño ha mejorado su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que permanezca alternadamente cobarde o valiente. Está en la edad de preocupaciones, pero está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores.

El niño de esta edad, puede generalmente resolver sus temores a los procedimientos operatorios dentales, porque el odontólogo puede razonar con él y explicarle lo que está realizando. Si se produce dolor, se le puede instruir para que muestre inconformidad ya sea levantando la mano o con algún otro gesto. A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales.

De 8 a 12 años el niño ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra marcados deseos de ser obediente. Desarrolla considerable control

emocional; sin embargo, presenta objeciones a que la gente tome a la ligera sus sufrimientos. No le gusta que lo fuercen, que se hagan injusticias o que lo mimen, ya sean los amigos o el dentista en el consultorio.

El adolescente, en general empieza a preocuparse por su aspecto. Este interés puede usarlo el odontólogo como motivación para iniciar el tratamiento, pues están dispuestos a cooperar para satisfacer su ego.

Los problemas de manejo ocurren tan sólo en personas que están considerablemente mal adaptadas, (neuróticos, psicóticos etc.).

CAPITULO V

INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

V.1.- Protección Excesiva

Cada niño reacciona al miedo de manera diferente, basándose en las influencias del medio y su herencia, puesto que en la formación de la personalidad básica intervienen éstos factores.

Las relaciones entre padres e hijos son las más íntimas, y por lo tanto, las más potentes para determinar el comportamiento emocional del niño. - Cuando se consideran el número y la variedad de factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como el afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación sumisión, es impresionante la gran variedad de factores que pueden modificar la personalidad individual del niño.

Las actitudes de los padres, por lo tanto, pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde.

Generalmente, el niño excesivamente protegido, no puede utilizar iniciativa propia o tomar decisiones por sí mismo.

Este exceso de protección maternal puede manifestarse por: dominio extremo o indulgencia excesiva.

Los padres dominantes exigen del niño una conducta intachable, una disciplina muy rígida y al menor intento de escape del niño se le ponen castigos lo que puede hacer que el niño reaccione de dos formas; la primera, pueden ser niños tímidos, delicados, sumisos y temerosos. Como puede imaginarse, éstos niños constituyen pacientes ideales, porque son obedientes. Sin embargo a causa de la timidez frecuentemente el odontólogo tiene que romper esa barrera haciendo que el niño confíe en su capacidad para ser paciente.

La segunda forma puede que el niño manifieste un rechazo abierto, agresividad, etc., lo que los

hace para el odontólogo, pacientes difíciles.

Los padres que son demasiado indulgentes ó que dan demasiados lujos, ó niños muy mimados a los cuales no se les niega nada, presentan niños que tienen dificultades para adaptarse al medio social que les rodea.

Estos niños creen que son superiores a los demás, se vuelven desconsiderados, egoístas, caprichosos y tiránicos. Si no se les da lo que piden, se impacientan, tienen ataques de mal genio e incluso tratan de golpear a las personas que no acceden a sus deseos.

Con un odontólogo extraño pueden tratar de usar encanto y persuasión, e incluso forzarle, para evitar el tratamiento y hacer lo que quieren; y si ésto falla, hacen alarde de ira extremada. Son niños muy mimados, y aunque no incorregibles, son muy difíciles de manejar en el consultorio dental.

V.2.- Rechazo

Son variadas las causas por las que los padres rechazan a los hijos, pero las más comunes: falta -

de madurez de los padres, por no haber sido deseado ese hijo ó porque querían que fuera de otro sexo, y pocas veces por falta de responsabilidad.

Estas causas de rechazo pueden manifestarse como: indiferencia y sobrehostilidad.

— Indiferencia.— Los padres que desatienden a sus hijos y no les prestan los cuidados necesarios ya sea por sus ocupaciones, o por desavenencias entre ellos, puede conducir al niño a un sentimiento de inseguridad.

— Sobrehostilidad.— Los niños no deseados no sólo sufren de falta de amor y afecto, sino que pueden ser tratados con desprecio y a veces con brutalidad. También pueden estar tristemente descuidados y severamente castigados.

Puesto que el niño no tiene seguridad en su casa, se vuelve suspicaz, agresivo, desobediente, vengativo, combativo, siendo frecuente en ellos la mentira.

En el consultorio dental, éste niño puede ser difícil de manejar.

Está claro que habrá de tratarse cualquier desobediencia manifiesta por el niño, no con rechazo sino estorzándose por ser amigable y comprenderlo.- En muchos casos, el niño rechazado se porta mal para atraer la atención. Este niño deberá recibir la atención deseada cuando se porte bien, y no cuando se porta mal. Debe enseñársele que cuando se porta bien el tratamiento dental es mucho más agradable.

V.3.- Ansiedad Excesiva

Esta actitud se caracteriza por preocupación excesiva por parte de los padres hacia el niño, como resultado de alguna tragedia familiar anterior, que fue consecuencia de alguna enfermedad o accidente.

Estos niños son generalmente tímidos, huraños y temerosos. Son buenos pacientes si se les instruye para serlo; Sin embargo, es posible que el odontólogo tenga algo de dificultad para vencer sus temores.

V.4.- Dominación

Los padres que son dominantes, exigen de sus -

hijos responsabilidades excesivas que son incompatibles con su edad cronológica. No aceptan al niño como es, sino que lo fuerzan a competir con otros niños mayores o más avanzados. Al entrenarlo, fuerzan al niño, y son por lo general extremadamente -- críticos, estrictos, y a veces incluso lo rechazan. Estas molestias y críticas constantes desarrollan en el niño resentimiento y evasión, sumisión e inquietud, y puede ser común el negativismo.

Puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente, obedecerán las órdenes despacio y con el mayor retraso posible. Si se les trata amable y consideradamente, éstos niños generalmente llegan a -- ser buenos pacientes odontológicos. Su reacción es parecida a la producida por niños con padres exigentes.

V.5.- Identidad

En ciertos casos los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Al hacerlo, quieren dar al niño todas las ventajas que les fueron -- negadas. Si el niño no reacciona favorablemente, -- los padres muestran abiertamente su decepción. El

niño observador siente ésta desaprobación y tiene sentimientos de culpa que se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento.

Llora con facilidad y no tiene confianza en sí mismo, trata de hacer poco por miedo al fracaso.

Estos niños reaccionan en el consultorio dental de la misma manera que los niños con padres dominantes, y deberán ser manejados análogamente.

V.6.- Hijo único o Adoptado

El hijo único o adoptado puede recibir demasiada indulgencia de sus padres, tiende a ser antagonista, desobediente, egoísta y dado a ataques de mal genio. Si las actitudes de los padres hacia él son moderadas, el niño puede estar bien adaptado.

Existen muchos factores, además de las relaciones con los padres y hermanos, que forman la personalidad del niño. Entre las que podemos mencionar: cualidades de personalidad innatas, relación en la familia, juegos, esparcimiento, moralidad, etc.

Todos ellos tienen influencia sobre el modelo final de personalidad; pudiendo constituir la diferencia entre un niño feliz y uno confundido.

CAPITULO VI

TERAPEUTICAS EN ODONTOPEDIATRIA

VI.I.- Terapéutica Dietética.

Uno de los aspectos principales que influyen directamente en el desarrollo bio-psico-social del niño es el tipo de dieta que éste consume

Por lo general una desnutrición provoca en el organismo un desequilibrio, pero este no solo es físico sino que abarca las tres esferas. En nuestra profesión es de suma importancia que el niño se encuentre bien nutrido, ya que de esto dependerá en gran parte el resultado del tratamiento odontológico.

Ejemplo: muchas pruebas de la actividad de caries no merecen confianza cuando un paciente presenta actividad de este tipo superior a la mínima, haciéndose necesario proceder al análisis de la dieta. Este análisis es recomendable en todos los casos

función como son: energía, material estructural, y catalizadores reguladores.

- Dieta.- Se define como alimentos y bebidas consumidas regularmente por un individuo "sano" o enfermo.

- Nutrición.- Se define como la suma de los procesos relacionados con el crecimiento, mantenimiento y reparación del cuerpo humano en total o en alguna de sus partes constituyentes.

Si aceptamos estas definiciones, podemos afirmar que nos preocupamos principalmente de la nutrición y su subsecuente susceptibilidad a la caries dental durante la época de formación de los dientes y también cuando la pieza ha hecho erupción.

Como la formación de la piezas dentarias primarias permanentes empieza en la vida uterina y continúa hasta el doceavo año de vida del niño, a excepción de terceros molares, es responsabilidad del odontólogo dar orientación dietética adecuada principalmente a los padres de los niños.

Es especialmente importante recomendar alimentos ricos en calcio, fósforo y vitaminas A, C, y D.

En circunstancias normales la ingestión de cantidades adecuadas de leche, huevo y frutas cítricas-

porque en muchas ocasiones, incluso cuando la caries es poco activa, el descubrimiento de que el paciente consume gran cantidad de azúcares refinados a intervalos frecuentes, puede ser útil predecir futuros -- ataques de caries. El análisis completo de la dieta sirve como instrumento educativo, pues alerta a los -- padres, sobre la cantidad de azúcares, vitaminas, mine -- rales, proteínas, etc., que el niño deberá consumir, -- evitando así, posibles complicaciones.

La terapéutica dietética es el tratamiento que se -- le proporciona a un individuo a través de una dieta adecuada, basándose en las raciones dietéticas reco -- mendadas, así como en las cantidades de nutrientes -- que mejor se adaptan para cubrir sus necesidades -- tomando en cuenta su fisiopatología y encaminadas -- a recuperar la salud.

Como las palabras "alimento", "nutriente", "dieta" y "nutrición", se emplean a menudo incorrectamente -- incluimos las siguientes definiciones:

- - Alimento.- Es toda sustancia que puede ser utilizada por los organismos vivos como fuente de -- energía o materia.

- Nutriente.- Son los compuestos químicos que proporcionan a la célula los tres tipos de insumo -- que se requieren para proporcionar y realizar su --

Alcanzará este objetivo, especialmente cuando la leche está enriquecida con vitamina D.

En el siguiente cuadro, mostramos el requerimiento nutricional diario de estas substancias para lograr un equilibrio entre el estado nutricional y la formación de los dientes.

Recomendaciones de minerales y vitaminas

Edad	Ca. gr.	P. gr.	Vit.A UI'	Vit.C mg.	Vit.D, UI'
Lactantes	1.0	1.5	2000	30	400-800
1 a 3	1.0	1.5	2500	40	400-800
4 a 6	1.0	1.5	3000	50	400-800
7 a 9	1.0	1.5	3500	60	400-800
10 a 12	1.0+	1.5+	4000	70	400-800

(') Unidades Internacionales.

Dentro de las dietas más comunmente utilizadas encontramos las siguientes:

VI.I.- Dieta Normal.

Es la dieta adecuada que aporta al organismo los nutrientes nesesarios para el crecimiento, la reparación tisular, y el funcionamiento normal del organismo. Debe de proporcionar de 2,000 a 2,200 Cal.

e incluir aproximadamente 75gr. de proteínas, vitaminas y minerales para satisfacer las necesidades normales. No hay restricción para elegir el tipo de alimentos servidos.

Alimentos que deben incluirse diariamente:

Carne, pescado o aves: 120gr.

Huevo: 1 pieza.

Leche entera: 3 tazas.

Cereal y Fécula: 4 raciones incluyendo harina integral.

Verdura: 3 raciones.

Fruta: 2 raciones (una cítrica).

Margarina: 1 cucharada sopera.

Otros alimentos para proporcionar las calorías necesarias.

La indicación de esta dieta es para un individuo "sano" obviamente la cantidad que se considera adecuada variará de un sujeto a otro, según su edad, sexo, estado físico actual, forma de vida, medio ambiente, y muchos otros factores.

VI.1.2.- Dieta Líquida.

Contiene todos los alimentos líquidos a la temperatura ambiente y corporal, la composición media es más o menos de 1,300 a 1,500 Cal., 45 gr. de proteí

nas; 65 gr. de grasas y 150 gr. de carbohidratos.

Por planteamiento cuidadoso pueden aumentarse el valor de proteínas y calorías a mayores cifras - para alcanzar o acercarse incluso a la dieta normal.

Alimentos que deben incluirse diariamente:

Lече y sus derivados.

Sopas: caldo claro, sopa colada.

Cereales: atoles de cereales.

Frutas: zumos y colados.

Verduras: jugo colado y el agua en que se cocinaron.

Bebidas: té, café, bebidas con albúmina, bebidas carbonatadas y ponche de huevo.

Postre: gelatina, budín, flan etc.

Grasa: mantequillas y margarinas.

Esta dieta suele darse a pacientes que necesitan alimentos de fácil digestión y consumo, sin condimentos e irritantes mecánicos. Indicada para pacientes post-operados (extracciones múltiples, cirujías en general).

VI.1.3.- Dieta blanda

Proporciona alimentos que no estimulan el aparato digestivo ni mecánica ni químicamente. Son poco fibrosos, de fácil masticación y digestión. Proporciona no menos de 2,000 cal., 75 grs de proteína minerales y vitaminas necesarias en la alimentación diariamente.

Alimentos que deben incluirse diariamente.

Carne, aves o pescados: 120 gr.

Leche: 3 tazas

Cereal y Fécula: 7 raciones

Verduras: 2 raciones (amarilla y verde)

Fruta: 2 raciones (una cítrica)

Margarina: 2 cucharadas

Alimentos adicionales para llenar las necesidades de calorías.

Esta dieta se utiliza principalmente en pacientes que están en tratamientos como: pulpectomía, -- pulpotomía, etc. evitando así que las curaciones -- provisionales sean desalojadas, contaminando de -- ese modo las piezas en tratamiento.

VI.1.4.- Dieta Hiperprotéica

Esta dieta proporciona al día 50% de las proteínas necesarias, alrededor de 2,500 Cal., así -- como vitaminas y minerales para satisfacer las necesidades nutritivas usuales.

Cuando se prescribe ésta dieta es importante -- ordenar la ingestión de cantidades elevadas de lí--quidos para evitar la ingestión nitrogenada en el -- organismo.

Alimentos que deben incluirse diariamente:

Carne, pescado ó aves: 180 gr.

Hueso: 2 piezas

Leche ó equivalentes: $\frac{3}{4}$ de l

Cereal y Fécula: 6 raciones

Verduras: 3 raciones

Fruta: 2 raciones(una cítrica)

Postre de leche: $\frac{2}{3}$ de taza

Margarina: 1 cucharadita

Aceite vegetal: 1 cucharada.

La indicación de ésta dieta es en pacientes -- con signos y síntomas de desnutrición.

VI.2.- Terapéutica Médica.

VI.2.I.- Tratamiento Conservador.

La Historia Natural de la Enfermedad, es un proceso mediante el cual, la evolución de la misma puede detenerse a través de acciones específicas que realice el Equipo de Salud; específicamente del odontólogo en este caso.

Estas acciones se encuentran contempladas dentro de los Niveles de "Prevención".

La situación actual del País, requiere esencialmente de que estas acciones sean enfocadas en el primer nivel, que es la Promoción de la Salud y la Protección Específica; dentro de este se encuentra ubicado el tratamiento conservador de la cavidad bucal, que es el punto que a continuación analizaremos.

Las acciones generales enfocadas al cuidado de la cavidad bucal contribuyen a preservar la salud integral del individuo; estas acciones encaminadas específicamente a los niños deben tener determinados rasgos comunes, aunque en algunos casos sean necesarias medidas adicionales.

En todas las acciones preventivas deben incluirse los siguientes procedimientos:

a).- Instrucciones sobre la higiene - de la cavidad bucal.

Esto dependerá específicamente de la edad que el niño tenga; si el pequeño se encuentra en la edad preescolar, la orientación estará especialmente dirigida a los padres, ya que en esta etapa de desarrollo, el niño no tiene conciencia de la importancia de este tratamiento (cepillado, uso de antiséptico, etc.).

En el niño de edad escolar el manejo es más fácil, debido a que él ya presenta conciencia sobre la importancia de éste tratamiento; aunque en diversas circunstancias el nivel socio-económico-cultural del paciente, influye para que éste no pueda llevarse a cabo.

Por lo anteriormente expuesto, deducimos que para que el tratamiento sea eficaz debemos de empezar la sensibilización a través de los padres.

b).- Visitas Periódicas al Odontólogo

Es de suma importancia concientizar a los padres de familia del beneficio que trae consigo el -

llevar al niño por lo menos 2 veces al año, a la revisión de la cavidad bucal; mediante este procedimiento se evitarán problemas mayores como son: la presencia de caries en cuellos, procesos infecciosos retención en la erupción de las piezas dentarias, así como también la malposición de las mismas.

Estos problemas aparte de ocasionar complicaciones generales en el organismo, aumentan el costo del tratamiento.

c).- Aplicación de Fluor.

Este es otro de los tratamientos que día con día ha demostrado su eficacia en la conservación de la piezas dentarias; por lo que en la actualidad en las instituciones sanitario-asistenciales, se hace énfasis del uso de éste tratamiento 2 veces al año.

Según investigaciones hechas recientemente, se cree que el fluor tiene la propiedad de proteger el esmalte de los dientes, limitando las caries. La aplicación de éste debe ser dosificado en cantidades mínimas.

A continuación, presentamos un cuadro en el cual se muestra la reducción de caries por la aplicación de Fluor. (cuadro # 2)

Cuadro Nº2 Efecto de Floruro de Sodio Tópico en la Caries Dental de Niños

INVESTIGADOR	EDAD DEL PACIENTE	NUMERO DE PACIENTES	% DE CONCENTRACION DE FLORURO	DURACION DEL ESTUDIO (AÑOS)	Nº DE APLICACIONES POR AÑOS	ESPACIAMIENTO ENTRE LAS APLICACIONES	METODO DE CONTROL	REDUCCION DE CARIES (%)
BIBBY	10 - 13	90	0.1	1	3	4 Meses	Cuadrantes opuestos	46
ARMSTRON Y KNUTSON	7 - 15	289	2	1	7-15	8 Semanas	Cuadrantes opuestos	40
FULTON Y TRACY	4 - 14	69	2	1	2	6 Meses	+ 75 Niños	53
SYRRIST	11 - 12	116	2	2	3	4 Meses	Cuadrantes opuestos	42
DAVIES	9 - 12	146	2	1	4	4 Semanas	+ 91 Niños	58

Bibby y Brudevold: en Shaw (ed.): Floridation as a Public Measure, American Association For The Advancement of Science, 1954

VI.2.2.- Exámen de la Cavidad Bucal

Una de las principales funciones del odontopediatra, es el de preservar la integridad de las piezas dentarias primarias, ya que ésto es un factor psicológico muy importante.

Al inicio de la edad escolar, entre los 6 y 8 años de edad; es cuando adquiere mayor importancia la orientación que se le debe proporcionar al niño con respecto al cambio de su dentadura; pues además que el niño va perdiendo piezas dentarias, va adquiriendo cierta inseguridad y si ésta no es corregida puede crearse un complejo que en ocasiones puede dejar huellas de por vida en el niño.

El exámen de la cavidad bucal tien como objetivo principal, detectar a tiempo cualquier anomalía antes de que se presente la exfoliación natural para que la erupción de los dientes permanentes sea positiva.

Por lo general el exámen debe realizarse de la siguiente manera:

— Debemos recordar que el exámen debe ser lo más breve posible, sin llegar a los extremos para —

que el niño no se sienta incómodo y empiece a protestar; si éste se encontrase muy nervioso es necesario suspender la exploración y tratar de tranquilizar al paciente, mediante una charla que a su vez puede ir acompañada de una demostración de los instrumentos de trabajo; esto tranquilizaría al niño, pues si recordamos, una situación desconocida provoca una reacción de angustia o miedo. Si éste aun así no logra el equilibrio emocional, es mejor suspender el exámen excepto en los casos de emergencia

— El odontólogo deberá evitar cualquier tendencia a enfocar su atención directamente en las piezas dentales, descuidando así otras áreas. Al concentrar sus esfuerzos en el exámen de la cavidad bucal, deberá primero examinar los tejidos blandos de la boca, de la faringe bucal y por último los dientes.

— Debemos de conversar ininterrumpidamente con el niño, pero no se harán preguntas que no pueda contestar con la boca abierta, ni se usarán palabras demasiado difíciles que puedan crear confusión en el niño.

— Durante el exámen bucal, el paciente tiene oportunidad de estudiar de cerca la cara y las ma-

nos del odontólogo, por eso es importante no solamente tener buena presencia sino también dominar -- nuestra mímica, por ejemplo: una expresión demasiado concentrada, como el fruncir la frente u otros cambios de la expresión, pueden intranquilizar al niño.

VI.2.3.- Tratamiento protésico y Ortopedia Máxilar.

La pérdida dental prematura en cualquier niño, independientemente de la causa, dan como resultado pérdida de equilibrio estructural, de eficiencia -- funcional y de armonía estética; lo que hace necesario el uso de aparatos ortopédicos o protésicos, -- los cuales sin embargo, también pueden provocar --- ciertas dificultades psicológicas.

Los traumatismos psicológicos pueden deberse a observaciones no intencionadas, pero desagradables -- de amigos o parientes. En una sociedad en donde -- los niños pasan gran parte del tiempo viendo televi -- sión, no es raro que niños con piezas ausentes com -- paren su aspecto personal, con el de niños de su -- edad que aparecen en la televisión. Esto puede tra -- ducirse en complejo de inferioridad con respecto a su aspecto personal; aunque muchas veces el niño --

afectado o sus amigos, consideran un diente postizo como una curiosidad, con lo cual aumenta todavía su valor en el mundo infantil.

Al crecer el niño empieza comúnmente a callar más esa deficiencia y a disimularla, controlando su mímica o modificándola.

Pero cuando se trata de substituir varios dientes o hasta una prótesis completa, la situación del niño mayor, se torna bastante difícil, el constante control de su expresión facial y su mímica, puede tener una mala influencia sobre su carácter.

Se presentan aquí dos problemas principales: - por un lado la aceptación psicológica de la prótesis, y por el otro las dificultades de adaptación mecánica, no siempre es fácil. Una prótesis deficiente causa al niño molestias muy reales y no se acostumbra a ella.

Según experiencias, los niños pequeños se acostumbran más fácilmente a la prótesis que los adultos.

En casos con aparatos de ortopedia maxilar, es muy importante la preparación psicológica del niño ya que debe estar convencido de la necesidad de

llevar el aparato recomendado por el dentista.

VI.2.4.- Tratamiento Quirúrgico

Los principios generales de la cirugía bucal permanecen constantes, ya sea que se apliquen a niños o adultos. Sin embargo, en los niños estamos tratando con un organismo en desarrollo. Por lo tanto deberán modificarse las técnicas, para adaptarse a las necesidades del paciente en etapa de crecimiento.

De las intervenciones quirúrgicas en odontopediatría la más frecuente es la extracción, siendo una de las que causan mayor temor.

En todas las intervenciones quirúrgicas, debería nombrarse los instrumentos o los distintos pasos de la misma, porque esto ayuda a disminuir la excitación provocada por la intervención.

En las extracciones es importante trabajar rápidamente, su realización en pocos segundos puede ser grata sorpresa para el niño, él cree que se trata sólo de los preparativos y que el verdadero dolor vendrá después.

Generalmente los niños también expresan su sorpresa con palabras, diciendo que en realidad no era como ellos habían pensado.

En las extracciones y otras intervenciones, el efecto tardío del anestésico, es una desventaja; -- después de aplicada la anestesia, no debe dejarse -- al niño esperar sólo, debiéndose entretener de alguna manera para que no le vengan ideas angustiosas -- sobre la inminente intervención.

Inmediatamente después de la extracción se le coloca una gasa estéril sobre la herida y se le deja morder fuertemente, ésto es ventajoso porque el niño no puede salivar y por lo tanto no se ve sangre y la herida deja de sangrar más rápidamente que haciendo buches. Algunos niños que están completamente tranquilos durante la intervención, se asustan cuando ven que sangran de la boca, por eso, la colocación de la gasa es una medida auxiliar, también desde el punto de vista psicoprofiláctico.

Para otras intervenciones quirúrgicas similares a la extracción, rigen los mismos principios -- psicológicos, ya que las intervenciones quirúrgicas más complicadas exigen preparativos que son psicoló

gicamente desfavorables, como por ejemplo: vestimentas especiales (máscaras faciales), una sala esterelizada etc. Antes de tales intervenciones es necesario preparar psicológica y farmacológicamente al niño, aún en casos en que se usa anestésia general; ya que un niño bien premedicado y psicológicamente preparado tolera todos los preparativos y la anestésia tranquilamente, de modo que el peligro de un -- trauma psíquico puede reducirse.

VI.3.- Terapéutica Medicamentosa

Como anteriormente se mencionó en uno de nuestros capítulos, el miedo es uno de los factores que con mayor frecuencia se presenta en los niños; ésto aunado a otra influencia como lo es el dolor, hacen que la actitud del uso de los servicios dentales -- disminuya.

Experiencias con dolores de dientes y miedo a tratamiento no calificado y doloroso sufridos en -- años anteriores, han dejado impresiones vivas en la mente de muchos seres humanos, especialmente en niños.

El miedo al dolor puede ser reducido al escu-- char experiencias indoloras y satisfactorias. Pero

éstos dos factores importantes también pueden ser -
reducidos mediante la utilización de medicamentos -
adecuados, tales como analgésicos, sedantes y anes-
tésicos que son los que con más frecuencia se utili-
zan en odontopediatría.

Hay factores que influyen en la acción de un -
medicamento como son: edad, talla, peso, alergia a
un medicamento etc.

Los niños casi siempre necesitan dosis menores
que los adultos y ésta puede calcularse en base al
peso corporal. La talla y el peso corporal influ-
yen en la acción de los medicamentos, ejemplo: la -
dosis común de meperidina que es un narcótico sinté-
tico, es de 25 mg., (en niños entre 5 y 7 años) lo-
gra los efectos buscados, como lo es el alivio al -
dolor en casi todos; pero en otro niño de mayor pe-
so y talla puede necesitar una dosis mayor.

La alergia a un medicamento aparece después de
administrar una ó varias dosis al individuo. La --
presencia de ésta, es debido a que el fármaco actúa
como un antígeno que desencadena la producción de -
anticuerpos, originando la sensibilidad del pacien-

te a dicho fármaco. Si el niño ingiere de nuevo el fármaco después de haber ocurrido la respuesta antígeno-anticuerpo, aparecerá una reacción alérgica -- que puede presentarse mediante prurito, lagrimeo, rinorrea, congestión de las membranas nasales y estornudos. Las reacciones alérgicas, pueden ser insignificantes o muy graves, manifestándose por diversos signos y síntomas.

La administración de los medicamentos en odontopediatría se hace principalmente por vía bucal, pero también por vía parenteral, lográndose a través de ésta última, un efecto más rápido.

Uno de los aspectos más importantes en la administración de medicamentos, es la evaluación del niño; si se practica en forma exacta ésta fase de la asistencia, puede influir en las decisiones del odontólogo en cuanto a la administración de un producto.

La evaluación es un proceso contínuo y el odontólogo debe aprender por experiencia, el sitio y el momento en que debe revisar con detalle algún problema en particular. Por ejemplo: el niño que se queja de dolor de dientes y miedo, puede tener un -

problema relacionado con fármacos. La obtención de obtención de datos por medio de la evaluación puede precisar la causa del dolor y del miedo.

Una de las tareas más importantes del odontólogo, es la enseñanza y orientación que le brindará a su paciente. Sin embargo, existen hechos generales que siempre son válidos para todos los medicamentos y el odontólogo debe recordar siempre:

— Conocer el fármaco: acción, efectos adversos, color, presentación, etc.

— Conocer los recipientes y almacenamiento de los fármacos: deben estar en su envase original y sin quedar expuesto, algunos necesitan estar en refrigeración, nunca se quitará la etiqueta, etc.

— Conocer la información general sobre los medicamentos; especialmente los que se obtienen por medio de receta, no deben ser aplicados a otros pacientes; cuando se trata de niños, es importante que éste o sus padres señalen el tipo de medicamento que ha tomado.

VI.3.1.- Fármacos Usados en Odontopediatría

a) Analgésicos narcóticos.

Los narcóticos probablemente constituyen el grupo más antiguo de medicamentos, conocidos por el hombre y el registro de su empleo.

El dolor es una sensación como lo son el calor y el frío. El dolor de presentación repentina y -- que dura un lapso breve, es diferente de aquel que persiste por tiempo largo. El tipo de dolor que experimente el niño suele regir el tipo de analgésico que ordena el odontólogo.

Existen dos tipos de éstos fármacos:

- 1.- Los opiáceos; como la morfina y la codeína
- 2.- Los narcóticos sintéticos; como el clorhidrato de meperidina.

El empleo principal de los analgésicos narcóticos es dominar el dolor, pero también tienen otros usos como el de vasodilatadores (papaverina y eméticos (clorhidrato de apomorfina)).

Otros analgésicos sintéticos son el tartrato + de levorfanol, el fentanilo, y el clorhidrato de metadona que es un producto potente que puede combinarse con el droperidol para producir anestesia, recibiendo el nombre de Neuroleptanalgesia.

El analgésico narcótico más usado en odontopediatría es la meperidina, la cual es usada como pre

medicación para odontología operatoria, y en dolores muy intensos.

b) Analgésicos no-narcóticos

La aspirina y la popular combinación de aspirina con fenacetina y cafeína, conocida como A. P. C., son eficaces para analgesia bucal. Otro analgésico eficaz es el propoxifeno, el cual puede utilizarse sólo en dosis de 32 y 35 mg. ó combinado con A. P. C.

c) Sedantes

Un sedante es un producto que tiene efecto calmante y de relajación. Por lo regular se administra durante el día y si bien causa somnolencia, a menudo no ocasiona sueño; tienen diversos usos en la corrección de la angustia y la aprensión. El sedante hipnótico es el producto que induce al sueño, ocasionando inicialmente somnolencia y al final sueño profundo.

Existen dos tipos de sedantes hipnóticos:

- 1.- Barbitúricos
- 2.- No Barbitúricos

Ambos pueden producir depresión del sistema --

nervioso central, que ocasiona sedación y sueño.

Las dosis pequeñas de éstos productos tienen efectos sedantes o ansiolíticos, en tanto que las dosis mayores tienen efectos hipnóticos.

Los sedantes hipnóticos más usados en odontopediatría son: el hidrato de cloral, el fenobarbital, amobarbital, pentobarbital sódico, etc.

Es importante hacer notar que los sedantes hipnóticos no deben administrarse junto con los analgésicos narcóticos, ya que ambos son depresores del sistema nervioso central.

Los barbitúricos y algunos no barbitúricos pueden disminuir el efecto de los anticoagulantes, por lo que se hace necesario observar al paciente en busca de signos de emorragia.

d) Anestésicos

Son fármacos que tienen la propiedad de insensibilizar una región determinada.

Los anestésicos se dividen en generales y locales. Dentro de la odontopediatría los anestésicos

generales no son recomendables, excepto que lo administre una persona especializada (anestesiólogo).

Lo más usual son los anestésicos locales; los productos de ésta categoría bloquean temporalmente las sensaciones dolorosas en zonas específicas, y - lo comúnmente utilizado es la inyección de una solución de anestésico bucal (xilocaína) a lo largo de un tronco nervioso para bloquear la conducción ó periféricamente en la terminación del tronco nervioso por infiltración de tejidos.

Los anestésicos más comúnmente utilizados en - odontopediatría son : xilocaína, primacaína, procaína, citanest, carbocaína, etc.

Consideramos que el hablar de fármacos es un - área muy amplia, lo cual implicaría realizar un estudio más profundo y a la vez, ésto implicaría elaborar una tesis específica sobre farmacología.

CONCLUSIONES

- 1.- Con lo anteriormente expuesto se pone de manifiesto que el medio ambiente es uno de los factores principales predisponentes para que el tratamiento odontológico pueda llevarse a cabo en forma eficaz, principalmente en los niños.
- 2.- Contribuye en el tratamiento odontológico pediátrico, diferentes factores como son: la relación médico-paciente, la orientación a los padres y sobre todo la detección oportuna e inmediata de las necesidades del paciente, además - factores que contribuyen a la salud pública como son: la disposición de alimentos, medicamentos y la falta de conocimiento de las reglas de higiene.
- 3.- Es importante el papel que el odontólogo desempeña en la atención a pacientes pediátricas, - pues de él depende en gran parte el que se establezca una buena relación médico-paciente.
- 4.- Es de vital importancia que el odontólogo adquiera conocimientos sobre el aspecto psicológico

ce del individuo, ya que mediante éste podrá --
comprender mejor a sus pacientes

5.- El contacto del odontólogo con el paciente pediátrico se hará más eficaz si lo toma como una unidad bio-psico-social.

6.- El odontólogo aplica conocimientos, adquiere habilidades y destrezas, unifica criterios y actúa con seguridad cuando sus acciones tienen -- una base científica y éstas a su vez son repatitivas.

SUGERENCIAS

- 1.- La labor del odontólogo en servicio social, --- debe proyectarse a la comunidad por medio de visitas domiciliarias y la convivencia con las --gentes para la identificación de problemas y necesidades, y a la vez orientación para sus posibles soluciones.
- 2.- El medio rural es el más necesitado de los servicios de salud por lo que el odontólogo pasante debe de ir a ellos; ésto lo ayudará a su madurez tanto personal como profesional.
- 3.- Es necesario que se le dé más importancia dentro de nuestra carrera al aspecto psicológico, por medio de un contenido temático más amplio -- en éste; además de aumentar la práctica con pacientes pediátricas.
- 4.- Contemplar la elaboración de un formato de Historia Clínica donde se vea el aspecto bio-psico social del paciente.
- 5.- Se sugiere revisar el plan de estudios de la ca

rrera de Cirujano Dentista, especialmente los objetivos relacionados con el contenido temático, ya que durante nuestra experiencia, nos damos cuenta que nos hacen falta conocimientos sobre algunos temas como son: Psicología Médica, Salud Pública, Farmacología, etc.

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

- BLEGER JOSE
Psicología de la Conducta
4a. Edición
Ed. Paides
Buenos Aires, 1979.

- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION
La Educación de la Sexualidad Humana
Tome # 3; Individuo y Sexualidad
1a. Edición
México, D. F., 1982.

- DR. DE LA FUENTE MUÑIZ RAMON
Psicología Médica
8a. Edición
Ed. Fondo de Cultura Económica
México, 1979.

- FINN SIDNEY B.
Odontología Pediátrica
4a. Edición
1982.

- KOLB LAWRENCE C.
Psiquiatría Clínica Moderna
5a. Edición en español
Ed. La Prensa Médica Mexicana
México, 1981.

- KYES SH. J.; HOPLING K.
Psiquiatría Clínica
4a. Edición
Ed. Interamericana
México, 1983.

- KRAUSE V. MARIE Y HUNSCHER A. MARTHA
Nutrición y Dietética en Clínica
2a. Edición
Ed. Interamericana
1975.

- MUSSEN, CONGER, KAGAN
Desarrolle de la personalidad en el niño
2a. Edición
Ed. Trillas
México, 1982.

- SUDDARTH BRUNNER
Médico Quirúrgica
4a. Edición
Ed. Interamericana
1983.

- SCHERER JEANNE C.
Introducción a la Farmacología Clínica
2a. Edición
Ed. Harla
1983.

- WHITES Y WHITE N. B.
La Psicología y Tú
"Niñez"
1a. Edición
Ed. Harla
1982.