

318322
3
24



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA UNAM

"HABITOS ORALES RELACIONADOS CON
FACTORES PSICOLOGICOS EN INFANTES"

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A N
YOLANDA AGUILAR MACIAS
PAMELA MAYA RICO

ASESOR: C.D. FRANCISCO MAGAÑA MOHENO

MEXICO, D. F.

1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

277679



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Dios

A la Universidad Latinoamericana

Al Honorable Jurado

A mis Padres:

Yolanda Macias de Aguilar

Ing. Francisco Aguilar López de Nava.

Por todo su apoyo, amor y comprensión que me brindaron durante todos éstos años, para ellos mi eterno agradecimiento por el logro de ésta meta.

A mis Hermanos:

Patty

Eli

Javo

Quique

Por todo su cariño, apoyo y ejemplo que me han brindado.

A mi sobrino:

Jorgito

Con mucho cariño

A mis Familiares:

Por todo su cariño.

A mis Maestros:

Por sus sabios consejos, enseñanzas e interés en nuestra formación profesional.

A mis compañeros y Amigos:

Por su amistad con quienes compartí momentos inolvidables durante la carrera.

Al Dr. Francisco Magaña Moheno:

En agradecimiento por su apoyo y dedicación para la realización de la tesis.

Al Dr. José Luis Cortes Basurto:

Por sus enseñanzas, consejos, apoyo y por todo su cariño brindado durante todos éstos años.

A Dios

A mi Universidad

Al Honorable Jurado

A mis padres: Antonio y Silvia

Por el cariño, dedicación y por el inagotable estímulo que me brindaron para la formación de mis estudios. Para ellos mi amor y eterno agradecimiento.

A mis hermanos: Adriana, Gabriela y José Antonio por darme su valioso ejemplo de superación personal.

A la memoria de mi Abuela Sara por su sabiduría y su espíritu de lucha.

A mis maestros por brindarme enseñanza y formación.

Al Dr. Francisco Magaña en agradecimiento por el apoyo que me brindo para la realización de mi tesis.

Al Dr. José Luis Cortes Basurto por sus conocimientos y apoyo.

A mis Amigos con quienes he compartido una amistad noble y leal.

INDICE

INTRODUCCIÓN

I DEFINICIÓN DE HÁBITOS ORALES

II ETIOLOGIA DE LOS HÁBITOS

III SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN

- 3.1 SUCCIÓN
- 3.2 DESARROLLO NORMAL DE LA SUCCIÓN
- 3.3 PROCESO DEL REFLEJO DE SUCCIÓN
- 3.4 DEGLUCIÓN
- 3.5 CICLO DE LA DEGLUCIÓN

IV MASTICACIÓN

- 4.1 MECANISMO DE LA MASTICACIÓN
- 4.2 MUSCULOS DE LA MASTICACIÓN

V CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS

- A- SUCCIÓN DIGITAL
- B- HABITO DE LENGUA
- C- HABITO DE LABIO
- D- RESPIRACIÓN BUCAL
- E- BRUXISMO O BRICOMANIA
- F- ONICOFAGIA
- G- AUTOMUTILACIÓN

VI COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO Y SOCIAL
MANEJO PSICOLÓGICO

VII INTERCEPCION DE HÁBITOS
7.1 MALOCLUSIONES OCASIONADAS POR HÁBITOS
7.2 EJERCICIOS BUCALES
7.3 METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCAL
7.4 USO DE APARATOLOGÍA INTRABUCAL PARA ELIMINAR HABITOS ORALES
INFANTILES

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

A lo largo de esta tesis se hablará de los hábitos orales y su tratamiento mediante: ejercicios bucales, métodos intraorales, extraorales y manejo psicológico.

Es de interés para el odontólogo el reconocer la frecuencia de los hábitos orales que se presentan en los niños. Siendo éstos la práctica o costumbre adquirida por la repetición de actos en la cavidad bucal, capaces de producir alteraciones en el desarrollo del aparato estomatognático, ya que algunas maloclusiones son ocasionadas por dichos hábitos.

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar y éste constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no sólo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de la vida. Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad y sentirse necesitado.

El hábito de succión del pulgar u otros dedos es un motivo de preocupación en los padres, que con frecuencia los induce a consultar al pediatra, el cual en muchos casos no le da la importancia debida al significado de éste acto. Siendo poco usual que oriente a los padres a consultar a un odontólogo que resuelva el problema, ya que se requiere tener conocimientos acerca del significado del hábito en diferentes edades. Por ejemplo, necesita saber que factores conducen al desarrollo de éste hábito, el daño que puede provocar y que medidas tomar para resolver la situación en forma adecuada.

Por este problema también se interesa el psicólogo, el psiquiatra y los especialistas en problemas de lenguaje.

La succión del pulgar y de otros dedos es muy común en los niños y puede considerarse hasta cierto punto un acto normal hasta los dos años y medio. Después de esta edad debe eliminarse por la persuasión y convencimiento racional por parte del niño de los males que le pueden acarrear la persistencia del hábito.

Se pueden recomendar aparatos que le recuerden al niño que no debe chupar el dedo o cualquier otro hábito, y de esta forma evitar que encuentre placer al realizarlo.

Es recomendable investigar las causas de todo hábito, pues, muchas veces, por ejemplo, niños con respiración bucal colocan el dedo entre los dientes para facilitar el paso del aire por la boca manteniendo los maxilares separados y descansando sobre el dedo o los dedos introducidos en la boca. Esto nos haría pensar que se trata de un hábito de succión digital, cuando en realidad no es así y provocando un diagnóstico y tratamiento erróneos.

Otro hábito importante es el de mordedura del labio, que también acompaña muchas veces a los respiradores bucales porque el labio inferior queda situado entre los dientes anteriores de ambas arcadas y el niño adquiere la costumbre de morderlo, aumentando así las anomalías producidas por la respiración bucal.

Otros hábitos menos frecuentes, pero que también son causa de anomalías adquiridas, son, el bruxismo o bricomania, la automutilación y la onicofagia (hábito de morder las uñas), que generalmente desvían uno o más dientes además de producir desgastes dentarios localizados en la zona que sufre la presión.

En la deglución anormal la interposición de la lengua entre los arcos dentarios provoca anomalías que requieren corrección ortodóncica, pero se hace indispensable reeducar primero al niño en la deglución normal para eliminar la fuerte presión de la lengua, que será un factor decisivo en la aparición de recidivas.

En los últimos años se ha prestado mucha atención al problema de la alimentación por medio de biberones como causa de anomalías dentofaciales. La lactancia artificial va íntimamente ligada a la deglución anormal por persistencia de la forma visceral de deglución que debe ser normal en el niño sin dientes, pero que debe cambiar a deglución somática con la aparición de los dientes.

Se deduce que, con el uso de biberones convencionales, el niño no efectúa la succión normal de la lactancia natural y que los músculos orales y periorales no actúan como deben ser.

Estos hábitos orales son considerados nocivos no sólo por las deformaciones anatómicas y estéticas que producen sino por los conflictos emocionales y psicológicos que tendrán una repercusión directa en el desarrollo tanto físico como mental del niño.

Se ha dicho que cada individuo es un "manejo" de hábitos, muchos son deseables y deben conservarse a lo largo de la vida por ahorrarle tiempo y energía; otros son perniciosos y tienden a perturbar la función normal de las estructuras de su cuerpo o la deforman. Si bien algunos hábitos bucales pueden causar maloclusiones, las medidas correctivas aportan grandes beneficios.

Los hábitos perniciosos nos van a producir una alteración ósea, una mal posición dentaria y en general una alteración física o psicológica. Es precisamente en estos puntos donde radica la importancia del tema: ya que el profesional de la salud (Cirujano Dentista, Psicólogo, Médico General, etc.), tiene la obligación y necesidad de evitarla.

DEFINICION

En éste capítulo se hablará del significado de un hábito oral según algunos autores; como son: Finn, thompson, johnson, etc.

Definición de Hábitos: Es una práctica fija producto de la constante repetición de un acto. Entre más constante sea esta repetición. Se va haciendo menos consciente hasta que llega a ser completamente inconsciente.

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja.

Los hábitos se forman gracias al entrenamiento, es decir, a una repetición organizada, de una manera determinada, y con un fin concreto. El hecho de que aparezca un hábito no siempre indica que esté sea malo, puesto que es en la infancia también donde deben fomentarse los buenos hábitos con el fin de modelar y acrecentar siempre una mejor salud. Pero nuestra atención se dirigirá a la presencia de los hábitos que en cierto momento pudieran ser perjudiciales.

El crecimiento de los hábitos en los distintos períodos de la infancia, es diferente: refiriéndonos con ello, tanto a su cantidad como a su calidad.

Es muy importante recalcar que muchos hábitos pueden considerarse como normales, ya que sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares; por ejemplo la acción normal de los labios y masticación correcta.

Los hábitos que deben preocuparnos son aquellos considerados como perniciosos ya que tienden a perturbar una función normal, ya sea una alteración ósea o una mal posición dentaria y en general una alteración física o psicológica.

Se divide en:

- a) Causa.- La cual estudian psiquiatras y pediatras
- b) Efecto.- Que es la que estudian tanto odontopediatras como médicos pediatras.

Hay 3 corrientes que estudian y explican la causa, las cuales son:

1. - Psicoanalista
2. - La que se fundamenta en dosis
3. - Cuantitativas

En la psicoanalista es aquella en la que todo individuo atraviesa por una etapa oral y una anal, y cuando hay una ansiedad, se vuelve una etapa oral o anal siendo regresiva.

Fundamentada en dosis se refiere a que todo mamífero tiene necesidades tanto afectivas como físicas. Cualquier deficiencia en dosis tanto físicas como afectivas puede originar un hábito pernicioso.

La cuantitativa o conductista se fundamenta en un instinto de toque y busque. Va a descubrir por casualidad un objeto por instinto.

Los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados, que son una parte de la función orofaríngea normal y juegan así un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal.

Thompson en 1927, define al hábito como: "La práctica fija producida por la constante repetición de un acto".

Según Johnson en 1938, define a los hábitos: " Aunque los hábitos perniciosos causan maloclusiones los hábitos correctivos pueden ser grandes aliados".

Algunos autores creen que algunos de los hábitos son, en cierta medida, la presión de situaciones de inseguridad y desajuste resultante de problemas emocionales generalizados profundamente en el individuo.

Los intentos de este tipo pueden contribuir, a centrar la atención del niño sobre su hábito ó, en caso contrario, a transferir la energía emocional que los origina hacia otros hábitos ó síntomas, con frecuencia más indeseables que los iniciales.

Según Finn (1976), considera que los hábitos orales pueden ser únicamente síntoma de problemas de conducta.

Finn clasifica a los hábitos en dos tipos:

1) Hábitos compulsivos: son aquellos adquiridos por el niño con una fijación tal que se vale de la práctica de este hábito cuando siente que su seguridad está amenazada, o sea, expresa una necesidad emocional profundamente arraigada, funcionando como una válvula de seguridad.

2) Hábitos bucales no compulsivos: son los que adquieren o abandonan fácilmente los niños, conforme a su patrón de conducta.

Finn, menciona que si el niño abandona el hábito antes de la dentición mixta, no existen grandes posibilidades de lesión grave y muchas veces, son hasta autocorregibles.

En 1984, M.C. Sánchez y Anthi Tsamtsouris, nos refieren los hábitos asociados a una falta de afecto o atención.

ETIOLOGIA

Dentro de éste capítulo se hablará de las causas por las que se produce un hábito oral, ya que así podremos eliminar y controlar el hábito.

Dentro de cualquier tratamiento no sólo nos enfocamos a los efectos de un proceso patológico sino también a su causa, para poder eliminarla y controlarla.

Durante muchos años, los odontólogos han atendido los hábitos bucales de los niños. Los dentistas consideran estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si continúan estos hábitos largos tiempos.

Por éste problema también se interesan el pediatra, el psiquiatra, el psicólogo, el patólogo especialista en problemas de lenguaje y los padres del niño, en general, puede decirse que el odontólogo y el patólogo se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de hábitos prolongados. El pediatra, el psiquiatra y el psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser solo un síntoma. Los padres parecen preocuparse más por el aspecto socialmente inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal.

El odontólogo rara vez examina a los niños hasta después del firme establecimiento de los hábitos bucales. En ciertos casos, solo examina al niño para actuar como arbitro en discusiones familiares, donde se debate si un hábito determinado será o no dañino para el niño. A causa de esto, es importante revisar la manera en que el niño se relaciona con el medio externo a través de sus actividades bucales.

Freud y su escuela destacaron ésto, delineando ciertas fases de lactancia como períodos bucales y anales. Otros han hablado de la "bucalidad esencial del niño".

Los hábitos pueden no ser una causa primaria sino una intermedia o secundaria. Si no llegamos a la causa básica del hábito nocivo, nuestro pronóstico de éxito en su tratamiento deberá ser reservado. Hay factores etiológicos subyacentes a los hábitos perjudiciales que ocasionan la maloclusión.

Estos pueden ser:

- a) Mecánicos
- b) Patológicos
- c) Emocionales
- d) Por imitación
- e) Conducta al azar

a) Mecánicas: Las causas mecánicas de los hábitos se ven en un niño que tenía patrones de respiración y deglución normales hasta, por ejemplo, que los incisivos permanentes erupcionaron ectópicamente en una posición protruida y provocaron una interferencia mecánica. Como resultado el labio inferior pudo haber quedado atrapado por los incisivos ectópicos. Siendo preciso que el niño empujara su lengua para lograr el vacío necesario para la deglución.

En esta situación, los patrones de deglución atípicos son bastante recientes y en respuesta a una interferencia mecánica causada por la erupción ectópica de los dientes. Por supuesto, el hábito agravará con mucha constancia este tipo de erupción.

b) Patológicas: Una inflamación de las amígdalas y las adenoides puede acarrear la respiración bucal; muchas veces las adenoides pueden quedar agrandadas aún después de que la infección ha remitido y persistir dicha respiración.

En este caso la extirpación de las amígdalas y las adenoides puede ayudar en el tratamiento del hábito y restaurar los patrones de respiración adecuados.

Los labios agrietados también pueden originar un hábito, a menudo no relacionado con otros factores. El hábito de morderse el labio como respuesta a las grietas de aquellos, puede eliminarse sólo si se las corrige y controla.

c) Emocionales: Los niños que están aburridos o preocupados pueden tener una regresión infantil y asumir posturas que incluirían determinados hábitos. Esta tendencia puede describirse también desde el punto de vista de la conducta, como retorno a conductas previamente gratificantes o reconfortantes.

Estos hábitos por lo general desaparecen cuando el niño madura y/o pasa el problema emocional y, con él, la necesidad de recompensas o reaseguramientos positivos.

El daño inflingido por tales conductas dependen de:

- Intensidad
- Duración
- Frecuencia

Un hábito de corta data y de ligera intensidad puede no provocar daño en absoluto. Lo que el niño puede requerir aquí es amor y comprensión y no un tratamiento miofuncional.

d) Por imitación: Los niños pequeños aprenden por imitación a hablar, sentarse, ponerse de pie, etc. Como resultado de ésto, con frecuencia desarrollan los problemas de fonación de sus padres.

Los niños también imitarán sus posiciones de la lengua y mandíbula. Puede ser que este problema se presenté en varias generaciones y no necesariamente sea un factor genético ya que, en realidad, pudo haber sido una conducta imitativa pasada de una generación a la siguiente. Aunque esto no pretende negar la importancia de las determinantes genéticas en el desarrollo de las maloclusiones.

e) Conducta al azar: Existen casos en los que el comportamiento parece carecer de objetivo.

Algunos comportamientos al azar tienen, no obstante, orígenes que pueden ser tan remotos clínicamente que no sea factible ser identificados. Por ejemplo, un niño sufrió molestias provocadas por la dentición cuando erupcionaron sus incisivos superiores. Para aliviar el dolor él frotaba sus encías con el pulgar y, al descubrir que esta anestesia por presión era reconfortante, mantenía su dedo contra la encía. Con rapidez comenzó a chuparlo en forma regular ante el placer que le causaba.

Algunos pueden descubrir el placer de chuparse el dedo cuando se lo colocan en la boca después de lastimarse por un corte o por una quemadura. Esta conducta al azar pudo iniciar un hábito.

El objetivo aquí es indicar que no todos los hábitos tienen causas físicas o emocionales imitativas profundamente enraizadas.

Las conductas que originalmente se adoptaron al azar por lo común responden con mayor prontitud al tratamiento.

De acuerdo al criterio de otros autores, consideran que la etiología puede ser debida a 2 causas:

a) De origen psicológico.- cuyo principio puede ser un conflicto emocional.

b) De origen fisiológico.- teniendo como punto de partida una falta de estimulación de alguna función.

Todos los hábitos tienen un fondo psicogénico que sirve como desahogo de tensiones emocionales.

Para poder resolver favorablemente cualquier tipo de hábito, lo primero que hay que hacer es llevarlo del subconsciente al consciente; ya que sería un error tratar de eliminarlo sin que el niño haya tomado conciencia de él.

A continuación citaremos las causas que en términos generales, nos pudieron llevar al desarrollo de un hábito pernicioso:

1. - Patrones iniciales de la alimentación del niño demasiado rápidos.
2. - Que el niño reciba poca alimentación en cada toma.
3. - Que se produzca demasiada tensión en el momento de la alimentación.
4. - En ocasiones el sistema de alimentación por medio de biberón.
5. - Falta de amor y ternura maternal, que comúnmente ocasiona inseguridad en el niño.
6. - Celos producidos por alguna diferencia de trato en el hogar.
7. - Dificultades y conflictos familiares.
8. - Presiones escolares (por parte de los padres o de los maestros).
9. - Molestias provocadas por erupción de los dientes.
10. - Programas de televisión impropios, de violencia o de terror, que no son aptos para menores, porque no controlan sus emociones y las descargan con un hábito.
11. - Ciertos temores (a la obscuridad, separación de los padres, a ciertos animales, etc.).
12. - Aceptación o rechazo del niño, lo cual le ocasiona cierto tipo de ansiedad.

Al ir tratando cada uno de los hábitos nos enfocaremos a las posibles causas que estén contribuyendo en el desarrollo del mismo.

Etiología de la succión digital: Por muchos años se ha mencionado en la literatura los factores etiológicos de los diversos hábitos orofaciales. Muchos autores han mencionado que el origen principal del hábito de succión digital es psicológico.

La supervivencia del recién nacido depende de la succión oral instintiva, que le permitirá su satisfacción nutricional, se reconoce además que los labios, la lengua y la mucosa oral experimentan una satisfacción de placer que nutre y construye sus primeras estructuras y funciones psicológicas e interpersonales (binomio-madre-hijo), lo que permite iniciarse en la exploración de su socioambiente, siendo estos dos aspectos parte del desarrollo normal en la infancia.

Algunos niños usan la succión digital para liberar la tensión emocional que no pueden superar y encuentran un satisfactor al regresar a un patrón de conducta infantil. Por lo tanto las causas del hábito pueden estar relacionadas con el hambre, la satisfacción del instinto de succión, inseguridad, o hasta de un deseo de llamar la atención.

Además, se encontró que la mayoría de los niños no succionadores del pulgar tomaban un tiempo más prolongado para alimentarse.

Recientemente se ha sugerido que la succión del pulgar es uno de los ejemplos más tempranos de aprendizaje neuromuscular en el infante, que sigue todas las leyes generales del proceso de aprendizaje.

Según Massler y Wood, la succión del pulgar u otros dedos es parte de un patrón de la conducta normal de un niño pequeño, que hasta el segundo año estimula las estructuras bucales y no se considera como hábito lesivo. Ellos sostienen que es una manifestación de aburrimiento, de desdicha o de fatiga y que entre la edad de 2 a 5 años señala una tendencia a la regresión, excepto si lo practica durante períodos cortos para aliviar la tensión.

Yarrow y Graber sostienen que los niños que se alimentaron con biberón tienen tendencia a adquirir el hábito de dedo y los que mamaron prácticamente no adquirirían el hábito.

Larsson reportó que en los últimos años ha decrecido el número de niños que se succionan los dedos a medida que se ha incrementado el uso del chupón.

La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad emocional en el niño.

Reflejo de succión: Engel afirma que la observación directa de los niños a su primer año de vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto. Al nacer ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y aferrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión presentes al nacimiento. Evidentemente, el patrón de succión del niño responde una necesidad de aferrarse que no resulta tan obvia. Sin embargo aunque estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje y contribuyen a su desarrollo psíquico. El calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio de hambre que sigue a la succión hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo. Si la sensación producida es desagradable lo escupe, y muestra su desagrado contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto. En este comportamiento pueden observar la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal. Estas "pruebas" bucales evidentemente no solo sirven para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño, sino también son un medio de probar, con los sentidos disponibles, lo que es bueno o malo. Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da a sí mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar. Al introducirse su dedo o pulgar a la boca. El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre. Ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo, de independencia o separación de la madre.

En este capítulo hablaremos acerca de la succión y deglución, dos mecanismos que se realizan en forma coordinada, que son básicos para poder comprender mejor cada uno de los hábitos orales.

Comenzando por su importancia, el desarrollo y proceso de la succión así como el ciclo de la deglución, esto con el fin de distinguir algo que es normal de algo que no lo es y de esta forma poder darle tratamiento a dichos hábitos.

3.1 SUCCION

El recién nacido tiene un mecanismo de succión relativamente bien desarrollado que constituye su forma de contacto más importante con el mundo exterior. Por tanto la succión del pulgar durante el primer año de vida puede considerarse normal.

Con el término de succión del pulgar se describe la colocación del pulgar o de cualquier otro dedo o dedos en el interior de la boca repetidamente, tanto durante el día como por la noche.

La mayoría de los niños abandonan espontáneamente sus hábitos de succión, y por tanto no es necesario emplear ninguna medida terapéutica general para combatirlo durante los primeros cuatro años.

En aquellos casos en que los hábitos de succión han producido alteraciones en la posición de los dientes el problema se corrige normalmente por sí mismo si el hábito se abandona antes de la erupción completa de los dientes permanentes anteriores.

La importancia de la succión es un medio de regular ó de adaptación así mismo y es observado en un neonato cuando empieza a estructurar el cambio del estado de quietud al del llanto. Su ensayo para llevar acabo el contacto de encuentro con su boca a través de su mano y finalmente de introducir el dedo dentro de ella, succionarlo y tranquilizarse parece gratificante. El juicio de satisfacción y gratificación al haber conseguido su autorregulación tan impresionantemente, nos permite comprobar que consiguió su propósito su cara nos ofrece diferentes expresiones en torno al comienzo de su concentración, del esfuerzo y tropiezo experimentado. Esta es la evidencia más obvia que el recién nacido tuvo su comportamiento bien orientado y logrado por sí mismo.

3.2 DESARROLLO NORMAL DE LA SUCCION

Humphrey menciona en sus trabajos de fetos vivos, que el reflejo de succión esta perfectamente bien constituido a las 16 semanas y que aun a las 27, el feto puede succionar el pulgar in útero.

Durante la etapa prenatal el feto se encuentra en un estado de dependencia metabólico total respecto a su madre, es ella quien le provee de los nutrientes necesarios para su adecuado crecimiento y desarrollo.

En el caso del recién nacido a término sano y vigoroso, este enfoque no plantea problemas puesto que debe succionar y deglutir en forma coordinada, protegiendo sus vías respiratorias y cubriendo sus necesidades nutricionales.

El reflejo de succión es una respuesta ya lista para ser usada cuando el niño nace.

En los movimientos de succión se contraen el orbicular de los labios, buccinador y aparece un ascenso y descenso de la mandíbula.

3.3 PROCESO DEL REFLEJO DE SUCCION

La principal actividad que desarrollan tanto el maxilar como la mandíbula en esta época de la vida del neonato es el de mamar, llevándola acabo directamente del pecho o por procedimiento de alimentación artificial.

Karl Haupl y otros autores dividen el reflejo de succión en dos fases.

La primera fase comprende:

La presión del pezón eréctil y de la areola mamaria, o del chupón de la botella.

Los labios del recién nacido son capaces de prender el pezón o el chupón de la botella, con fuerza suficiente para lograr la oclusión hermética, es sobretodo la parte media de los labios que contribuyen a este resultado, formando así un verdadero diafragma, con la úvula y el velo del paladar que obturan el orificio de la faringe, con el abatimiento de la mandíbula la lengua creará una presión en la cavidad bucal, la mandíbula se separa del arco maxilar, la lengua es avanzada como un embolo en posición de recepción, adoptando una forma de cuchara para facilitar el transporte del contenido bucal hacia la faringe. Por movimientos también rítmicos de ascenso y descenso de la mandíbula, se forma el espacio succional.

La segunda fase: la succión propiamente dicha

La mandíbula es trasladada de su posición de descenso hacia delante, ahora con movimientos de fricción de delante hacia atrás, ordeña el pezón manteniendo la lengua en forma de cuchara para recibir la leche o liquido, el cual fluye hacia atrás para ser deglutido. Después se repiten los descensos y ascensos mandibulares, formándose otra vez el espacio succional de la primera fase repitiéndose el mismo mecanismo.

Hasta la fecha no se ha podido fabricar aun, un sucedáneo real del pezón materno, los chupones en general son defectuosos, alteran la fisiología de la succión y obligan al recién nacido a mantener su boca abierta en exceso, lo que significa un mayor esfuerzo para el músculo buccinador. El chupón común y corriente sólo exige que el niño aspire, sin que haga trabajar adecuadamente el movimiento mandibular.

Los chupones de tipo cónico aumentan la deglución de aire en exceso. Obligando al bebe a que eructe frecuentemente.

Cabe mencionar que el reflejo de succión se observa en los tres primeros años de vida.

Existen dos tipos esenciales de succión:

Nutritiva.- la cual provee los nutrientes esenciales y es por medio de biberón y pecho materno.

No Nutritiva.- genera sentimiento de bienestar calor y seguridad, esta es probablemente el hábito de succión adoptada por los infantes tempranamente en respuesta a la frustración y para satisfacer sus impulsos y su necesidad de contacto físico.

3.4 DEGLUCION

La deglución es un fenómeno neuromuscular, por el cual los alimentos procedentes de la boca pasan por la faringe y esófago al estómago.

Moyers ha enumerado las características del movimiento de deglución infantil o visceral como sigue:

- 1.- Los maxilares se separan, con la lengua colocada entre las encías.
- 2.- El movimiento de deglución es controlado y guiado principalmente por un intercambio sensorial entre los labios y la lengua.

A los 18 meses de edad, se observan las características de la deglución madura ó somática enumeradas por moyers.

1. - Los dientes están juntos
2. - La punta de la lengua se coloca sobre el paladar, arriba y atrás de los incisivos.
3. - Existe contracción mínima de los labios durante la deglución madura.

3.5 CICLO DE LA DEGLUCION

Fletcher divide el ciclo de la deglución en cuatro fases, estas son:

La deglución preparatoria

La fase bucal de la deglución

La fase faríngea de la deglución

La fase esofágica de la deglución.

La fase preparatoria comienza tan pronto como son tomados líquidos, o después de que el bolo ha sido masticado. El líquido o el bolo se coloca en posición preparatoria para la deglución, sobre el dorso de la lengua, la cavidad bucal es cerrada por los labios y la lengua.

Durante la fase bucal, el paladar blando se desplaza hacia arriba y la lengua cae hacia abajo y hacia atrás. Al mismo tiempo, la laringe y el hioides se desplazan hacia arriba. Estos movimientos combinados crean un camino libre para el bolo, al ser despedido de la cavidad bucal mediante un movimiento ondulatorio de la lengua.

La fase faríngea de la deglución comienza cuando el bolo pasa por las fauces. El tubo faríngeo se levanta y la nasofaringe es obturada por el cierre del paladar blando contra la pared faríngea posterior. El hueso hioides y la base de la lengua se desplazan hacia delante mientras que la lengua y la faringe continúan sus movimientos para impulsar el bolo alimenticio.

La fase esofágica de la deglución comienza cuando el alimento pasa por el esfínter cricofaríngeo. Mientras el alimento pasa a través del esófago, el hueso hioides, paladar y lengua regresan a sus posiciones originales.

El individuo deglute aproximadamente una vez cada minuto entre los alimentos. Aun durante el sueño se realiza el acto de la deglución.

En éste capítulo se va a hablar acerca de la importancia que tienen los músculos de la masticación en relación con los hábitos orales, así como los mecanismos, inserciones, acción y aponeurosis de cada uno de los 4 músculos de la masticación.

4.1 MECANISMO DE LA MASTICACION:

La masticación constituye la primera parte del acto de la digestión. Puede dividirse en varias fases:

1) La aprehensión de los alimentos, que se efectúa por medio de los incisivos, los cuales, deben estar bien colocados y en buena relación de oclusión; en los respiradores bucales, o en niños con hábitos de lengua o de succión del pulgar, no hay contacto entre los incisivos superiores e inferiores y la aprehensión de los alimentos y el corte de los mismos no se puede hacer con los incisivos y el niño tiene que valerse de las bicúspides y molares, o debe colocar el maxilar inferior en posición avanzada, efectuándose anormalmente la primera parte de la masticación.

2) La masticación propiamente dicha, o trituración de los alimentos, que se hace por medio de las superficies oclusales de las bicúspides y molares; el desgarrar de algunos alimentos mas fuertes lo hacen las cúspides de los caninos que por su forma especial están indicados para este acto.

3) Insalivación y formación del bolo alimenticio

4) La deglución.

4.2 MUSCULOS DE LA MASTICACION:

Los músculos masticadores, en número de cuatro a cada lado, son: el temporal, masetero, pterigoideo interno y pterigoideo externo.

Temporal:

Ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico, cuyo vértice se dirige hacia la apofisis coronoides del maxilar inferior.

Inserciones: El temporal se fija por arriba en la línea curva temporal inferior, en la fosa temporal, en la cara profunda de la aponeurosis temporal y, mediante un haz accesorio, en la cara interna del arco cigomático. Desde éstos lugares, sus fibras convergen sobre una lámina fibrosa, la cual se va estrechando poco a poco hacia abajo y termina por constituir un fuerte tendón que acaba en cara interna de la apofisis coronoides.

Acción: Consiste en elevar el maxilar inferior y también en dirigirlo hacia atrás; en esta última actividad del temporal intervienen sus haces posteriores.

Masetero:

Se extiende desde la apofisis cigomática hasta el ángulo del maxilar inferior. Se halla constituido por un haz superficial, más voluminoso, dirigido hacia abajo y atrás, y otro haz profundo, oblicuo hacia abajo y adelante. Ambos haces se hallan separados por un espacio relleno por tejido adiposo.

Inserciones: El haz superficial se inserta superiormente sobre los dos tercios anteriores del arco cigomático e inferiormente en el ángulo del maxilar inferior. El haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior y también en la cara interna de la apofisis cigomática; hacia abajo y adelante, yendo a terminar sobre la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

Acción: Consiste en elevar el maxilar inferior.

Pterigoideo interno: Este músculo comienza en la apofisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

Inserciones: Superiormente se inserta sobre la cara interna del ala externa de la apofisis pterigoides, en el fondo de la fosa pterigoidea, en parte de la cara externa del ala interna, y por medio de un fascículo palatino de juvara, en la apofisis piramidal del palatino. Desde estos lugares, sus fibras se dirigen hacia abajo, atrás y afuera que se fijan en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

Acción: Es elevador del maxilar y proporciona pequeños movimientos laterales.

Pterigoideo externo: Se extiende de la apofisis pterigoides al cuello del condilo del maxilar inferior. Se halla dividido en dos haces, uno superior o esfenoidal y otro inferior o pterigoideo.

Inserciones: El haz superior se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides y en la cresta temporal. El haz inferior se fija sobre la cara externa del ala externa de la apofisis pterigoides. Las fibras de ambos haces convergen hacia fuera y terminan por fundirse al insertarse en la parte interna del cuello del condilo, en la cápsula articular.

Acción: La contracción simultánea de ambos pterigoideos externos produce movimientos de proyección hacia delante del maxilar inferior. Si se contraen aisladamente, el maxilar ejecuta movimientos laterales hacia uno y otro lado.

CLASIFICACION DE LOS HABITOS

Durante este capitulo se hablara de los hábitos orales partiendo de la clasificación de los mismos, siguiendo con la descripción de cada uno de ellos ya que de esta forma nos podremos dar cuenta de la existencia de un hábito significativo.

Existen diferentes criterios en cuanto a la clasificación de los hábitos bucales por lo tanto es difícil dar una sola que sea la correcta o la más completa de este modo tenemos que se pueden clasificar en:

- A) Hábitos bucales no compulsivos
- B) Hábitos bucales compulsivos

- A) El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continua con la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres y de la gente que lo rodea.

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar este, se denominan no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño esta siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

- B) Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir más ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito, realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar.

Los actos infantiles que resultan de los modelos mentales inconscientes parecen surgir de cinco fuentes principales que son:

- Instinto
- Insuficiencia o incorrecta salida de energía
- Tamaño físico anormal de ciertas partes
- Imitación
- Imposición de los padres

Todos tenemos hábitos y según la edad hay hábitos normales y anormales
Hay que saber distinguir entre un hábito normal y uno compulsivo.

Ejemplo: chuparse el dedo hasta los tres años es normal, después de esta etapa pasara a ser un hábito compulsivo.

Se ha visto que si se castiga a un niño por un hábito que es normal, este hábito se fijará.

Por otra parte encontramos que existen hábitos por imitación entre hermanos, los más pequeños imitan a los mayores.

William James (psicólogo) escribió:

"Un hábito adquirido, desde un punto de vista psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes"

Los hábitos en relación con la maloclusión deberán ser clasificados como:

- A) Útiles.- incluyen los de funciones normales como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuadas y uso normal de los labios para hablar.

- B) Dañinos.- en todos aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentarias, morderse los labios, chuparse los dedos etc.

SUCCION DIGITAL

REFLEJO DE SUCCION:

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto. Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre, evidentemente el patrón de succión del niño responde a una necesidad.

La sensación de alivio de hambre que sigue a la succión y el calor de la leche que llega a su cuerpo hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser examinados por medio de sensaciones bucales.

En este comportamiento podemos observar la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal.

Estas pruebas bucales evidentemente no solo sirven para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño, sino también son un medio de probar, con los sentidos disponibles, lo que es bueno o malo. Los objetos introducidos en la boca especialmente si son calientes o blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias se da a sí mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al introducir su dedo o pulgar en la boca. El dedo mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre. Satisface la necesidad de tener algo en la boca y también la necesidad de agarrarse de algo, y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

Como ya dijimos el recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar.

Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente al desarrollar sinapsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de esta vía de comunicación

La succión digital es practicada por muchos niños por una variedad de razones, la mayoría comienzan muy temprano en la vida y frecuentemente son superados hacia los tres o cuatro años de edad.

La presión que ejerce éste hábito puede ser la causa directa de una maloclusión severa.

La época de aparición de los hábitos de succión digital tiene alguna significación. Los que aparecen durante las primeras semanas de vida, están típicamente relacionados con problemas de lactancia. El neonato seguramente todavía no está envuelto en problemas de rivalidad con hermanos, y sus inseguridades se relacionan con demandas tan primitivas como el hambre. Sin embargo, algunos niños no comienzan a chuparse el pulgar u otro dedo, hasta que se usa como dispositivo durante la erupción difícil de un molar primario.

Aún más tarde algunos niños usan la succión digital para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superar, gozando en regresar a un patrón de conducta infantil.

Todos los hábitos deben de ser estudiados por sus efectos psicológicos, porque pueden estar relacionados con el hambre, la satisfacción del instinto de succión, inseguridad, o hasta un deseo de llamar la atención.

Los psicólogos del desarrollo han producido una serie de teorías para explicar " la succión digital no nutritiva"

La mayoría de las primeras ideas respecto a la succión digital estaban basadas firmemente en la clásica teoría freudiana.

Freud sugería que la oralidad en el infante está relacionada con la organización pregenital y la actividad sexual no esta separada todavía de la toma de alimento.

Un desarrollo lógico de esta teoría se relaciona con intentos de detener el hábito de succión del pulgar porque la creencia freudiana sostiene que la interferencia abrupta de un mecanismo tan básico, probablemente conducirá a la aparición de tendencias antisociales. La succión digital también ha sido relacionada con la inadecuada actividad de succión.

Se encontró en una serie de estudios, que había menos succión del pulgar, cuando la alimentación era en lapsos cortos de tiempo, que cuando las comidas estaban ampliamente separadas. Además se aprendió que en general los niños no chupadores de pulgar tomaban un tiempo más prolongado para alimentarse que el de los chupadores.

En oposición a la teoría de la actividad de succión inadecuada esta la teoría del impulso oral de Sears y Wise, cuyo trabajo sugiere que la fuerza del impulso oral es, en parte, una función de cuanto tiempo un niño continúa alimentándose por medio de la succión. Así, no es la frustración del destete lo que produce la succión del pulgar, sino el impulso oral, que ha sido reforzado por la prolongación de la lactancia.

Las diversas teorías respecto a la succión digital no nutritiva no son completamente incompatibles una con otra. Más bien sugieren que el hábito de succión del pulgar debe ser considerado por el clínico como un patrón de conducta de naturaleza multivariada. Es muy posible que la succión del pulgar pueda comenzar por una razón y ser mantenida en las edades siguientes por otros factores.

La mayoría de los hallazgos comunicados hasta ahora, parecen apoyar mejor la teoría del aprendizaje, sobre todo si el aprendizaje de la succión digital está asociado con succión nutritiva prolongada y sin restricción.

El niño siente el calor agradable del seno, no solo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre indudablemente aumentan la sensación de euforia.

Un estudio realizado por computadora sobre niños alimentados en forma natural, artificial, y combinada, dio como resultado que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

La tetilla artificial ordinaria sólo exige que el niño chupe. No tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar. Con la tetilla artificial la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos.

Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y su dependencia de este mecanismo para la euforia, fue perfeccionado el ejercitador (chupete). Se espera que empleando una tetilla más anatómica, junto con el ejercitador, en forma correcta, reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario, volviendo al dedo y al pulgar entre las comidas y a la hora de dormir.

La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación. El destete deberá ser pospuesto hasta el primer año de edad. Si la lactancia se realiza con tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, se cree que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente.

La mayor parte de los hábitos de chuparse los dedos y la lengua, que pueden ser considerados como normales durante el primer año de vida, desaparecerán espontáneamente al final del segundo año si se presta la atención debida a la lactancia.

Aconsejar a los padres eliminar el hábito durante el tiempo que es normal es ignorar la fisiología básica de la infancia.

Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a su ambiente nuevo, algunos aceptaran la restricción y sublimaran sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento. Pero muchos no lo harán, y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por sí solo como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos para eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca, da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención. El niño aprende rápidamente a atraer la atención de sus padres, y generalmente lo consigue.

La modificación del hábito bucal no ocurre sin sus posibles efectos colaterales. Los hábitos de succión digital que están profundamente enraizados pueden transformarse en empuje lingual o hábito de succión labial. A veces los hábitos de succión frustrados en los niños provocaran una regresión.

Algunos investigadores indicaron que la terminación brusca o prematura del hábito de succión, normal o residual puede contribuir a una ingesta compulsiva, un fumar excesivo o al alcoholismo a posteriori en la vida.

Se encontró cierta relación con el lugar que ocupa el niño entre sus hermanos, el primogénito tiene el porcentaje más elevado de hábitos orales.

Si bien la succión de un dedo es por lo general un hábito, puede ser el signo de un problema psicológico profundo.

Klein distingue entre la succión "significativa", la cual sugiere la existencia de una relación psicológica directa, y la succión "vacía", la cual se refiere a una acción sin causa detectable (un hábito simple).

Si existe un hábito significativo se debe pensar en una interconsulta con el psicólogo o pediatra antes de intentar cualquier tratamiento.

HABITO DE LENGUA

El efecto de un patron de deglución desviado (también llamado deglución aberrante, ó proyección lingual) , puede tener un efecto pronunciado sobre los dientes anteriores recientemente erupcionados, los que tienen un pequeño soporte de arco radicular.

Straub describió como acto normal de deglución aquel en el cual los musculos de la masticación se emplean para llevar a estrecho contacto dientes y maxilares y mantenerlos así durante todo el proceso. La deglución típica se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar.

La lengua puede funcionar mejor cuando su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro rígido y los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales es compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios.

Si la fuerza de la lengua excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras, el resultado final será un cambio en la posición y relación de los dientes.

En el hábito anormal de deglución, en cambio, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero la lengua es proyectada hacia delante, entre los dientes después, los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos, sólo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en sólo la región incisiva y canina. En otros además de la punta interponen los lados de la lengua. Esta ubicación provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares así como en la zona anterior.

La posición anormal de la lengua está también con frecuencia asociada a la mala oclusión de los dientes. Con los arcos en posición de reposo, la lengua puede extenderse sobre los bordes incisales de los incisivos inferiores y evitar la erupción normal.

Straub cree que tanto la posición de la lengua y la posición anormal de deglución pueden ser responsables de mordidas abiertas y maloclusiones de clase III.

Las amígdalas y las adenoides alcanzan casi dos veces el tamaño del adulto a los 12 años y entonces retroceden. Esta combinación de una lengua grande en una cavidad oral pequeña, requiere que el niño transporte a la lengua en posición alta y al frente para conservar abiertas las vías respiratorias. En la pubertad, encontramos un crecimiento acelerado de la mandíbula y una disminución en la cantidad de tejido linfóide contribuyendo ambos a un incremento en el espacio orofaríngeo y a un cambio de la lengua a una posición más posterior. Esta distribución ocurre con más frecuencia en los pacientes con amígdalas o adenoides anormalmente grandes.

Las degluciones con la lengua adelantada, que pueden ser etiológicas de maloclusión, son de dos tipos:

- 1) La deglución con empuje lingual simple, que es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos.
- 2) La deglución con empuje lingual complejo, que es un empuje lingual asociado con una deglución con dientes separados.

La deglución con empuje lingual simple, habitualmente está asociada a una historia de succión digital, aún cuando el hábito puede ya no ser practicado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta, para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.

Los empujes linguales complejos, por otra parte, muy probablemente están asociados con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal, tonsilitis o faringitis.

Cuando las amígdalas están inflamadas, la raíz de la lengua puede inmiscuirse. Para evitar esta situación dolorosa, la mandíbula cae reflejamente, deparando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición menos dolorosa. El dolor y la disminución de espacio en la garganta, precipitan una nueva postura adelantada de la lengua y un reflejo de deglución mientras los dientes y los procesos alveolares en crecimiento se amoldan al trastorno concomitante en la fuerzas musculares. Durante la respiración bucal crónica, se ve un espacio libre grande, ya que la caída de la mandíbula y la protrusión de la lengua proveen una vía de aire más adecuada. Como el mantenimiento de la vía de aire es un reflejo más primitivo y exigente que la deglución madura, esta es condicionada a la necesidad de respirar por la boca. Los maxilares quedan separados durante la deglución para que la lengua pueda quedar en posición adelantada.

HABITO DE LABIO

A veces los hábitos labiales son el remanente de un instinto de chupar o la transferencia de un hábito digital anterior.

Aunque estos últimos pueden comenzar en invierno o después de altas fiebres por eventuales raspaduras, a veces persisten cuando desaparece la irritación. Los hábitos labiales también se producen como reacción ante la erupción ectópica de los incisivos superiores.

En casi todos los casos, es el labio inferior el implicado aunque también se han observado hábitos de mordedura del labio superior. Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de esos dientes, a menudo una mordida abierta y, a veces, la linguoversión de los incisivos inferiores.

La actividad normal del labio con frecuencia está asociada con el hábito de dedo. Si la maloclusión es provocada por el primer ataque a la integridad de la oclusión, por ejemplo: chuparse los dedos, se desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa la deformidad.

Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal.

El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad normal del músculo borla de la barba. El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal; este permanece hipotónico, sin función y parece ser corto o retraído. A esta afección se le denomina en la literatura: postura de descanso incompetente del labio. Debido al intento para crear un sello labial anterior, existe una fuerte contracción del orbicular de los labios y del complejo del mentón.

Es fácil discernir la actividad anormal del músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. Al igual que la lengua puede deformar las arcadas dentarias, también lo puede hacer un hábito anormal de labio. Cuando el hábito se hace pernicioso se presenta un aplanamiento marcado, así como apiñamiento, en el segmento anterior inferior. En casos graves el labio mismo muestra los efectos del hábito anormal. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso.

Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprainfisal.

En algunos casos parece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio. En ocasiones, el hábito de chuparse los dedos se convierte en actividad compulsiva de satisfacción, especialmente durante el sueño. El enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel debajo del labio inferior pueden ser notados.

RESPIRACION BUCAL

Por mucho tiempo considerado un factor causal primario de la maloclusión dentaria, este hábito se considera ahora más bien simbiótico, y en menor grado el resultado de la maloclusión.

La respiración y la inspiración por la boca, es una forma de respiración que puede conducir a varios problemas orofaciales.

El efecto de filtración y calentamiento del aire en los conductos nasales se pierde.

Algunos pacientes respiran por la boca debido a una obstrucción de vías respiratorias nasofaríngeas. Otros pacientes con una obstrucción previa pueden continuar respirando por la boca como hábito, aún después de que la obstrucción ha sido aliviada.

Así tenemos que los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

Por obstrucción

Por hábito

Por anatomía

Frecuentemente se observa respiración obstructiva, en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y nasofaringe estrechas, estos niños presentan mayor propensidad a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se observa en los individuos braquicefálicos.

Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire através de los conductos nasales, el niño, por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la causa que lo obligaba a hacerlo.

El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Debe distinguirse a cual de estas categorías corresponde el niño. También debe diferenciarse el

segundo tipo de niño que respira por la nariz, pero que a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser debida a:

- a) Hipertrofia de los turbinatos, causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

- b) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.

- c) Adenoides agrandadas así como las amígdalas. Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa.

- d) Hipotrofia de los cornetes.

Respirar por la boca puede corregirse por si solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

Las encías hiperplásicas e inflamadas, acompañan con frecuencia a la respiración bucal debido a la exposición continua del tejido al aire seco.

De acuerdo con Linder-Aronson, los niños que se someten a adenoidectomía por una obstrucción de vías respiratoria tienden a cambiar su respiración por la nariz después de la operación.

Asociada con el cambio en el modo de respirar, esta una normalización en el crecimiento y desarrollo de la dentición y del complejo craneofacial.

BRUXISMO

El bruxismo o bricomania , es la contracción de los músculos masticadores y el rechinar rítmico de los dientes de lado a lado.

Este hábito observado en niños, generalmente es nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño esta despierto.

El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia, pudiendose apreciar la gran fuerza necesaria para producirlos y la necesidad de eliminar este hábito lo antes posible.

La relación de causa y efecto no es muy clara. El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda. Pero también sabemos que existe un componente psicogénico, cinetésico y neuromuscular o ambiental.

Se sabe que influyen determinados impulsos sensoriales y propioceptivos al igual que con los trastornos de la articulación temporomandibular.

El niño puede producir atricción considerable de las piezas, y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación.

La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinar y bruxismo, por lo que tal vez tenga una base emocional, ya que este hábito ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos, como succión digital u onicofagia.

Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales.

Otros factores causales son las restauraciones "altas", dientes en mal posición, puntos de contacto prematuros, una unidad dental mal puesta, etc, ya que el bruxismo afecta a personas de todas las edades, sobretodo en nuestra sociedad tan compleja y nerviosa.

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra. El odontólogo puede ayudar a romper el hábito elaborando una guarda oclusal, para ser utilizada durante las noches. La guarda oclusal forma una superficie dura y resistente al frotamiento de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

ONICOFAGIA

La onicofagia , es un hábito normal desarrollado después de la etapa de la succión.

Frecuentemente, el niño pasara directamente de la etapa de succión del pulgar a la de onicofagia.

Se ha observado que aproximadamente 80% de todos los individuos se muerden o se han mordido las uñas.

Este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación, sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atricción de las piezas anteriores inferiores.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente.

Un hábito, como cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo amenos que perjudique realmente, ya sea de forma física o moral, al niño mismo o a quienes lo rodean.

Morderse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas. Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos sustituyen a los dedos.

Se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, puros, lápices, gomas de borrar o incluso las mejillas o la lengua como sustituto de los dedos ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

Niños nerviosos, tensos, con mucha frecuencia muestran este hábito y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, que solo es un síntoma de su problema básico.

AUTOMUTILACION

Aunque no es frecuente en la literatura la referencia a la automutilación, a veces los niños se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales. Plessett informó haber observado una niña de inteligencia aparentemente normal, de 9 años que movilizó su canino temporal superior e incisivos permanentes inferiores hasta liberarlos de los tejidos de sostén y extraerlos.

Es probable que se produzcan automutilaciones con mayor frecuencia que la que se reconoce, pues relativamente pocos niños estarán dispuestos a admitir el acto a menos que sean observados practicándolo. Por lo tanto las lesiones autoinfligidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente. El odontólogo debe tener conciencia de la incidencia de esta situación y debe encarar el problema de la misma manera como lo hace en cualquier otro hábito. Se debe de hacer un intento por determinar la causa.

Si se descubre que se debe a factores dentales locales, puede ser corregido. Sin embargo, en la mayoría de los niños, estará involucrado un problema emocional y el odontólogo deberá dirigir a la familia hacia servicios de consulta competentes.

Se ha observado que niños de apenas 4 años se traumatizaban los tejidos gingivales libres y adherentes con la uña, a veces al punto de destruir el hueso alveolar.

Una niña de 14 años se provocó el denudamiento bilateral del tejido vestibular en las zonas de los premolares superiores, para lo cual empleó la uña y un alfiler de gancho. Además se mordió la cara interna del carrillo y se produjo grandes zonas de necrosis. Los padres no tenían noción del hábito y la causa de las zonas ulceradas de su boca, pues la hija no les había revelado que se las había causado por si sola. La historia reveló una niña desdichada, mal adaptada en el hogar y en la escuela.

La niña y sus padres aceptaron la remisión a una clínica de orientación infantil, lo cual condujo a la solución del problema. Al parecer, la automutilación era una escapatoria de la realidad.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar automutilaciones en nuestros pequeños pacientes. Fisher informó que la desdicha y los conflictos en el hogar pueden estar más fácilmente ocultos en un adolescente de 15 años que en un bebé de 15 semanas.

En algunos casos el tratamiento consiste en ayuda psiquiátrica, hacer conciencia en los niños del daño que se ocasionan o si el niño es pequeño y no coopera se puede envolver el dedo con cinta adhesiva.

Durante este capítulo hablaremos de la personalidad y la inserción social describiendo los perfiles de conducta típicos de diversos grupos de edades los cuales son de gran utilidad ya que podremos comprender el comportamiento psicológico y social del niño y de esta manera intervenir con el manejo psicológico dependiendo de la madurez mental del niño, con la finalidad de conseguir que el niño abandone un hábito pernicioso.

Es importante que el odontólogo conozca cómo se produce el crecimiento en la mayoría de los niños.

El curso del desarrollo normal no es algo que corra parejo. Sólo el conocimiento de la vida íntegra de un niño puede ayudarnos a saber si la conducta difícil del niño es parte de una estructura anormal de la personalidad o sólo un desvío de su funcionamiento habitualmente normal.

PERFIL DE MADURACIÓN

Fase Oral.

Al primer año de la evolución psicosexual se le denomina fase oral, porque la mayor fuente de placer del bebé es incorporar. La boca es el órgano más observable para lograr esto, pero la vista, el oído y el tacto son los aparatos de incorporación. La madre es la fuente más importante, pero no debería ser la única, de gratificación y frustración oral.

La primera unión importante se produce con la persona que puede eliminarle el dolor al darle de comer y el amor concomitante percibido. Más tarde, cualquier pérdida que simbólicamente represente comida y amor puede ser causa de un estado de depresión.

A los 10-12 meses, el bebé que no haya sido limitado por aparatos como los corralitos y andadores habrá alcanzado una motilidad útil. Gateando y caminando puede lograr cosas que desea y puede explorar lugares y objetos sin depender de su madre para que los coloque en una situación nueva. Ahora comienza a practicar el arreglarse sin ella.

La fase final es el establecimiento de un sentido de individualidad que se produce cuando el niño se siente seguro de que puede funcionar por sí mismo y en otros que los tratarán bien. Todos estos conceptos son importantes para el odontólogo que desea que un niño muy pequeño se porte bien y confíe en él sin la presencia de la madre.

Fase Anal

En algún momento del segundo año cuando la alimentación ya no es la actividad importante, la madre comienza el adiestramiento de esfínteres. El niño toma conciencia de su poder para decidir si depositará sus excreciones en un lugar indicado por su madre o si continuará ensuciando los pañales. En el continuum de la evolución psicosexual a este período se le denomina fase anal.

El niño con personalidad sana se limpiará los dientes convencido de que es bueno para él. El niño rebelde no se los limpiará porque sus padres quieren que los haga.

A veces, cuando se enfrenta al niño con las tareas del período anal y de separación mientras preferiría quedarse fijado en el período oral dependiente, reacciona a su frustración con agresión oral.

A los 2 años de edad el niño sigue mostrando una considerable dependencia de su madre y tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales. Todavía prefiere el juego en solitario.

Tiene cambios rápidos de humor, cansancio fácil.

El niño de 3 años de edad tiene una mayor estabilidad emocional y es más razonable, trata de agradar y adaptarse, coopera más y muestra curiosidad sobre el mundo que le rodea. A esta edad está bien desarrollado el deseo de imitación.

La edad de 4 años el niño es muy activo tanto física como mentalmente.

También es un gran hablador. Durante la llamada edad del “por que y como” el niño tiene tanto que decir que se le agolpan unas palabras sobre otras. Por otra parte, tiene una gran confianza en sí mismo, lo que es muy aprovechable si el dentista logra estimular su voluntad de cooperación.

El niño de 5 años de edad tiende a mostrar una mayor seguridad en sí mismo y da una impresión de mayor madurez que el de 4 años. A esta edad comienza a estructurarse el pensamiento en secuencias lógicas. Los argumentos habituales de los padres, tales como “si tu haces esto, eso significa que” comienzan a adquirir un sentido a esta edad y pueden utilizarse para motivar al niño. El niño de 5 años es muy sensible a las alabanzas y los reproches.

El niño de 6 años de edad entra en una fase de maduración rápida. Psicológicamente se caracteriza por una gran bipolaridad o alternancia entre el afecto y el rechazo.

Las características generales de un niño que vive una vida escolar razonable son cuatro:

1. - Tiene capacidad para soportar la frustración.
2. - Tiene capacidad para funcionar en presencia de ansiedad
3. - Posee una buena defensa por sublimación, la sublimación es esa maravillosa defensa que permite a los impulsos una gratificación aceptable socialmente
4. - Tiende a progresar frente al estrés.

Una vez que las funciones biológicas y psicológicas del niño maduran él o ella se puede separar de su madre sin ansiedad entre 9 y 18 meses de edad.

La persistencia de hábitos de succión, (dedo, botella, lengua, labios, carrillos, objetos, deglución atípica) y la aparición de hábitos de morder (onicofagia, bruxismo, morderse partes del cuerpo u objetos etc), de acuerdo a Freud son asociados a un arresto en la evolución fijación de la fase oral, lo cual repercute por un corto tiempo en una distorsión o perversión del proceso psicofisiológico oral, posteriormente hay alteraciones en las estructuras estomatológicas dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia.

Algunos factores etiológicos que se consideran responsables de los hábitos orales incluyen los conflictos familiares, celos, presión escolar, estrés en ciudades grandes, falta de satisfacción en la alimentación, imitación de actividades inapropiadas para niños, irritación asociada a la erupción dental, interferencias oclusales, obstrucción respiratoria, etc.

Hay mayor cantidad de hábitos orales en hijos únicos que los que tienen hermanos.

En los hijos únicos se cree que hay problemas de hábitos debido a que están más sobreprotejidos, se sienten solos, aislados, y con problemas de comunicación al igual que cuando falta el papa en la familia.

La prevención y el tratamiento de hábitos orales debería ser percibido por la sociedad como un problema de comportamiento que afecta la cavidad oral y que debe ser tratada desde una perspectiva multidisciplinaria, tomando en cuenta que es un problema influenciado por la familia, la sociedad y los factores biológicos.

Es importante que el ortodoncista atienda la causa del hábito y después las manifestaciones.

MANEJO PSICOLÓGICO

Para tratar un hábito prolongado se precisa la cooperación del niño. La edad adecuada para intervenir dependerá de su madurez mental. En algunos casos, en que se cuenta con la colaboración de los padres, puede conseguirse que el niño abandone el hábito a los 5 ó 6 años de edad, mientras que en otros casos es aconsejable esperar algo más. En situaciones graves, con succión prolongada durante el día y la noche, cuando el niño tiene más de 10 años de edad, hay que poner el caso en manos de un psiquiatra, ya que es muy probable que el hábito no sea más que un síntoma de un verdadero trastorno psiquiátrico, y en este caso los aspectos dentales desempeñan una función secundaria.

Al hablar sobre la deshabitación con el niño y los padres, es importante insistir en la posibilidad de autocorrección de la maloclusión si el hábito se abandona a una edad temprana. No hay que dirigir la atención sobre el hábito en sí, sino valorar más bien aquellos factores ambientales que han creado en el niño la necesidad de buscar un consuelo. A veces, la causa puede ser la falta de contacto emocional. En la mayoría de los casos, el propio niño desea deshacerse de su hábito y muchas veces es suficiente una charla agradable con el dentista para explicarle en que consiste el problema con la ayuda de modelos de su propia dentición. En ninguna circunstancia puede tomarse una actitud represiva.

Existen diferentes criterios para el manejo de la erradicación del hábito los cuales son aplicados de acuerdo a la preferencia del odontólogo y esta relacionado sobre todo con los resultados obtenidos. Entre los más utilizados están los siguientes:

Psicológico

El método consiste en atender al niño desde la primera vez que acude a la consulta, con el fin de resolver el problema, prestándole mucha atención y haciéndolo sentir importante, para que sepa que lo toman en cuenta. Esta conversación será entre el niño y el odontólogo el que deberá mostrar su preocupación y explicar la situación al niño. Esta actitud adulta y la no intervención de los padres, suele bastar para interrumpir el hábito.

Una cantidad sorprendente de niños controlan ellos mismos el hábito con este programa.

Aunque estos problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones de hueso alveolar y posición de la pieza, antes de emprender cualquier intervención, habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado general del niño.

Es casi axiomático considerar que la eliminación de un hábito podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres, únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como succión de dedo con hábitos secundarios tales como tirarse el pelo o hurgarse la nariz. Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. Este se ilustra en el caso de una niña escolar de 10 años de edad, que se chupaba el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo en un lado de la cabeza. Esto continuo hasta dejar casi sin pelo el lado afectado de la cabeza.

Cuando se afeitó la cabeza de la niña, *est* perdió los deseos de chuparse el pulgar y así se terminó con el hábito.

Sin embargo, existen otros métodos menos drásticos igualmente eficaces. Un autor proponía que los niños con conocimiento de los padres, hablaran por teléfono al consultorio después de conversar, sugería simplemente que quien llamaba sonaba tan mayor que, naturalmente no podía ser el niño que antes se chupaba el pulgar, con esto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño.

Si el niño lo deseaba, se concertaba una visita de refuerzo al consultorio. Esto era para asegurarse de que no se chupaba el pulgar, para que esta información pudiera incluirse en el registro especial de nuestro consultorio. Después de una visita corta y amistosa al consultorio, se encontró que muchos de estos niños, se habían sentido alentados para romper su hábito Naturalmente, el procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa:

1. - Establecer una meta a corto plazo para romper con el hábito (una o dos semanas).
2. - No criticar al niño si el hábito continua.
- 3.- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

Sin esta cooperación, se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

El tratamiento esencial es que el sujeto y en el caso del paciente infantil, sus padres estén dispuestos a desterrar el síntoma. Una atmosfera de tolerancia, consistencia, expectativas confiadas y participación del paciente es un elemento esencial del tratamiento.

La terapia conductual se ha utilizado ampliamente en el tratamiento de estos síntomas. Las recompensas positivas para la eliminación del hábito más utilizadas han sido desde la exención de los deberes o viajes lejos del hogar.

Las alabanzas son la mejor terapia en el trabajo con los niños. Los elogios deberán ser sinceros y se debe dar al niño cuanta oportunidad sea posible para que comparta las responsabilidades. Si el aparato es removible, los padres deberán tener presente que el niño lo use exactamente de acuerdo a las instrucciones del odontólogo. Sin embargo, los reproches continuos y agresivos de los padres al niño en su casa, pueden provocar que pierda la buena voluntad de complacer al profesional. En estas circunstancias, algunos niños perderán sus aparatos removibles, habitualmente justo antes de su cita con el odontólogo.

Un recurso para influir sobre los hábitos bucales es mediante un sistema de recompensa, se establece un convenio entre el niño y sus padres o entre el primero y el odontólogo, donde sólo se mencione que el niño interrumpirá su hábito durante un periodo específico y como premio recibirá una recompensa, si se satisfacen las exigencias del pacto. La recompensa no tiene que ser extravagante pero si especial para motivar al niño. Es probable que el proyecto tenga buen éxito mientras mayor sea la participación del niño en el mismo.

Refuerzo y oportunidad del refuerzo

El refuerzo es más limitado es su objetivo y más inmediato que la motivación. En lugar de recompensas y castigos, se habla de refuerzos positivos y negativos. El positivo tiende a apoyar o a favorecer una conducta en particular. El negativo a desalentar o a inhibir cierto comportamiento específico. El mejor refuerzo para el paciente es comprobar una mejoría constante de su estado y apreciar su importancia. El peor es no ver ningún progreso después que ha invertido en el intento un esfuerzo considerable.

El refuerzo específico realizado por el terapeuta o el padre no es necesariamente considerado positivo o negativo por todos los niños. Cada uno valora a su manera. Para algunos de ellos, un bocadillo a la hora de ir a acostarse es el premio más codiciado y representa un esfuerzo positivo. Otros esperan salir a jugar afuera, observar su programa favorito de televisión o la promesa de un juguete. Otros aún, disfrutan de hacer pequeñas excursiones con sus padres. Los refuerzos, para ser efectivos, deben ser preparados para cada paciente de acuerdo con su edad y sus gustos individuales.

En este capítulo se hablará de la intercepción de hábitos orales, comenzando con las maloclusiones ocasionadas por éstos, necesarios para elaborar un diagnóstico y dar un tratamiento adecuado para cada caso, posteriormente se hablará del tratamiento por medio de: ejercicios bucales, métodos extrabucales y aparatología intrabucale.

Una vez que el odontólogo ha elaborado un diagnóstico de acuerdo con la maloclusión que éste pudiera haber ocasionado se toma una decisión para poder llevar a cabo el tratamiento con el fin de obtener éxito en la corrección del hábito.

7.1 MALOCLUSIONES OCASIONADAS POR HABITOS

Succión digital:

Los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión de clase II división 1, es fácil pensar que el maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse los dedos.

Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de vida, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores. También puede existir leve apiñamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores.

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los 3 años y medio. Esto no se debe en su totalidad al hábito, sino al auxilio importante de la musculatura peribucale. El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo dificulta el acto normal de la deglución.

Las fuerzas pervertidas son las que crean mordida cruzada laterales y bilaterales asociadas con los hábitos de dedo. La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente importante son otros dos factores. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final. El niño que chupa esporádicamente solo cuando se va dormir causará menos daño que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca. La intensidad del hábito es importante. En algunos niños el ruido producido al chupar puede escucharse a distancia. La función muscular peribucale y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles. En otros, el hábito no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador.

Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños, si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca. El dedo mismo puede mostrar los efectos del hábito.

Si un niño ya posee una maloclusión inherente de clase II, división I, los daños causados por el hábito y la función muscular peribucal pueden presentarse mas pronto y en mayor grado. El daño físico no es la única consecuencia de los hábitos de dedo persistentes. En casi todos los casos con antecedentes de intentos fracasados para desterrar el hábito, el niño conoce el disgusto que le causa al padre o a los padres. Algunos niños reconocen al chuparse el dedo como un mecanismo infantil y en realidad desean dejar este hábito. Pero, al igual que otros hábitos, encuentran que es difícil hacerlo. Tal fracaso puede poner al niño a la defensiva y auspiciar una actitud defensiva o de frustración, higiene mental poco deseable.

Durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared bucal producen, en algunos patrones de succión, una presión negativa dentro de la boca, con el resultante angostamiento del arco superior. Con esta perturbación en el sistema de fuerzas en, y alrededor del complejo maxilar superior, a menudo es imposible para el piso nasal caer verticalmente a su posición esperada durante el crecimiento. Por lo que se encuentra un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta. El labio superior se hace hipotónico y el inferior se vuelve hiperactivo, ya que debe ser elevado por contracciones del orbicular a una posición entre los incisivos en malposición durante la deglución.

Hábito lingual y labial

La actividad anormal del labio y la lengua con frecuencia estaba asociada con el hábito de dedo. Si la maloclusión es provocada por el primer ataque a la integridad de la oclusión, por ejemplo, chuparse los dedos, se desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa esta deformidad. Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad anormal del músculo borla de la barba.

Para llevar acabo la actividad a manera de esfínter, ya no es necesario que el labio superior esté en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal; éste permanece hipotónico, sin función, y parece ser corto o retraído. A esta afección se le denomina en la literatura "postura de descanso incompetente del labio".

Debido al intento de crear un sellado labial anterior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón.

Durante la deglución, la musculatura labial es auxiliada por la lengua. Dependiendo del grado de su formación, la lengua se proyecta hacia delante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución.

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión.

Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite con cada deglución. Esto significa que se ejerce una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias.

El hábito de chuparse los dedos adopta un papel secundario. En realidad, muchos niños que chupan el labio inferior o lo muerden reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo. Espontáneamente dejan el hábito del dedo por el nuevo, más conveniente.

Con la erupción de los incisivos a los 5 o 6 meses de edad, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continua proyectándose hacia delante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior. La fuerza deformante de la lengua al proyectarse hacia delante es obvia.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (tamaño, postura, función), también funciona como causa eficaz de la maloclusión.

Al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan, con los dientes posteriores en contacto en todo momento.

Esta no es una situación sana para los dientes. Un efecto colateral puede ser el bruxismo o la bricomanía; otro es el estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca, proporcionando menos soporte para la arcada superior.

Clinicamente, esto puede observarse como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia un lado o hacia el otro, al desplazarse el maxilar inferior lateralmente bajo la influencia de los dientes.

Es importante considerar el tamaño de la lengua, así como su función. Lo que posiblemente también contribuye a la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas grandes y adenoides. Como Moyers y Linder-Aronson han demostrado, el hábito de proyectar la lengua hacia delante puede ser a consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua. Sea cual sea la causa, el resultado final frecuentemente es la mordida abierta permanente, maloclusión o patología de los tejidos de soporte.

Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de esos dientes, a menudo una mordida abierta y, a veces la linguoversión de los incisivos inferiores.

Respiración bucal:

La contribución de la obstrucción de las vías respiratorias al crecimiento y al desarrollo craneo-facial es una de las áreas más difíciles de valorar. Linder-Aronson, ha encontrado que los pacientes que respiran por la boca debido al tejido linfoide hipertrófico muestran tendencia hacia un patrón de crecimiento más vertical. El análisis de las radiografías cefalométricas revela una longitud facial mayor, un ángulo del plano mandibular aumentado y tendencias hacia mandíbula y maxilar retrognáticos.

Estos pacientes también presentan incisivos superiores e inferiores en posición retrusiva, mordidas cruzadas posteriores debido a un maxilar estrecho y tendencia hacia la mordida abierta.

Asociada con el cambio en el modo de respirar, está una normalización en el crecimiento y desarrollo de la dentición y del complejo craneo-facial. Hay un incremento en la inclinación de los incisivos superiores e inferiores, en el ancho de la arcada maxilar y en la profundidad sagital de la nasofaringe ósea, además de una disminución en la altura facial inferior y la angulación de la arcada mandibular.

Bruxismo:

El bruxismo puede tener una gran influencia sobre los tejidos periodontales, los músculos masticadores y adyacentes, las articulaciones temporomandibulares, la iniciación de la jaqueca y la irritabilidad del sistema nervioso central.

Las secuelas habituales son la hipertrófia compensadora de las estructuras periodontales, el engrosamiento del hueso alveolar.

El desgaste de los dientes ocasionado por el bruxismo puede dar por resultado una reducción en la longitud de la corona, trastornos en las relaciones de contacto interproximal, y ocasionar pulpitis, exposición o muerte de la pulpa.

Otras secuelas son bordes del esmalte afilados o irritantes, dientes o restauraciones fracturados.

El bruxismo es de extrema importancia en la aparición de dolor disfuncional de los músculos y de la Articulación Temporo-mandibular. Berlin, Dessner y Monica han demostrado que el bruxismo puede dar lugar a cefaléa crónica.

Onicofagia:

Los hábitos oclusales se encuentran con frecuencia relacionados con la profesión del paciente, y pueden incluir el morder algunos objetos comunes tales como: lápices, pasadores para el cabello, patas de anteojos, pipas, hilos, palillos de dientes y uñas de los dedos.

Algunos de estos hábitos, como el de morderse las uñas, son mal vistos en sociedad y, un paciente no siempre admitirá que los padece.

Existen con frecuencia muescas y grietas en el esmalte de los dientes que se emplean para morder los objetos duros. Debe hacerse también hincapié en que tales hábitos no necesariamente inducen trauma del periodonto.

Cuando se sospecha la presencia de un hábito de mordida, se debe advertir de su existencia al paciente, y cuando lo hace consciente, éste puede ser eliminado por autosugestión.

7.2 EJERCICIOS BUCALES

Hábitos de succión digital

Ubicación de la lengua.- Cuando el niño ya controla la placa y mantiene los dedos fuera de la boca, el trabajo siguiente consiste en enseñar a colocar la lengua en forma correcta, lo que puede conseguirse con el siguiente ejercicio, conocido como "posicionador de la lengua"

- 1- Identificar la papila incisiva y las rugas palatinas en la zona de los dientes anterosuperiores. Muestre esta área al paciente. Tóquela, deje que el mismo la palpe. Esta zona se llamara el punto situado por detrás de los dientes anterosuperiores.
- 2- Trate de que el paciente, con su boca bien abierta, practique tocar con la lengua el punto situado detrás de sus dientes anterosuperiores.
- 3- Haga que el paciente, con los labios separados y los dientes cerrados, degluta sosteniendo la punta de la lengua sobre el punto situado por detrás de los dientes anterosuperiores, como ayuda se puede tomar agua.

Coloque un espejo delante del paciente, debe tener los labios separados y los dientes posteriores en contacto, la punta de la lengua se vuelve a ubicar en el lugar antes mencionado, se le pide entonces que degluta sin proyectar su lengua hacia delante.

Este ejercicio dará al paciente una idea general acerca de la posición que deberá tener su lengua mientras deglute.

Respiración nasal y posición de la lengua en reposo

Los pacientes con deglución atípica tienden a ser respiradores bucales, la lengua se mantiene entre los dientes y los labios, antes de intentar el ejercicio siguiente es necesario asegurarse que las vías nasales no estén bloqueadas por obstrucción física como adenoides agrandadas, amígdalas aumentadas de volumen, resfrios o alergias. El ejercicio consiste en los siguientes pasos:

- 1- Se coloca la punta de la lengua en el lugar situado por detrás de los dientes anterosuperiores.
- 2- Se cierran los dientes posteriores.
- 3- El paciente palpa entonces sus maseteros contraídos.
- 4- En este momento su respiración es nasal, durante 5 minutos deberá mantener los labios cerrados, los dientes posteriores en contacto y la lengua en posición correcta.

Este ejercicio puede hacerse en cualquier lugar y prácticamente en cualquier momento, el paciente deberá comprobar periódicamente su forma de respirar, para los cual pueden ayudarlo los padres, el ejercicio deberá repetirse antes de dormir para que actúe como recordatorio y el paciente duerma con sus labios cerrados.

Desarrollo lingual

Existen varios ejercicios específicos que ayudan a reforzar los reflejos de cada parte de la lengua para efectuar una deglución correcta

Punta de la lengua

Ejercicio con goma única- se coloca una banda de goma para ortodoncia de 1/4 de pulgada de diámetro en la punta de la lengua del paciente, este la presiona entonces contra la papila incisiva por detrás de los dientes anterosuperiores, con los dientes posteriores en contacto bebe entonces un sorbo de agua u otro liquido y lo deglute, si la punta de la lengua no presiona en el punto donde está colocada la goma se tragará a esta junto con el sorbo. Este ejercicio ayudará a desarrollar la función de la punta de la lengua en el patrón de deglución normal

Ejercicios de fonación- algunos sonidos se hacen correctamente por la colocación de la punta de la lengua sobre el punto situado por detrás de los dientes anterosuperiores, estos sonidos deben ser claros y cuando se los produce la lengua no debe proyectarse entre los dientes o labios durante la función o en reposo, los sonidos que requieren esa posición de la punta de la lengua son los siguientes.

- 1) El sonido de la d - diente, dinámico, dedal. Dicho, dona.
- 2) El sonido de la l - largo, limón, luego.
- 3) El sonido de la t - tubo, tío, tiro, tela, taza.

También pueden utilizarse otras palabras o, con los niños más pequeños, tarjetas con dibujos de objetos cuyos nombres los contengan, estos ejercicios deben estar supervisados por los padres.

Parte media de la lengua

Ejercicios con dos gomas de ortodoncia- para realizar este ejercicio se coloca una goma de ortodoncia en la punta de la lengua y otra en la parte media de ella, el paciente práctica presionando la primera contra el punto situado por detrás de los dientes anterosuperiores y la del medio contra el centro del paladar, se deglute con los labios separados y los dientes posteriores en contacto para experimentar la sensación de deglución, el paciente debe mirarse en un espejo y observar que su lengua no se proyecta hacia delante, una vez que ha dominado las posiciones tomara agua comprobando después de cada deglución, que las bandas de goma están en sus posiciones correctas, si la punta y centro de la lengua no presionan adecuadamente las gomas, habrá tendencia a tragarse una de ellas o las dos.

Ejercicios de fonación- los sonidos producidos por la porción media de la lengua al presionar contra el paladar duro son:

1) El sonido de la ch - chino, chico, churro, hacha, tache, bache.

2) El de la y - yute, yuca, yo, ya.

Parte posterior de la lengua

Haga que el paciente mastique una galleta sin tragarla, una vez masticada se coloca la galleta en la porción media de la lengua y en la punta de ella se pone una gomita de ortodoncia, se instruye al paciente para que mantenga los labios abiertos y cierre los dientes posteriores, luego presionando la gomita contra el punto situado por detrás de los dientes anterosuperiores, el paciente debe tragar la galleta masticada, para hacerlo tendrá que llevar hacia abajo la parte posterior de la lengua y sin proyectarla y sin tragar la gomita deglutir la galleta.

Ejercicios de fonación -- los ejercicios que se producen con la parte posterior de la lengua son los siguientes:

1) C dura – caramelo, caña, como, canguro, callo.

2) G dura – gasa, gas, ganga.

3) K – Kenia, kaki, kayak, Kansas.

Desarrollo labial

Los respiradores bucales y los empujadores linguales tienden a tener débiles los músculos orbiculares de los labios, estos músculos necesitan a menudo ser estirados y reforzados de manera que los labios puedan permanecer cerrados sin presión durante la respiración nasal y la correcta deglución, se utiliza el ejercicio de tirar del labio para darles fuerza.

Ejercicios de tirar del labio – consiste en lo siguiente: se utilizan dos botones estériles de aproximadamente 6mm de diámetro. Se ata cada botón a un extremo de un trozo de cinta dental de 1.20m a 1.50 m de longitud, el botón entre sus labios y los dientes, su padre o la asistente dental, que tienen labios normales, se coloca el otro botón entre sus labios y dientes y tratan de sacar el botón de la boca del paciente, acción que este se trata de resistir, esto desarrollara los músculos orbiculares de los labios, cada tracción se considera un ejercicio.

Numero y frecuencia de repetición de los ejercicios.

La cantidad de repeticiones de cada ejercicio dependerá del esfuerzo requerido por el niño, su coordinación muscular y capacidad de atención, por lo tanto cuanto más joven, menos atento y más inquieto sea el niño, menor cantidad de repeticiones se prescribirán. Si la ejecución correcta de un ejercicio insume mucho tiempo se indicará que se los practique menos veces. Cada unidad de práctica consistirá en 10 repeticiones, para comenzar será suficiente con una unidad que se aumentara gradualmente hasta totalizar diez a medida que el paciente desarrolle su habilidad, la frecuencia del ejercicio también reviste importancia porque cuando más veces se repita más atención exigirá del paciente durante el día y con suerte durante la noche. Así dos unidades de práctica 5 veces por día antes o después de las comidas, antes de ir al colegio y a la hora de acostarse, serán más efectivas que 10 unidades una vez al día, de todos modos estará siempre condicionado por las posibilidades del niño para realizarlo y del padre para supervisarlos.

Tiempo de práctica para los ejercicios

El tiempo de práctica, que depende del niño, debe variar desde no menos de 5 minutos por sesión hasta 30 minutos, el tiempo diario total dedicado durante todo el tratamiento no debe exceder los 60 minutos, treinta minutos es una cifra más realista, de modo que los ejercicios no interfieran en los deberes, el juego o el descanso general. Cinco minutos 5 veces por día a 10 minutos 3 veces por día es una excelente distribución de las prácticas.

7.3 MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCAL

Algunos de los métodos utilizados con éxito por los odontólogos, y que no consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño, son: recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias comercialmente disponibles a este efecto de sabor desagradable, rodear el dedo afectado con tela adhesiva. Sin embargo todos estos métodos tienen algo en común, se basan en la aceptación del niño para romper el hábito, deberá advertirse siempre a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otro, aún más nocivo.

La actitud de los padres durante este tipo de procedimientos es de gran importancia, si exigen al niño una perfección que este no puede lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso.

Sin embargo si los padres recompensan de alguna manera al niño por dejar el hábito durante el procedimiento, por medio de sus actos y de algún premio insignificante, esto impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una meta clara.

Los investigadores afirman que una adecuada alimentación por mamá y conductas tales como el balanceo, el canto de la madre o la narración de cuentos reducen la necesidad de succión del pulgar.

Se ha informado del éxito con terapias como la impregnación de las manos con sustancias químicas amargas, la inmovilización o atadura de la mano del niño a un costado, y también con el uso de aditamentos como capuchones de dedo, entablillado del pulgar e del codo, moldes y adhesivos, quizá la expectativa del paciente y del padre cuando éste participa, explica parte de estos éxitos.

En casos de hábito de succión digital la técnica estriba en establecer primero una relación con el niño, luego se le debe decir como afecta sus dientes el hecho de chuparse el dedo y cómo sus dientes modifican su aspecto y lo que las demás personas piensan de ellos.

El paciente es motivado así para abandonar el hábito, se pueden utilizar distintos elementos auxiliares como recordadores.

Thum - una medicación de mal gusto pintada sobre el dedo, estos y otros elementos son presentados al paciente para tratar de recordarle que no debe chupar el dedo.

Vendaje elástico - se envuelve alrededor del brazo cuando éste está estirado, cuando el niño trata de succionar, la resistencia ofrecida actúa como un recordatorio, la resistencia nunca es tan grande como para que el niño no pueda chupar, el vendaje es un recordador y no un freno.

Elementos para cubrir el dedo y la mano - éstos incluyen vendajes con cintas adhesivas, medias y férulas digitales, se les debe utilizar sólo como recordadores.

Otro método utilizado para la succión digital - se le pide al niño que haga un calendario donde llevará el registro, cuando él evite exitosamente la costumbre durante todo el día, esto puede ser con una calcomanía en forma de estrella, debe llamar al odontólogo para informar de su progreso en la cesación del hábito.

Una reducción a lo largo de una semana en la cantidad de veces que se practique el hábito significa que se progresa e indica que el niño finalmente lo dejará.

También ha dado éxito el empleo de una pastilla de menta sin azúcar, se indica al niño que mantenga la pastilla con la punta de la lengua contra el paladar hasta que se disuelva, mientras mantiene así la pastilla, fluirá saliva y el niño tendrá que tragar, este procedimiento es utilizado para adiestrar la lengua y sus músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución y posteriormente construir un arco lingual inferior con una rejilla o un retenedor de acrílico superior con una valla como un recordatorio para ubicar la lengua correctamente durante la deglución.

7.4 USO DE APARATOLOGÍA INTRABUCAL PARA ELIMINAR HÁBITOS ORALES INFANTILES.

El uso de aparatos intrabucales, son considerados por los niños instrumentos de castigo, pueden producir trastornos emocionales más difíciles de eliminar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito.

Se deberá realizar una serie de preguntas antes de colocar algún aparato en boca.

1- Comprensión del niño

- ¿ Quiere el niño que le ayuden a eliminar el hábito?
- ¿ El niño comprende la necesidad de utilizar el aparato

2- Cooperación paterna

- ¿ Comprenden ambos padres, el uso y resultado del tratamiento por medio del aparato?
- ¿ Los padres están de acuerdo en cooperar con el odontólogo y el niño?.

3- Relación amistosa

Se deberá establecer una amistad entre el odontólogo y el niño, de manera que en la mente de éste exista una situación de recompensa en vez de una sensación de castigo.

4- Definición de la meta.

- ¿ Han elegido los padres del niño y odontólogo una meta definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar?.

5 - Madurez

- ¿ El niño ha adquirido la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo.

Condiciones para seleccionar un aparato específico, que elimine los hábitos, que son causa de la maloclusión, las razones principales para usar un instrumento adecuado y las inherentes limitaciones de cada tipo deben ser consideradas con mucho cuidado.

- 1- Tipo de hábito
- 2- Edad del niño
- 3- Cooperación de los padres

Estos factores que deben ser examinados por el odontólogo al elegir un instrumento fijo o removible que lleve a cabo sus objetivos de tratamiento.

El instrumento fijo, el cual puede ser sacado y ajustado sólo por el odontólogo.

El instrumento removible, el cual es usado por el niño en ocasiones sugeridas por el odontólogo, pero que puede ser sacado por el niño de su boca durante intervalos específicos, tales como horarios de comida y momentos de juegos activos.

Los pacientes tienen que usar el aparato intraoral para hábitos por un período mínimo de 6 a 10 meses, para obtener un resultado exitoso, de lo contrario el tratamiento será un fracaso, el paciente que utiliza el instrumento por diez meses el índice de éxito es de 91% 3 años después que el dispositivo fue retirado.

Pantalla vestibular o pantalla oral

La pantalla vestibular u oral se ha establecido como uno de los aparatos más fáciles de usar y más efectivos para los dientes anteriores superiores protruidos. Se le ha denominado aparato fisiológico, ya que no produce el movimiento dentario por medio de alambres, sino que genera su fuerza contra los dientes anterosuperiores por medio de la presión de la musculatura peribucal, estos aparatos son fijados de manera que el niño los sostiene en su lugar entre sus dientes y sus labios.

Cuando se coloca una pantalla oral sobre la superficie vestibular de los dientes anteriores en los cuales hay una protrusión significativa de los incisivos centrales y laterales superiores con esparcimiento interproximal, puede ejercer una gran cantidad de presión muscularmente generada contra los dientes superiores por el cierre de los labios sobre la pantalla oral.

El aparato deberá ser diseñado para ser esencialmente mucosoportado de tal modo que se ejerza una pequeña o ninguna fuerza contra los dientes por medio de la pantalla oral, si es incorporada demasiada presión vestibular contra los dientes no espaciados, el resultado final puede ser dientes apiñados o incisivos superiores e inferiores forzados a una relación borde a borde, ambos resultados no son deseables.

Funciones generales de una pantalla oral.

El uso durante las horas de la noche y de sueño de una pantalla oral adecuadamente construida puede ayudar al niño de la siguiente forma

- 1- Estableciendo una mejor aptitud labial y disminuyendo la tendencia a los labios desgranados observada con tanta frecuencia en los casos de mordida abierta anterior.
- 2- Restringiendo la tendencia de la lengua a proyectarse hacia delante a través de la zona de mordida abierta y ayudando en consecuencia en los casos de mordida abierta anterior.
- 3- Restringiendo al mínimo la acción del músculo mentoniano en el labio inferior esto ayuda también a normalizar el patrón de deglución.
- 4- Impide la respiración bucal, forzando al paciente a respirar por la nariz.

Trampa Palatina

Se diseña para interrumpir un hábito digital al interferir con la colocación del dedo y la satisfacción derivada de la succión.

Puede utilizarse como retenedor después de la expansión maxilar con un Quad Helix, se ajustan bandas en los segundos molares deciduos o primeros molares permanentes.

Durante los primeros días posteriores a la colocación, puede presentarse alteraciones en los patrones de alimentación, fonación y del sueño, estas dificultades disminuyen con frecuencia entre tres días y dos semanas.

Desventajas

La higiene bucal es el problema principal con la trampa palatina, el dispositivo atrapa alimento y es difícil limpiarlo, puede presentarse halitosis e inflamación de los tejidos.

Los aparatos usados para desalentar costumbres deben permanecer 6 meses como mínimo en boca.

La pantalla oral es utilizada para la corrección de los siguientes estados anormales:

- a) Succión digital, mordedura de labios y empuje lingual.
- b) Respiración bucal cuando las vías aéreas están abiertas.
- c) Ligeras disoclusiones con protrusión premaxilar y mordida abierta en la dentición decidua y mixta.

Quad Helix.

Este aparato es fijo y se emplea para expandir un arco superior costreñido, las helices del aparato sirven para recordar al niño que no debe colocar el dedo en la boca, este es un dispositivo versátil para corregir una mordida cruzada posterior y desalentar al mismo tiempo el hábito digital.

Quad Helix requiere seis meses de tratamiento, se necesitan 90 días para corregir la mordida cruzada y otros tantos para estabilizar el desplazamiento.

Guarda Oclusal

- 1- Estimula el tipo de erupción que se mantenga, esto se aplica principalmente en pacientes jóvenes en crecimiento.
- 2- Es un requisito importante en la utilización intensiva del aparato, tanto de día como de noche, para evitar deterioro periodontal, trauma y guía dentaria anormal del maxilar inferior durante la masticación, trastornos de la articulación - temporomandibular ó bruxismo

CONCLUSIONES

Una vez realizada la revisión bibliográfica del presente trabajo, sobre hábitos bucales es evidente la gran diversidad de criterios, con respecto a la etiología y tratamiento de estos; por lo cual he llegado a las siguientes conclusiones.

1. - Orientar a los padres mencionándoles la importancia de la prevención, diagnóstico y tratamiento de los hábitos bucales.
2. - Analizar la etiología del hábito, ya que de esto dependerá el tratamiento a seguir.
3. - Establecer relaciones con profesionales de otras áreas que nos pueden ayudar a resolver la alteración existente.
4. - No realizar tratamientos sin bases reales.
5. - Recordar que cualquier tipo de tratamiento deberá ser bajo la cooperación del paciente y ayuda de los padres, por lo que se les debe explicar que estos hábitos son muy comunes y constituyen la expresión del desarrollo del niño.

BIBLIOGRAFIA

Balm Lloyd
Rehabilitación bucal
Editorial Interamericana, 1977.

Barber Thomas K./ Luke Larry S.
Odontología Pediátrica
Editorial Manual Moderno
Primera Edición, 1985.

Barberia L.
Odontopediatría
Editorial Masson, S.A.
Primera Edición
España 1995.

Barnett Edward M.
Terapia Oclusal en Odontopediatría
Editorial Médica Panamericana
1978.

Bengt O. Magnusson
Enfoque sistemático
Odontopediatría
Editorial Salvat.

Bijou Sidney Baer D.
Psicología del desarrollo infantil
Editorial Trillas
Tomo I y II
México, 1980

Brauer, John Charles
Odontología para niños
Editorial Mundi, Cuarta Edición
Buenos Aires, Argentina, 1960.

Canut J.A.
Ortodoncia clínica
Editorial Salvat
España, 1992.

Cohen Michael
Pequeños movimientos dentarios del niño en crecimiento
Editorial Panamericana, 1979.

Finn Sydney B.
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
Quinta Edición
México, 1982

Garliner Daniel
Myofunctional Therapy in Dental Practice
Institute for Myofunctional Therapy
Third Edition.

Graber
Ortodoncia, Teoría y Práctica
Editorial Interamericana
Tercera Edición
México, 1991.

Hogeboon, Floyd, Eddy
Odontología Infantil e Higiene Odontológico.
Editorial Hispano-Americana
Sexta Edición

Hotz, P. R.
Odontología para niños y adolescentes
Odontopediatría
Editorial Médica Panamericana, 1977.

León Tenenbaum
Odontopediatría – Ortodoncia – Terapéutica
Editorial Mundi
Vol. V, junio 1967.

Leyt Samuel
Odontología Pediátrica
Editorial Mundi
1980

Mac Donald Ralph E.
Odontología para el niño y el adolescente
Editorial Mundi

Mac Donald Sidney. B.
Psicología del desarrollo infantil teoría empírica y sistemática de la conducta.
México, 1992

ESTA TERCERA DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Mayoral José, Mayoral Pedro
Ortodoncia Principios, Fundamentos y Práctica
Editorial Labor, S.A.
Sexta Edición, 1990.

Moyers
Manual de Ortodoncia
Editorial Mundi
Primera Edición
Argentina, 1976.

Pinckam Jr.
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
Primera Edición
México, D.F, 1991.

Proffit W.
Ortodoncia, Teoría y Práctica
Editorial Mosby
Segunda Edición
E.U.A., 1994.

Fernando Quiroz Gutiérrez
Anatomía Humana
Editorial Porrúa
Tomo I, 35 Edición.

Ramfjord Sigurd P./ Ash, Jr. Major M.
Oclusión
Editorial Interamericana
Segunda Edición.

Sim J. and Finn
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana
Cuarta Edición

Snawder Kenneth D.
Manual de Odontología Clínica
Editorial Labor S.A.
1984.

Bayardo, Mejia, Orozco, Montoya
Etiology of Oral Habits
Journal of Dentistry for Children
September-October 1996
Pags: 350-353.

Goldsmith, Sylvan
George Catlin's concepts on mouth -breathing, as presented by Dr. Edward H. Angle
The Angle Orthodontist
Vol. 64, No. 1, 1994
Pags: 75-78.

Goto, Boyd, Nielsen and Tetsuo Lizuca
Long-Term followup of orthodontic treatment of a patient with maxillary protrusion, severe deep overbite and Thumb-sucking.
The Angle Orthodontist
Vol. 64, No.1, 1994.
Pags: 7-12

Harris and Johnson
Heritability of Malocclusions
AJO-DO
March, 1991
Pags: 258-268

Huguette Turgeon-O'Brien, Lachapelle, Gagnon
Nutritive and Nonnutritive sucking habits.
Journal of Dentistry for children
September-October, 1996.

J. Oulis/ George P. Vadiakas/ John Ekonomides/ Joanna Dratsa
The Effect of Hypertrophic Adenoids and Tonsils on the Development of Posterior
Crossbite and Oral Habits.
The Journal of Clinical Pediatric Dentistry
Vol. 18, No.3/ 1994
Pags: 197-201.

Martinez-Canut, Magán, Lorca
A Study on factors associated with pathologic tooth migration
Journal of clinical periodontology
1997; 24
Pags: 492-497.

Meyer B. Marks, M.D.
Bruxism in allergic children
AJO-DO
January 1980
Pags: 48-59.

Straub W.J.
Malfunction of the tongue. Part II The Abnormal swallowing habit.
American Journal of Orthodont
1961 47:596.