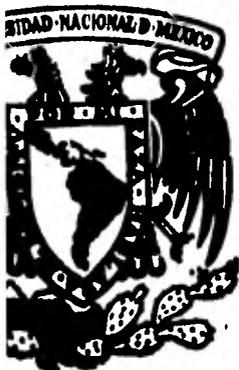


20/183



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**HABITOS BUCALES INFANTILES,
ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SU CLASIFICACION**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Carmen Cervantes Vega', written over a horizontal line.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

Mo. DE LA LUZ DEL CARMEN CERVANTES VEGA

MEXICO, D. F.

1982



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.

INDICE

	PAG.
CAPITULO I	
INTRODUCCION.....	7
CAPITULO II	
DIAGNOSTICO EN HABITOS BUCALES.....	12
CAPITULO III	
HISTORIA CLINICA.....	15
CAPITULO IV	
INFLUENCIA DE LOS PROGENITORES.....	28
IV.1 RECHAZO.....	29
IV.2 DEMASIADO AFECTO.....	33
IV.3 SOBREPOTECCION.....	34
IV.4 EXCESIVA INDULGENCIA.....	34
IV.5 EXCESIVA ANSIEDAD.....	35
IV.6 PADRES AUTORITARIOS.....	35
IV.7 FALTA DE AFECTO.....	35
CAPITULO V	
AUTOMUTILACION.....	38
CAPITULO VI	
HABITOS.....	42

	PAG.
VI.1 COMPULSIVOS.....	44
VI.2 NO COMPULSIVOS.....	45
 CAPITULO VII	
DIFERENTES TIPOS DE HABITOS.....	49
VII.1 PERNICIOSOS.....	49
VII.2 DEGLUSION ANORMAL.....	54
VII.3 PROYECCION LINGUAL.....	60
VII.4 SUCCION DEL PULGAR.....	64
VII.5 QUEILOFAGIA.....	70
VII.6 EMPUJE DEL FRENILLO.....	71
VII.7 ONICOFAGIA.....	71
VII.8 HABITOS DE POSTURA.....	72
VII.9 ABERTURA DE PASADORES.....	72
VII.10 RESPIRACION BUCAL.....	73
VII.11 BRUXISMO.....	76
 CAPITULO VIII	
CONCLUSIONES.....	79
BIBLIOGRAFIA.....	83

CAPITULO 1

INTRODUCCION

INTRODUCCION

En el presente trabajo constituye nuestra preocupación, un tema muy importante y de gran significación sobre los hábitos infantiles y sus consecuencias en el desarrollo dental y psicológico del niño. La odontopediatría es la rama de la odontología que se ocupa de este tipo de problemas; incluye, dentro de sus consideraciones, lo relacionado a problemas infantiles derivados de los hábitos, y las consecuencias de éstos en la dentición primaria y en la estructuración bucal del niño.

Durante muchos años los odontólogos han atendido los hábitos bucales de los niños, los cuales son considerados como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y su-

mamente maleables.

Asimismo, los cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones que pueden volverse anormales de continuar dichos hábitos por largo tiempo. Por este problema también se interesa 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 a su vez, darán mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser sólo un síntoma; a los padres del niño que exhibe algún hábito bucal, les preocupa mayormente el aspecto social.

Los hábitos son maneras adquiridas de ser actuar que se origina en la repetición de situaciones semejantes. Cuando un niño se enfrenta a una situación o actividad nueva su actitud y comportamiento ante ella reviste formas básicamente instintivas, impulsivas y aún razonadoras; no obstante, los cambios que se operan en el sujeto no son constantes y consecuentes a cada nueva repetición, pues si bien los primeros son bastante marcados, los subsiguientes lo serán cada vez en menor grado hasta que llegue el momento en que se vuelvan in-

significantes. En esta última fase podemos considerar que se ha formado un hábito.

Las primeras experiencias frente a un estímulo operan en el terreno de la conciencia; se dan en ella. En la mayoría de los casos el niño se percata de la experiencias pero conforme ocurre la repetición, se va perdiendo el grado de conciencia. Se llega así al instante en que se es y se actúa sin darse cuenta frente a los estímulos que, a fuerza de presentarse en forma constante, automatizan o mecanizan la actuación o respuesta a diversas situaciones.

El hábito comprende, entonces, dos fases: a) una deformación, constituida por las transformaciones sucesivas que se efectúan a cada repetición, y b) otra de estado, propiamente dicho, en que se adquiere y define una forma de ser o actuar, producto de las transformaciones aludidas que en sí mismas se vuelven insignificantes. Cuando ya se ha constituido el hábito, las nuevas repeticiones refuerzan las transformaciones registradas, arraigando cada vez más la adquisición. Es claro que la memoria, y por ende la formación de hábitos, esté sujeta a una serie de modalidades, tanto internas como externas; o sea que intervienen factores tales como la intensidad emotiva de los estímulos y experiencias, el grado individual de capacidad de adopción de experiencias y la frecuencia de las repeticiones en el tiempo; todo lo cual dificulta el estableci---

miento de normas generales que sirvan para considerar las características de la memoria en todos los seres humanos.

CAPITULO II

DIAGNOSTICO EN HABITOS BUCALES

DIAGNOSTICO EN HABITOS BUCALES

El diagnóstico es la puerta de entrada al sistema de planificación del tratamiento. Debe ser una descripción explícita y clara del trastorno observado. El análisis debe incluir las influencias apremiantes de la identidad y del estado de salud, así como la descripción en los tres planos en que se trabaja: alineamiento dentario, relación mandibular, configuración facial y articulación funcional.

La historia clínica, el examen clínico y las pruebas de laboratorio, proporcionarán los hechos esenciales y necesarios para llegar a un diagnóstico. De las evidencias apreciadas pueden delinearse varios procesos patógenos. Siempre existe la posibilidad de que se desarrolle más de un proceso patológico -

al mismo tiempo. En ciertos casos hay que consultar a otros -
especialistas (o médicos generales) antes de llegar a un diag-
nóstico final y prescribir un plan de tratamiento.

La historia clínica, exámenes clínicos, estudios --
radiografos, fotografías clínicas y modelos de estudios ayu--
dan al odontólogo a formular un buen diagnóstico.

CAPITULO III

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

La historia clínica del paciente es, en realidad --- una biografía médica de la vida del enfermo. En ella se da --- atención a los trastornos físicos y emocionales, caracteris-- ticas hereditarias, hábitos y medio ambiente que los rodea. Su elaboración debe llevarse a cabo en forma ordenada y sistemá-- tica de tal manera que facilite la recopilación de datos.

La duración y enfoque de la historia clínica depende de las circunstancias que rodean cada caso. En situaciones--- ideales, los padres pueden completar el cuestionario en la sa-- la de espera durante la primera visita, lo cual puede ahorrar-- tiempo el personal del consultorio e instruir a los padres so-- bre el interés que tiene el dentista por el niño que está tra-- tando.

El odontólogo revisa el cuestionario y lo completa con anotaciones especiales en el registro del paciente.

La historia clínica de un paciente de odontopediatría puede dividirse en:

- 1.-Estadísticas vitales o datos generales.
- 2.-Antecedentes:
 - a).-Antecedentes hereditarios y familiares.
 - b).-Antecedentes personales.
- 3.-Padecimiento actual.
- 4.-Exámen clínico:
 - a).-Apreciación general del paciente.
 - b).-Exámen bucal detallado.
 - c).-Exámenes suplementarios. y pruebas especiales

1.- ESTADÍSTICAS VITALES O DATOS GENERALES.

Son esenciales para conformar el registro de nuestro paciente en el consultorio. De esta información, el odontólogo obtiene una visión del nivel social de la familia; se anotan datos como; nombre, edad, sexo, año escolar, nacionalidad y -- otros más generales. Además, deberá anotarse el nombre del médico del niño (pediatra), para consultarle o para obtener información médica adicional cuando se necesite.

2. -ANTECEDENTES.

Son una parte muy importante de la historia clínica ya que facilitan el diagnóstico y permiten preveer la evolución y la respuesta al tratamiento.

a) .-Antecedentes hereditarios y familiares.

Proporcionan alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. También es útil ya que proporciona al odontólogo información sobre el valor que los padres conceden a sus propios dientes. Esto es importante porque la actitud de los padres hacia la odontología, puede reflejarse en las actitudes del niño con relación a los servicios dentales.

b) .-Antecedentes personales.

Se dividen en dos partes:

I. -Historia prenatal y natal.

II. -Historia posnatal y de lactancia.

I. -Las historias prenatal y natal proporcionan indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura anormal de los dientes temporales y permanentes. El odontopediatra analiza los efectos de las drogas y trastornos metabólicos que ocurren durante las etapas de formación del niño.

II. -El historial posnatal y de lactancia revisa los sistemas vitales del paciente; también registra información sobre tratamientos preventivos previos, como caries, trastornos del desarrollo con efectos en la dentición, alergias y ---

reacciones nerviosas; el comportamiento del niño y su actitud en relación con el medio; también hábitos de nutrición (dieta suficiente o insuficiente) y otros trastornos del metabolismo del hueso; enfermedades padecidas, operaciones y alergias a -- alimentos o hacia algún medicamento.

3.-PADECIMIENTO ACTUAL.

Se registra la queja principal con las palabras de la madre o el niño; esto puede ser un problema agudo o sólo un deseo de atención rutinaria. En los casos en que existe una - patología en evolución, en el momento de la consulta, es indig - pensable obtener un pequeño resumen al respecto, que incluya - el tratamiento que se ha utilizado.

4.-EXAMEN CLINICO.

Se hace el exámen clínico del niño mediante una se-- cuencia lógica y ordenada de observaciones y procedimientos de exámen, evitando las tensiones y que el paciente se sienta --- presionado. La cooperación del niño determina el curso de la - acción a seguir; un exámen clínico completo debe ser una evo - lución a conciencia del trastornos observado.

HISTORIA CLINICA INFANTIL

Estadísticas vitales

fecha_____

Nombre del niño_____

Fecha de nacimiento del niño_____

Sexo_____

Nombre de la persona que proporciona la información_____

Nombre del padre_____

Ocupación_____

Nombre de la madre_____

Ocupación_____

Dirección_____

Médico actual del niño_____

Teléfono_____ Dirección_____

Padecimiento actual.

Queja principal_____

Motivo de la conducta_____

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

Historia de los padres

Padece alguna enfermedad contagiosa_____

Cuál?_____

Padece alguna enfermedad hereditaria?_____

Cuál?_____

ANTECEDENTES PERSONALES.

Historia prenatal.

Tuvo alguna enfermedad durante su embarazo? _____

De que tipo y cuando? _____

Estuvo bajo terapéutica medicamentosa durante su embarazo? _____

Enumere qué medicamentos? _____

Con que frecuencia y por cuánto tiempo los tomó _____

Historia natal.

	Si	No
Fue prematuro su niño?	_____	_____
Tenia escorbuto al nacer?	_____	_____
Le hicieron transfusiones sanguíneas?	_____	_____

Historia prenatal y de lactancia.

Tuvo convulsiones durante la lactancia? _____

Fue amamantado? _____

Durante cuánto tiempo? _____

Se le alimentó con biberón? _____

Durante cuánto tiempo? _____

Le administraron fluoruro, vitaminas, calcio, hierro u otros-
minerales? _____

En caso afirmativo, explique _____

Durante cuánto tiempo le administró? _____

Con que frecuencia? _____

Utilizó Chupones con azúcar? _____

Tuvo su hijo enfermedades infantiles durante la lactancia? _____

Enumérelas _____

Ha sufrido fiebres reumáticas? _____

Ha sufrido dolores articulares durante su crecimiento? _____

Ha tenido afecciones renales? _____

Ha tenido afecciones cardiovasculares? _____

Presenta anemia? _____

Recibió su hijo antibióticos? _____

A que edad? _____

Que antibiótico se le administró? _____

Tuvo su hijo dificultad para caminar? _____

Sufrió alguna operación en la lactancia? _____

Por qué razón? _____

El niño tuvo alguna vez alguna fractura? _____

Cómo ocurrió? _____

Sufre frecuentemente accidentes menores? _____

Sufre frecuentemente heridas? _____

Existe en su hijo alguna característica anormal o que salga de lo corriente?, explique _____

Toma su hijo golosinas entre comidas? _____

Que tipo de golosinas? _____

Sufre frecuentemente dolores en los dientes? _____

Sangran sus encias con facilidad? _____

Es alérgico a algún tipo de comida? _____

Es alérgico a algún tipo de medicamento _____

Cuál? _____

Tiene dificultad de detener el sangrado cuanto se corta?

Le salen facilmente moretones?

Presenta su hijo algún hábito?

Cuál? _____

Frecuencia con la que lo desarrolla? _____

No se lleva bien con otros niños? _____

Tiene hermanos o hermanas? _____

Cuales son sus edades? _____

Tiene problemas en la escuela? _____

De que tipo? _____

Teme al dentista? _____

Sabe usted por qué? _____

Ha visitado anteriormente al dentista _____

EXAMEN CLINICO

Boca, nariz y garganta.

Grado de caries Leve _____ Mediano _____ Grave _____

Respira a través de ambos orificios nasales? _____

En caso de ser negativo, por qué? _____

Sufre el niño alguna alérgia? _____

Sufre de frecuentes resfriados? _____

Labio superior

Labio

Normal

Normal

Corto

Corto

Funcional

Funcional

No funcional

No funcional

DEGLUCION

Normal

Anormal

Respira por la boca? _____

Todo el tiempo _____

Solo por las noches _____

Dieta actual. adecuada _____ inadecuada _____

Explicar en que consiste _____

Toma entre comidas?

Dulces _____

Bebidas refrescantes _____

Con que frecuencia? _____

Paladar

Normal _____

Anormal _____

Lengua

Normal _____

Anormal _____

Piso de la boca

Normal _____

Anormal _____

Encías y mucosa labial

Normal _____

Anormal _____

Color _____

Consistencia _____

Dientes

Dientes ausentes _____

Dientes que presentan alguna malformación _____

Pérdida prematura de dientes temporales _____

Erupción tardía de dientes permanentes _____

Espacio del frenillo _____

Restauraciones dentales deficientes _____

Retención prolongada de dientes temporales _____

Pérdida de dientes permanentes _____

Dientes cariados _____

Hábitos

Succión del pulgar. -

Succión del algún otro dedo. -

Protrusión de lengua. -

Deglución. -

Respiración bucal. -

Cuerpos extraños. -

Imitaciones, -

Otros. -

Efectos causados por hábitos _____

Se ha establecido con anterioridad algún tratamiento para eliminarlo? _____

Cuáles han sido los resultados? _____

Hábito actual _____

Etiología _____

Diagnóstico _____

Pronóstico _____

Plan de tratamiento _____

Modelos de estudio, -

Radiografías, -

Fotografías. -

Tipo de aparato ortodóntico utilizado, -

ANOTACIONES

CAPITULO IV

INFLUENCIA DE LOS PROGENITORES

INFLUENCIA DE LOS PROGENITORES

El niño puede conceptualizarse como un conjunto de interrelaciones de estímulo y respuesta al medio que le rodea. Estos se conciben como elementos que actúan sobre el niño. Ante algunos estímulos específicos y reacciones disposicionales, él y el medio muestran su interacción continuamente desde la fecundación hasta la muerte; por lo tanto, el desarrollo psicológico del niño está constituido por cambios progresivos en las diferentes maneras de relacionarse con el medio.

El desarrollo progresivo, depende de las oportunidades y circunstancias registradas en el presente y en el pasado. Hay dos formas básicas de relacionar los estímulos y las respuestas:

a).-Algunas respuestas son controladas por la estimulación precedente.

b).-Algunas respuestas son controladas por la estimulación consecuente.

No es fácil llevar a evaluaciones estadísticas las actitudes de los padres con respecto a los hijos, ya que son muy complejas y variables en sus manifestaciones; además son intrínsecamente dependientes de sus formas de proyección e identificación. Aquellos que han tenido que esperar mucho para tener un hijo después del matrimonio o que se casaron tarde, tienden a ser excesivamente afectivos o protectores. El rechazo o la indiferencia hacia los niños es común cuando su concepción no era deseada o cuando los padres son muy jóvenes y no están lo suficientemente maduros emocionalmente para aceptar las responsabilidades de la paternidad.

IV. I. -RECHAZO

En algunas épocas de la historia, se ha observado un rechazo general hacia los niños recién nacidos o hacia aquellos con defectos físicos o con determinado sexo. Actualmente ese rechazo se está erradicando; sin embargo, subsiste el rechazo de los padres hacia los hijos por diferentes causas. La más generalizada se relaciona con el niño cuyo nacimiento no se desea. Generalmente este rechazo es el producto de una

concepción accidental. Existen diferentes grados y respuestas - que van desde el intento frustrado de aborto, hasta el abandono - del niño después del nacimiento. Estas son las dos reacciones - de rechazo radical por parte de los padres.

La mayoría de los niños, deseados o no, permanecen - con los padres, a pesar de la conflictiva relación que se da entre el padre que rechaza y el niño rechazado. Esta situación - tiene una profunda influencia en ambos y en el desarrollo de la personalidad del niño.

Unas de las principales causas de rechazo de los padres hacia su hijo son:

- 1).- Incompatibilidad social de los padres.
- 2).- Peleas frecuentes entre ellos.
- 3).- Desilusión en él o en ella sobre el sexo de su - hijo.
- 4).- Falta de afecto de uno de los padres hacia el - otro.
- 5).- Falta de consideración del esposo hacia la esposa.
- 6).- Disgusto o miedo por parte de la madre hacia el - embarazo.
- 7).- Miedo de la madre hacia una herencia perniciosa - que afecte al niño.
- 8).- Matrimonio forzado.

9).- Matrimonio al que se opusieron los padres y parientes.

10).- Interrupción de la carrera de la madre o de sus actividades sociales.

Desde el punto de vista clínico encontramos tres manifestaciones de rechazo:

a).- Excesiva hostilidad y negligencia.

b).- Perfeccionismo.

c).- Excesiva protección compensadora.

a).- Excesiva hostilidad y negligencia.

La hostilidad de los padres hacia sus hijos se manifiesta por irritación constante, castigos, darle al niño un nombre ofensivo al hablarle, etc.

Existe otra forma de hostilidad y negligencia por parte de los padres, que no es tan absoluta, pero no por eso menos nociva en el desarrollo del niño. Por ejemplo, substituir rápidamente, o desde un principio, el pecho de la madre por un biberón convencional o regresar innecesariamente al trabajo después del parto etc. La personalidad del niño en todas estas circunstancias reflejará una necesidad enorme de cariño y cuidados de la madre, así como de otro sentimiento de protección y cuidado implícito en las relaciones madre-hijo. Esta situación propicia

el hábito de la succión del pulgar, que más adelante habrá que corregir.

b). -Perfeccionismo.

Cuando los padres adquieren conciencia del rechazo-- hacia sus hijos, lo que repercute de una manera decisiva en la conducta del niño y que además es severamente condenada por la sociedad, los psicólogos deben poner todo su interés y conocimiento en el estudio de las causas que originan el problema.-- Para solucionarlo el primer paso es buscar la razón o el "por- qué" de ese rechazo. Como se ha visto, una de las razones con- siste en que no quieren ni aceptan al niño en la forma en que- es, y se dedican con energía a corregir lo que consideran erró- neo en la conducta del niño.

Por lo general, la madre lo introduce bruscamente en un patrón de costumbres y horarios al que deberá a toda costa adaptarse el pequeño. Este "perfeccionismo" por parte de los - padres crea en el niño la no satisfacción de sí mismo; como -- consecuencia, las limitaciones con que se ha tratado de condu- cirlo a la perfección desde temprana edad, es generalmente la- causa de que se desarrollen en él tendencias obsesivas y com-- pulsivas.

Todo este conjunto de factores ocasionan en el niño- una inestabilidad emocional y una falta de personalidad.

c).-Excesiva protección compensador.

Es muy parecida esta forma de conducta al perfeccionismo, con la diferencia de que la sobreprotección se deriva generalmente de la madre y sus actividades, la cual, en forma exagerada, tratará de monopolizar todo el tiempo de su hijo.

Esta conducta de la madre originada por diferentes circunstancias que explicaremos más adelante, ocasiona en el niño una conducta negativa posterior, ya que no puede decidir ni pensar por sí mismo. La madre que desarrolla esta actitud de exagerada protección, no permite un desarrollo normal de la conducta y personalidad del niño.

El individuo que crece bajo cualquiera de estos tipos de educación, se vuelve egofista, resentido, vengativo, desobediente, hiperactivo, rebelde, etc.

IV.2.-DEMASIADO AFECTO.

Generalmente, en padres que se casaron tarde, que tienen un solo hijo o bien un hijo adoptivo, son los más proclives a manifestar un excesivo afecto. Los padres interfieren e inhiben de esta manera el desarrollo de la personalidad del niño, que educado bajo esta forma de conducta, no puede reaccionar normalmente frente a una situación dada. Este tipo de niños esperan que todo el mundo esté a su servicio para cumplir sus caprichos en la misma forma en que sus padres lo hacen.

Los pequeños no están preparando para tomar su lugar en la escuela y en cuanto a la consulta dental son muy rebeldes, cobardes y completamente inadaptados.

IV.3. -SOBREPROTECCION.

Algunas madres insisten en monopolizar todo el tiempo de sus hijos, sin permitirles que jueguen con otros niños. Este tipo de conducta corresponde a la madre que ha perdido uno o más hijos por enfermedad o accidente; también se presenta en la madre que no es capaz de tener más hijos, o en aquella que tiene un hijo después de mucho tiempo de esperarlo. Se manifiesta a través de:

- contacto excesivo.
- infantilización
- impide la madurez social del niño.

IV.4. -EXCESIVA INDULGENCIA.

En este caso, los padres acuerdo a sus posibilidades económicas, no le niegan nada al niño y nunca restringen y encauzan sus actividades. Esta actitud, en general, la presentan los padres que tuvieron una infancia poco satisfactoria aunada a problemas económicos.

El niño que crece en esta atmósfera es un niño mimado, que no puede tener un contacto social con otros niños o adultos que no cedan a sus caprichos; generalmente lloran por-

todo, sabiendo que con esta conducta, creada consciente o inconscientemente en la mayoría de los casos por los padres, el niño conseguirá todo lo que quiere.

IV.5. -EXCESIVA ANSIEDAD.

Esta actitud, en términos generales, se observa en los padres cuando el niño ha padecido una enfermedad muy prolongada, muy grave, o bien alguno de los otros hijos ha muerto; se exagera cualquier mínima manifestación de enfermedad, lo que hace al niño dependiente de sus padres para cualquier actividad o circunstancia; actúan con miedo, timidez, cobardía, etc. Esta puede ser otra causa para que el niño adopte algún hábito pernicioso.

IV.6. -PADRES AUTORITARIOS.

En este caso, los padres critican y desaprueban cualquier actitud o conducta del niño, pero sin llegar al extremo del perfeccionismo. El niño se siente a sí mismo como alguien negativo. Rechaza o resiste los intentos de realizar cualquier plan de acción sobre él. El niño manifiesta su negativismo con tensión física y se retira frente a cualquier intento de aproximación por parte de quienes le rodean.

IV.7. -FALTA DE AFECTO.

Los padres son indiferentes hacia el niño y le dedi-

can muy poco tiempo, por razones sociales o económicas. Así -- mismo, situaciones tales como la incompatibilidad entre la madre y el padre, celos en la familia, la presencia de madras -- tra o padrastro, pueden provocar un sentimiento de inseguridad en el niño.

Todos los niños en general presentan diversas frus-- traciones. De no contar con el afecto y la comprensión además-- de la guía y consejos de los padres, estas etapas de depresión y descontrol no podrían ser superados por el niño. Cuando ca-- rece de estas atenciones, el niño se vuelve tímido, introver-- tido, temeroso, inseguro o bien adquiere una actitud completa-- mente opuesta: se vuelve egoísta, caprichoso, resentido, venga tivo, rebelde; le gusta contradecir en todo y a todos y siem-- pre se muestra renuente a cualquier manifestación de afecto.

El niño que vivie en este ambiente puede desarrollar fácilmente malos hábitos; no sólo en lo tocante a su estructu-- ra dental, sino también en el terreno social. Seguramente el - convertirse en adulto se enfrentará a un problema mayor aún ya que será un individuo inestable, carente de seguridad y con -- fianza en si mismo.

CAPITULO V

AUTOMUTILACION

AUTOMUTILACION

La automutilación puede ser generada por diversos factores; en ocasiones los niños se traumatizan los tejidos bucales intencionalmente; también puede ser motivo por el cirujano dentista, o bien, provenir de accidentes.

En algunos casos es posible encontrarse frente a niños con hábitos de carácter masoquista. Plessett, por ejemplo, en sus investigaciones observó una niña de nueve años con inteligencia aparentemente normal. Sin embargo, la niña presionó su canino temporal superior e incisivos permanentes inferiores, hasta liberarlos de los tejidos de sostén y extraerlos.

También se ha comprobado que niños de solamente cuatro años se traumatizan los tejidos gingivales libres y adherentes con la uña, llegando al punto de destruir el hueso al-

veolar.

El dentista debe tener conciencia de la incidencia de este hábito y afrontar el problema consciente de la gran responsabilidad y confianza que depositan en él los padres del niño afectado. Para ello debe realizar un interrogatorio amplio y completo, buscando determinar el factor causal. Muchas veces pueden existir factores dentales locales los cuales serán corregidos. Sin embargo, en la mayoría de los casos el hábito de la automutilación refleja un afán de evadirse de la realidad, lo cual obviamente involucra un problema psicológico emocional.

También se da el caso de dientes fracturados y desplazados. Es importante anotar en este sentido que el niño, en sus múltiples actividades como correr, trepar, subir y bajar, puede por algún traumatismo ser muy vulnerable a la fractura o al desplazamiento.

Se afirma que son más frecuentes las fracturas radiculares que las coronarias en los dientes primarios. Asimismo, el desplazamiento de éstos por ejercer una acción de palanca o una tensión, por lo cual puede ser más frecuentes el desplazamiento que las fracturas.

Una de las más frecuentes automutilaciones en dientes primarios desplazados, ocurre cuando la pieza dental ha sido extraída de su alineamiento normal por un impacto. Ello se

puede corregir readaptando en su posición original el diente -
afectado, siempre y cuando se atienda el niño inmediatamente -
después del accidente.

CAPITULO VI

HABITOS

HABITOS

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de una contracción muscular desnaturalizada de carácter complejo: bajo un estímulo constante se memorizan y se convierten en una forma automatizada inconsciente. Al nacer, todo organismo posee -- ya una jerarquía de respuesta finalizadoras de la necesidad, -- que se activan en condiciones de estimulación y pulsión; las respuestas activadas por una necesidad dada, no se deben a una selección casual de las respuestas del organismo, sino que son las que más probablemente determinan una necesidad.

La fuerza del hábito aumenta cuando el receptor y el efector se activan a través de una persistencia temporal; se-- asocian así con el reforzamiento primario o secundario. Exis--

ten tres factores para la formación del hábito:

1).-Reforzamiento.- La fuerza del hábito es el resultado de un reforzamiento de los vínculos estímulo-respuesta, basándose en su proximidad a la reducción de la necesidad.

2).-Motivación.- La reacción potencial depende de la interacción de la fuerza de hábito y pulsión.

3).-Generalización.- La fuerza de hábito generalizada, depende tanto del reforzamiento como de la generalización de otros reforzamientos.

Si se desea romper un hábito (es decir, acelerar su olvido), lo único que se necesita hacer es que otros movimientos se produzcan en presencia de los indicios del hábito en cuestión; el problema es descubrir las causas y sustituirlas por una conducta específica, lo cual con frecuencia lleva tiempo puesto que muchos indicios pueden conducir a el hábito indeseable.

Los niños pueden adquirir una serie de hábitos que pueden ser temporales, o permanentemente perjudiciales para sus dientes y sus tejidos blandos de sostén; entre estos hábitos pueden mencionarse las costumbres de succionarse el pulgar y otros dedos, de interponer la lengua entre las arcadas o bien el frenillo labial entre los centrales, morderse los carrillos, el labio, las uñas (onicofagia), la respiración bucal y los hábitos de posición.

Asimismo cierto tipo de silbido, en el que la lengua se apoya con fuerza contra los dientes anteriores superiores -- puede producir el desplazamiento de esos tejidos, En general, -- la mayoría de estos hábitos perniciosos pasan inadvertidos para los padres o no les dan importancia, pero también con bastante frecuencia son origen de una preocupación.

VI.I. -HABITOS BUCALES COMPULSIVOS

Un hábito bucal se considera compulsivo cuando adquiere una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la -- práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve -- amenazada. Tienden a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de -- corregir ese hábito; debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada.

El hábito se convierte así en escudo contra la sociedad que rodea al niño; es su válvula de seguridad cuando las -- presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de sopor-- tar. Aunque la etiología específica de los hábitos bucales compulsivos es difícil de precisar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden ocurrir con demasiada rapidez, o bien que el niño recibió poco alimento en cada oportunidad; también puede originarse en una excesiva tensión en el momento de la alimentación sin olvidar los problemas que se -- originan con el sistema de alimentación por medio de biberón.

unque estos problemas de personalidad entran en el campo de trabajo de quienes tratan los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones en el hueso alveolar y en la posición de la pieza dentaria. Algunos ortodoncistas afirman que antes de practicar cualquier intervención, es necesario examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado general de salud del niño. Puede afirmarse que la eliminación de un hábito como succionar el pulgar, puede hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres; ello, siempre y cuando esté psicológicamente preparado para eliminar el hábito.

Los niños a menudo cambian hábitos bucales primarios como succionar el pulgar u otros dedos, por hábitos secundarios como hurgarse la nariz o tirarse del pelo; frecuentemente se puede eliminar el hábito bucal primario, haciendo imposible la gestación del hábito secundario.

VI.2.-HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los hábitos bucales que no tienen un origen compulsivo-emocional, no suelen ser perjudiciales para el individuo; indica una liberación o escape para la tensión que de otro modo se acumularía hasta producir manifestaciones de ansiedad. En este tipo de hábitos puede recaer cualquier individuo, tanto

Aunque estos problemas de personalidad entran en el campo de trabajo de quienes tratan los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones en el hueso alveolar y en la posición de la pieza dentaria. Algunos ortodoncistas afirman que antes de practicar cualquier intervención, es necesario examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado general de salud del niño. Puede afirmarse que la eliminación de un hábito como succionar el pulgar, puede hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres; ello, siempre y cuando esté psicológicamente preparado para eliminar el hábito.

Los niños a menudo cambian hábitos bucales primarios como succionar el pulgar u otros dedos, por hábitos secundarios como hurgarse la nariz o tirarse del pelo; frecuentemente se puede eliminar el hábito bucal primario, haciendo imposible la gestación del hábito secundario.

VI.2. -HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los hábitos bucales que no tienen un origen compulsivo-emocional, no suelen ser perjudiciales para el individuo; indica una liberación o escape para la tensión que de otro modo se acumularía hasta producir manifestaciones de ansiedad. En este tipo de hábitos puede recaer cualquier individuo, tanto -

adultos como niños.

Un hombre con buen ajuste emocional trata de resolver un problema por difícil que este sea, tanto rascándose la cabeza como pensando en él: el estudiante puede escuchar a un conferencista aburrido mientras borronea en una hoja de su cuaderno; o bien, el mismo conferencista puede distraer su atención con una llave, o quitándose y poniéndose los anteojos sin razón aparente.

Todos estos hábitos inocuos, inofensivos, son todos liberadores normales de tensión, necesarios como amortiguadores para el individuo que ha de alcanzar la madurez emocional normal. Los padres no deben presentarles demasiada importancia, pero otros pueden resultar muy perturbadores y fuentes de ansiedad para los padres que contemplan su persistencia en el niño; por ejemplo, el hábito de succionarse el pulgar, los padres pueden sentirse desconcertados cuando su hijo en edad escolar se chupa el pulgar o algún otro dedo con toda avidez, mientras los demás niños no lo hacen.

En este caso los padres están más preocupados por sus propios sentimientos que por el bienestar del niño. El tratamiento paterno de estos problemas parece seguir una norma definida; primero el padre trata de eliminar el hábito avergonzando al niño. Si esto falla, pues ententar el castigo, sólo para descubrir que tampoco da resultado alguno. Finalmente la-

succión del pulgar y la defectuosa oclusión que involucra tejidos blandos, motiva el que se acuda al odontólogo en busca de consejo y orientación.

CAPITULO VII

DIFERENTES TIPOS DE HABITOS

DIFERENTES TIPOS DE HABITOS

HABITOS PERNICIOSOS.

Si bien los hábitos perniciosos pueden producir una mala oclusión, los hábitos correctivos pueden ser nuestros grandes aliados. Los actos infantiles que resultan de patrones mentales inconscientes parecen surgir de cinco fuentes principales, a saber:

- a).- Instinto.
- b).- Insuficiente o incorrecta liberación de la energía.
- c).- Dolor o incomodidad.
- d).- Tamaño físico anormal de las partes.
- e).- Imitación o imposición de los padres.

Muchos hábitos son el resultado directo de la imitación de actos de otras personas o compañeros. En este sentido, los miembros de la familia deben tomar en cuenta este factor y esforzarse por ocultar tales rasgos. Si no se evitan, los hábitos perniciosos pueden producir una mala oclusión o deformidad facial. La fuerza de presiones normales y anormales, origina -- que los dientes se desplacen a posiciones indeseables. Se deduce claramente que este tipo de presiones originadas por un hábito, pueden producir una deformidad fácilmente; por ejemplo, si la lengua es mantenida entre los dientes, impedirá la erupción y producirá una abertura forzada entre los dientes anteriores, observable al morder y tragar. El resultado será una protrusión.

De la misma manera la succión del labio interior puede producir protrusión en los dientes anteriores superiores e inclinación lingual de los dientes anteriores inferiores; la succión del labio superior producirá el estado inverso.

Muchas veces los padres suelen emprender por sí mismos la tarea de romper el hábito, valiéndose de la fuerza o los castigos, métodos que sólo hacen que el hábito se afirme. El niño lo realiza entonces con mayor frecuencia, pero en vez de hacerlo ostensiblemente, se esconde en algún rincón. Ello engendra sentimientos de culpa que se agregan a su problemático desarrollo emocional.

Está bien demostrado que si uno suprime por la fuerza

amente necesario, el niño puede generar otro pernicioso y destructor de su personalidad.

Los tics nerviosos y la conducta irregular que pueden observarse en un niño o en un adulto, generalmente son el resultado de la supresión de hábitos anteriores más benignos.

Métodos de adiestramiento extrabucales.

Algunos de los métodos utilizados con éxito por el odontólogo son:

- 1).- Recubrir el pulgar o cualquier otro dedo con -- substancias comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable,
- 2).- Rodear con tela adhesiva el dedo afectado.
- 3).- Adherir un guante a la muñeca de la mano afectada.

Estos métodos tienen algo en común: se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Debe 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 mucha -- importancia. Si exigen del niño un comportamiento en exceso -- disciplinado que éste no puede lograr, el procedimiento está -- 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, esto impre-

un hábito emocionalmente necesario, el niño puede generar otro quizás más pernicioso y destructor de su personalidad.

Los tics nerviosos y la conducta irregular que pueden observarse en un niño o en un adulto, generalmente son el resultado de la supresión de hábitos anteriores más benignos.

Métodos de adiestramiento extrabucales.

Algunos de los métodos utilizados con éxito por el odontólogo son:

1).- Recubrir el pulgar o cualquier otro dedo con -- substancias comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable,

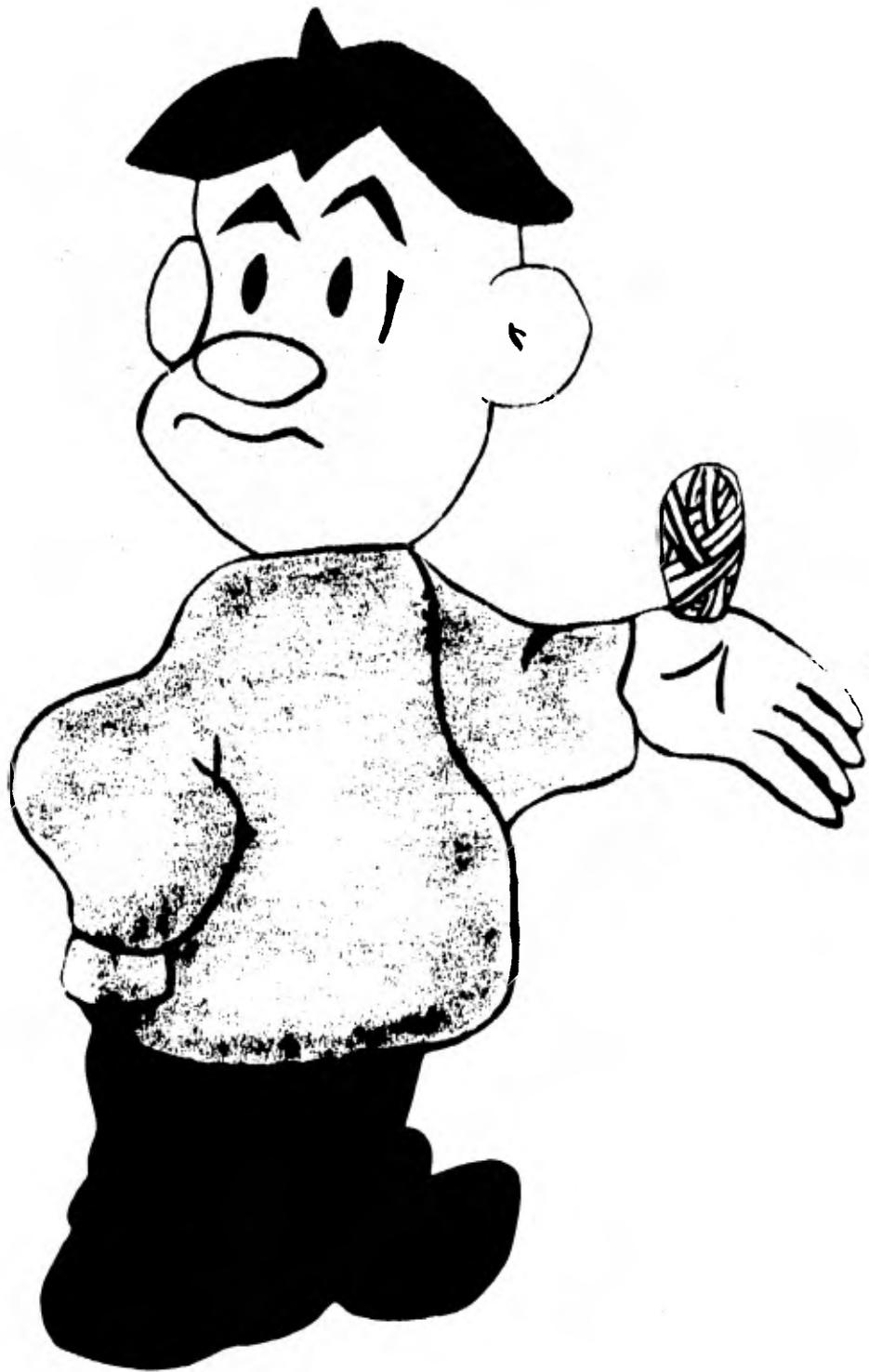
2).- Rodear con tela adhesiva el dedo afectado.

3).- Adherir un guante a la muñeca de la mano afecta da.

Estos métodos tienen algo en común: se basan en la -- aceptación del niño para romper el hábito. Debe 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 mucha -- importancia. Si exigen del niño un comportamiento en exceso -- disciplinado que éste no puede lograr, el procedimiento está -- condenado al fracaso. Sin embargo, si los padres recompensan -- de alguna manera al niño por dejar el hábito durante el proce -- dimiento por medio de sus actos y de algún premio, esto impre --

sionará al niño y le orientará a una meta clara.

La mayoría de los instrumentos extrabucales fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de éste, son considerados como instrumentos de castigo que pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito. En la mayoría de los niños estos instrumentos sirven para añadir un complejo de culpabilidad al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito pero provocando un cambio de carácter demasiado rápido, de un niño feliz a un niño nervioso.



MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRA BUCAL.

VII.2 DEGLUCION ANORMAL.

Straub describió como acto normal de deglución aquel en el cual los músculos de masticación se emplean para llevar a estrecho contacto dientes y maxilares, manteniéndolos así durante todo el proceso. La deglución se produce con los dientes en oclusión y 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 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 los músculos 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 la relación de los dientes.

En el hábito anormal de la deglución, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares; primero la lengua es proyectada hacia adelante, entre los dientes, después los músculos 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 la región incisiva y canina; en otros casos además de la punta interponen los lados de -

la lengua.

Esta ubicación provoca mordida abierta en la zona de las piezas caninas y en la zona de los molares, así como en la zona anteriores.

Puede resultar involucrado el músculo orbicular de los labios y otros músculos faciales de la expresión, especialmente el mentoneano al formar el bolo alimenticio y llevarlo hacia atrás. El acto de la deglución se repite dos veces cada minuto en las horas de vigilia y una vez por minuto o menos en las de sueño, dependiendo de la frecuencia del flujo salival.

Para determinar si se utilizan correctamente los músculos durante el acto de la deglución, se colocan los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se le indica que degluta: si el acto es normal, el músculo temporal se contrae. Al nacer el niño, su alimentación debe ser exclusivamente materna enfrentándonos fisiológicamente a dos problemas importantes:

- 1).- El fisicobiológico
- 2).- El psicosomático.

Fisicobiológico.- El niño lucha por su alimentación -- ya que sus pequeños músculos hacen un extraordinario esfuerzo -- para lograrlo, llevando a cabo un estímulo para el desarrollo de las estructuras maxilo-faciales.

Psicosomático.- Este problema se explica en la seguridad contenta y protección que el niño adquiere mamando en brazos

de su madre.

Estos dos aspectos en la vida del niño son rotos cuando se sustituye el pezón por la mamila artificial, sobre todo - cuando éstas son mal diseñadas, por lo que no ocasionan ningún - esfuerzo al pequeño. Este no tiene la oportunidad de aprender - a succionar y deglutir debidamente, por lo cual no es raro en - contrar este hábito asociado al hábito de chuparse los dedos.

Al aparecer los dientes se establece un cambio dietético en el régimen alimenticio del niño, aprendiendo nuevas formas de utilizar la lengua, los labios y carrillos, empleando de una manera más selectiva los sentidos táctiles y propioceptivos de la boca. Al tragar normalmente, el niño mantiene los dientes en contacto, cierra los labios y se mantiene la lengua contra - el paladar en la parte posterior de los dientes anteriores.

En el caso de un dolor constante de garganta o de - - amígdalas, puede originarse la formación de un nuevo reflejo de la deglución, lo que explica la aparición del hábito como producto de un afección dolorosa.

Sin embargo, debido a la estructura muscular de la -- lengua que le permite adoptar posiciones diversas, el niño, por hábito, puede descargar su nerviosismo acomodándola en diversas formas.

Los ejercicios pasivos dictaminados por Strang para - la deglución, sirven para entrenar a los músculos que intervie-

nen en la deglución, a fin de que funcionen uniformemente y sin contracción durante la succión y el espasmo de la lengua; estos ejercicios son:

- 1.- Téngase a la mano un espejo y un vaso lleno de --
agua.
- 2.- Se le ordena al pequeño que tome un sorbo de agua
lo suficiente para humedecer la boca.
- 3.- Se observa la boca cuidadosamente en el espejo.
- 4.- Se ordena juntar los dientes y mantenerlos en es-
ta posición durante todo el ejercicio.
- 5.- Deben cerrarse suavemente los labios y tragar, re
cordando tres cosas:
 - a) Mantener unidos los dientes.
 - b) Mantener los labios inmóviles.
 - c) Mantener la lengua sin que haga presión sobre-
los dientes anteriores.
- 6.- Repetir lentamente la deglución tomando un sorbo-
de agua cada vez que se dificulte hacerlo.
- 7.- Lo anterior debe hacerse durante dos minutos y --
cuando menos tres veces al día.

Si el paciente tiende a sacar la lengua durante la -
etapa final de la deglución, es muy difícil enseñarle a domi--
nar el hábito. Strang ha hecho notar que si el paciente vuelve

la lengua hacia atrás y la mantiene ahí durante el ejercicio, -
con el transcurso del tiempo aprenderá a dominarla.



DEGLUCION NORMAL



DEGLUCION RETROGRADA Y EMPUJE LINGUAL.

VII.3 PROYECCION LINGUAL

La interposición de la lengua ha sido observada en niños con "mordida abierta" e incisivos superiores en protrusión; sin embargo, no se ha establecido en forma concluyente si la interposición produce la "mordida abierta" o si ésta permite al niño interponer su lengua en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores.

Al diagnosticar una "mordida abierta" anterior, el dentista aprecia el hábito de succión del pulgar y deja pasar inadvertida una interposición lingual o una lengua hipertrófica; esto último puede tener la misma importancia en la formación de una "mordida abierta" o una protrusión de los dientes anteriores. El hábito de la lengua por medio del cual el niño o aún el adulto coloca la lengua entre los incisivos superiores e inferiores, origina otro problema ya que requiere diseñar un aparato corrector.

En los casos en los cuales la mala oclusión ha sido influenciada por un hábito muy definido y no ha sido agravada por una lengua agrandada, se encuentra útil colocar el arco superior lingual, al cual se ha soldado un alambre, en forma de reja de suficiente profundidad para interferir con la colocación de la lengua entre los dientes. Si el hábito no ha sido de larga duración, los dientes afectados que están en infraver-

sión pueden, una vez que el hábito es interrumpido gradualmente y sin aparato, volver a un traslape o sobrepasaje aproximado normal; los aparatos de entrenamiento de la lengua hacen -- que el paciente tenga conciencia del problema. Los elásticos -- intermaxilares cruzados, colocados en estos aparatos, ayudan -- en el entrenamiento de la lengua.

También ha dado resultado 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 fluye saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

Una vez que el paciente adiestra su lengua y sus músculos adecuadamente durante el proceso de deglución, se coloca la valla del arco lingual para que recuerde la posición correcta de la lengua durante la deglución.

TRATAMIENTO:

Debe adiestrarse al niño para que coloque su lengua en la posición correcta durante el acto de deglución hasta que alcanza una edad suficiente para cooperar; también se puede -- recurrir a la técnica de ejercicios miofuncionales, como los -- empleados para limitar los efectos de succión del pulgar, llevando los incisivos a una alineación adecuada.

A un niño con más edad preocupado por su aspecto y --

ceceo, se le enseña a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva y a tragar con la lengua en esta posición, construyendo una trampa vertical con puas.

Gallen observo que si una "mordida abierta" tiene su origen en la dentición temporal que se corrige espontaneamente el cierre inicial suele comenzar hacia los 10 años en el 90% de los niños. En este caso el dentista puede, esperar antes de tomar medidas concretas para corregir la mordida abierta anterior.



MORDIDA ABIERTA; EFECTO CAUSADO POR LA PROYECCION LINGUAL Y --
SUCCION DEL PULGAR.

VII.4 SUCCION DEL PULGAR

REFLEJO DE SUCCION

Una de las primeras zonas del organismo donde se desarrolla una formación neuromuscular coordinada, es alrededor de la boca; al nacer, el niño está dotado de la habilidad de succionar y, aún antes del nacimiento ha sido observada en un feto esta habilidad. Esta capacidad funciona como medio de autoconservación, pues sin la posibilidad de ingerir alimentos sólidos, la succión de los líquidos es fundamental para su existencia.

El niño puede succionar antes que ver o localizar un sonido. Cuando se le da un juguete para que se entretenga, no lo ve ni lo mueve para ver si suena, sino que lo lleva a la boca y por la succión adquiere una mejor percepción que por la vista o el oído. Cuando el pecho o el biberón no están a su alcance, el niño aprende a obtener la misma satisfacción placentera, aunque de carácter temporal, por la succión de los dedos.

La succión del dedo es una función normal hasta cierta edad y no debe ser una preocupación de los padres, siempre y cuando la razón indique que ese hábito no es necesario o recompensante. No se ha establecido a que edad debe cesar el hábito y a cual ya se puede considerar que el hábito es pernicioso para el bienestar del niño.

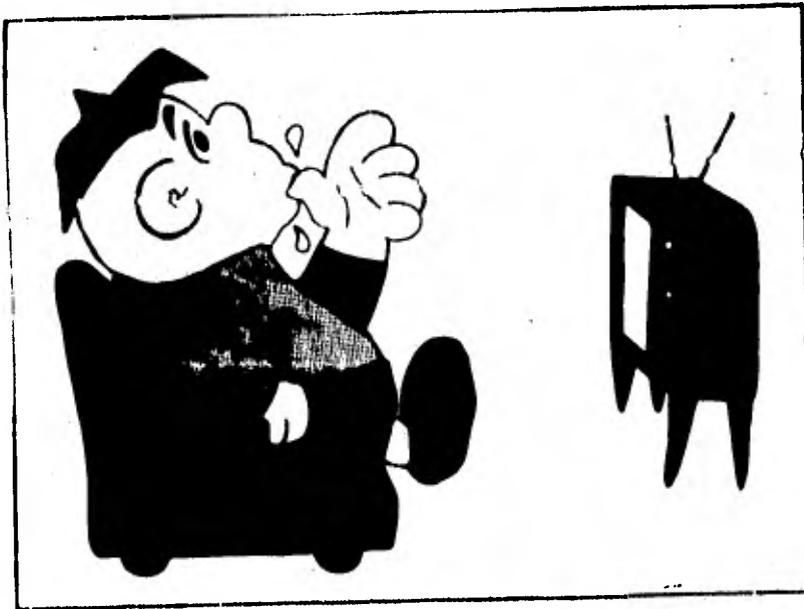
El niño de buen ajuste emocional irá eliminando en forma gradual el hábito hasta disminuir la necesidad de prolongarlo. Rákosi efectuó un estudio en 693 niños que tenían el hábito de succión: en el 60% el hábito se interrumpió, después de una duración de menos de dos años. Los niños de este grupo tenían lo que se considera una oclusión normal. En un estudio, de 413 niños con maloclusión, se estableció que el 85% mantuvo la succión del pulgar por más de cuatro años, se llegó a la conclusión de que la producción de una maloclusión por la succión del pulgar era factor causal.

Durante el desarrollo de la oclusión normal, tienden a ser transitorios los cambios de la dentición causados por la succión del pulgar antes de los cuatro años; sin embargo, a partir de esta edad ya tiene importancia la influencia del hábito sobre la posición de los dientes anteriores, la configuración del arco dentario y la forma del paladar y hueso dentario. El hábito acentuará la relación del esqueleto deformado en patrones de la clase II, con mandíbula subdesarrollada. El alcance de la deformación dentofacial producida por hábitos de succión permanentes, depende del tipo, intensidad y duración de éstos, así como de la interacción de los músculos asociados.

El tipo de hábito puede variar de una simple succión del pulgar, hasta una combinación de la succión acompañada de la presión firme de otros dedos contra los dientes inferiores en --

dirección lingual. Ello trae como consecuencia una protrusión - de los incisivos superiores, y en ciertos casos el apiñamiento - de los incisivos inferiores. El niño puede preferir una mano a - la otra y dirigir de tal forma su actividad de succión, que se - produce la distorsión de los dientes y del hueso alveolar en una zona circunscrita.

Inviertiendo la mano y tomando la mandíbula con los -- dedos, se produce una tensión contra los incisivos inferiores; la lengua puede convertirse en un elemento activo participando en - dicho hábito y ayudando al mantenimiento de la mordida abierta, - incluso si se interrumpe el hábito. Puede ser muy variable la in- tensidad de la succión; en algunos casos el niño puede descansar únicamente el dedo en la boca, o succionar con tal fuerza que el ruido puede escucharse en habitaciones contiguas. Es importante- la duración de la succión diaria; no presenta los mismos proble- mas dentarios el niño que se complace en la succión inmediatamen- te antes de quedar dormido, que el que succiona toda la noche e- incluso durante el día. También debe considerarse la influencia de los músculos asociados, ya que el niño de cuatro a seis años- de edad que es un pertinaz succionador, puede deformar la zona - premaxilar hasta el punto de crear protrusión anterior



CUANDO EL HABITO SE REPITE Y REFUERZA LLEGA A FORMAR UN PATRON DE CONDUCTA ADQUIRIDO.

EFECTOS DENTALES POR SUCCION DEL PULGAR Y OTROS DEDOS.

Generalmente se está de acuerdo en que si el hábito - se abandona antes de la erupción de los dientes anteriores permanentes, no existe gran posibilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de los dientes; pero si el hábito persiste durante el período de la dentición mixta (de 6 a 12 años) pueden producirse consecuencias graves; el desplazamiento de los dientes depende únicamente de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión.

El desplazamiento de los dientes o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

- 1.- De la posición del dedo en la boca.
- 2.- De la acción de palanca que ejerza el niño contra los otros dientes y el alveólo por la fuerza que genera, si además de succionar hay presión contra los dientes.

Observando el contorno presente de la "mordida abierta", casi puede decirse a qué mano pertenece el dedo en cuestión; esto se puede confirmar generalmente levantando de manera casual la mano del niño buscando el dedo más limpio o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de los dientes generalmente produce una abertura labial pronunciada de los dientes anteriores su

periores, aumentando la sobre mordida horizontal al dar una mordida abierta; la succión de palanca puede resultar una inclinación lingual y un aplanamiento de la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores.

Según el hábito, puede presentarse tendencia a producir sobreerupción de los dientes posteriores, aumentando por ende la "mordida abierta"; lo anterior puede traer problemas tales como empuje lingual o dificultades del lenguaje. El músculo mentoneano se puede contraer marcadamente, lo que comprime hacia adentro el labio inferior al deglutir; por lo tanto el labio superior se desliza hacia arriba y sellaría (al deglutir) en lingual a los anteriores superiores.

Ello aumenta la mordida iniciando un círculo vicioso que perpetúa la "mordida abierta" y la protrusión labial superior. Todo esto se produce a causa de la contracción del músculo mentoniano al deglutir, lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores.

Al mismo tiempo, el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies linguales de los dientes anteriores superiores, con algo de fuerza, durante la fase final del espasmo de deglución.

El hecho de que un niño haya desarrollado una maloclusión de segunda clase, primera división, y casualmente también-

succione su pulgar, no justifica que succionar el dedo por sí - solo produzca la maloclusión de segunda clase, deben considerarse cuidadosamente los factores hereditarios.

VII.5. QUEILOFAGIA.

La succión o mordida del labio, puede llevar a los -- mismos desplazamientos que la succión digital. El hábito generalmente se presenta en la edad escolar, cuando es posible apelar el buen juicio y la cooperación del niño.

El odontólogo puede sugerir un plan de tratamiento -- a base de ejercicios labiales, tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Otro tipo de ejercicios consiste en tocar instrumentos musicales de viento, los cuales ayudan a ejercitar y enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre los dientes anteriores superiores.

VII.6 EMPUJE DEL FRENILLO.

Un hábito observado raras veces es el del empuje del frenillo. Si los incisivos centrales superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre estos dientes y dejarlo en esa posición varias horas.

Este hábito puede iniciarse como parte de un juego --

ocioso, pero puede convertirse en hábito que desplaza las piezas dentarias, ya que mantiene separados los incisivos centrales; este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

VII.7 ONICOFAGIA

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el de morderse las uñas. Frecuentemente el niño pasa de la etapa de succión del pulgar al hábito de morderse las uñas; éste no es un hábito pernicioso y no produce maloclusiones, puesto que las fuerzas y tensiones aplicadas al morderse las uñas son similares a las del proceso de masticación.

Sin embargo, este tipo de hábito puede ser nocivo para la salud del niño, ya que en su gran mayoría los niños tienen sucias y demasiado largas las uñas; este hábito ocasiona también una marcada atricción de los dientes anteriores inferiores.

VII.8 HABITOS DE POSTURA

Los hábitos de postura que producen maloclusiones son muy raros y debe formularse su diagnóstico, o tratarse individualmente por separado. En esta categoría entran ciertas ayudas de postura ortopédica, por ejemplo; el breguero Milwaukee utilizado con niños que padecen escoliosis.

VII.9 APERTURA DE PASADORES DE PELO.

Otro hábito nocivo, que era común entre las mujeres - adolescentes, era abrir pasadores para el pelo con los incisivos centrales. En jóvenes que practicaban este hábito, se observaron incisivos acerrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial. A esta edad, generalmente, sólo se precisa llamar la atención sobre los efectos nocivos de éste.

VII.10 RESPIRACION BUCAL.

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

- 1.- Por obstrucción.
- 2.- Por hábito.
- 3.- Por anatomía.

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal del aire através del conducto nasal.

Como existe dificultad para inhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad, se ve forzado a respirar continuamente por la boca. El niño que respira por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.

El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrarla por completo, a menos que realice enormes esfuerzos. Se debe distinguir a cuál de estas categorías corresponde el niño.

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

Frecuentemente se observa respiración obstructiva -- por la boca, en los niños ectomórficos, que presentan caras -- estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos.

A causa de su tipo de cara y a su nasofaringe estrecha, estos niños presentan mayores probabilidades a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se encuentran en los individuos braquicefálicos. -- La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

- 1.- Hipertrofia de los turbinatos causada por alergia, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas, o aire contaminado.
- 2.- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
- 3.- Adenoides agrandados.

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplástico durante la infancia, no es raro que en los niños de corta edad se presente la respiración bucal por esta causa; sin embargo, el respirar por la boca es un hábito que puede corregir al niño por sí sólo al crecer, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenideo.

Protector bucal.

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca por costumbre. Esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada; si esta situación persiste, el odontólogo puede decidir intervenir con un aparato especial y eficaz que obligue al niño a respirar por la nariz. Esto puede lograrse con la construcción de un protector bucal (escudo bucal) que bloquee el paso del aire por la boca y obligue a inhalar y exhalar el aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal el especialista debe asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está lo suficientemente abierto. Ello para permitir el paso del aire, incluso en situaciones de respiración forzada, en casos de emoción extrema o de ejercicio físico.

Massler y Zwemer sugieren para comprobar esto, el uso de una torúnda de algodón o partícula de papel delgado, aplicado frente a los orificios nasales. El niño debe cerrar los ojos antes de colocarle el algodón en los orificios nasales y a la boca, para que la respiración sea totalmente natural, y no forzada, como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz.

Si el niño no puede respirar por la nariz, o bien lo hace con gran dificultad cuando se lo piden, debe enviársele a un otorinolaringólogo, para que éste formule su diagnóstico y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedirsele, incluso después de algún ejercicio violento, hay una gran dificultad de que la respiración bucal sea habitual y entonces debe ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

No se ha demostrado concluyentemente que la respiración bucal cause maloclusión, aunque frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respiran por la boca; los mismos factores genéticos que contribuyen a producir maloclusiones de segunda clase, provocan también respiración bucal.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal por la boca; el protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca, el cual descansa contra los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal y favorece la respiración nasal. Generalmente se in-

serta durante la noche, antes de ir a la cama, para que el niño durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

Si el procedimiento se lleva a cabo durante la noche, evita que los niños que se muerden los labios, emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores; que los que empujan la lengua forcen ésta entre los dientes anteriores superiores e inferiores; que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y que los que succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca.

VII.11 BRUXISMO

Otro hábito observado en niños es el bruxismo o frotarse los dientes entre sí. Este hábito generalmente es nocturno y se registra durante el sueño, aunque puede observarse también durante el día; el frotamiento puede ser tan fuerte como para escuchar los sonidos de las rosaduras a distancia. De esta manera, el niño puede producir atricción considerable de los dientes y puede incluso quejarse de molestias matutinas en las articulaciones temporomandibulares.

La causa del bruxismo es desconocida, tal vez tenga una base emocional ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables y que presentan otros hábitos.

Tratamiento.

Entra en el campo de médico general, el psiquiatra y el odontólogo especializado, el cual puede construir una férula de caucho blando para ser llevada sobre los dientes durante la noche.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Los hábitos influyen directamente en la creación de la maloclusión viniendo a tener ésta su origen en el medio ambiente. A menudo son múltiples las causas de una deformación, por lo que se hace indispensable determinar como suceden o cómo influyen factores hereditarios, congénitos o adquiridos, dependiendo también de la región afectada (sea ésta local o general). Es importante hacer notar que la época en que se presentan los hábitos, favorecen las anomalías, ya que es fácilmente modificable por cualquier fuerza que actúa sobre el hueso o tejido, que en esta época se encuentra en plena formación.

Los malos hábitos son ocasionados por succión, presión intrabucal, interposición muscular o presión exterior,

Debe tenerse en cuenta el elemento empleado para la aparición del mal hábito, ya sea éste extraño o del propio organismo, relacionándose de manera directa con alguna disfunción -- orgánica, o en forma indirecta en los trastornos fisiológicos, -- fonéticos y estéticos.

No se debe comenzar un tratamiento ortodóntico de una mal posición producida por un hábito, si éste no ha desaparecido. El uso de aparatos para eliminar los diversos hábitos orales -- practicados por el niño solamente deben prescribirse cuando el -- pequeño esta plenamente convencido y quiere romper el hábito, no pudiendo hacerlo por sí mismo, y en particular cuando el hábito -- es una costumbre y no una regresión compulsiva.

El criterio actual del odontopediatra, pediatra y psiquiatra reprueban de una manera rotunda el uso de medios agresivos para eliminar cualquier hábito oral.

A mi juicio queda perfectamente establecida la necesidad de incorporar la Psicología Clínica en la práctica decuada -- a la Odontopediatría; las nociones que se tengan de esta disciplina no bastan, y debe buscarse el obtener más conocimientos básicos, los cuales nos capacitarán en este reforzamiento que tiene -- de a facilitar el tratamiento de algunas de las actitudes que -- adoptan los niños con problemas de manejo de comportamiento y de conducta en el consultorio dental. También con mayores conocimientos , sabremos cuando debemos canalizar correctamente nues--

tros pacientes hacia el psicólogo, psiquiatra o neurólogo.

Lo único aconsejable es investigar cuidadosamente el problema psíquico del niño, exteriorizado en la práctica del hábito oral. De esta manera, y mediante una buena historia clínica y un buen diagnóstico, se le dará el tratamiento que más convenga a sus necesidades dentales y de conducta.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rudolf P. Hotz.
Odontopediatría.
Editorial Panamericana.
- 2.- Mc. Donald R. E.
Odontología para el adolescente y el niño
Editorial Mundí.
- 3.- Sidney B. Finn. Josph M. Sim.
Odontopediatría.
Editorial Interamericana 4a. edición.
- 4.- Fernando Carreño H.
Manual de Psicología.
Editorial Porrúa.
- 5.- Ernesto Meneses Morales.
Educar comprendiendo al niño.
Editorial Trillas.
- 6.- Amalia Longar B.
Consecuencia de los hábitos bucales.
México D.F. 1976.